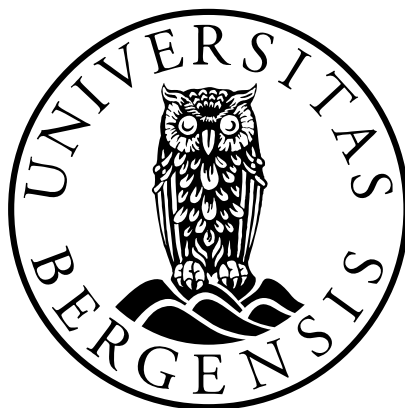


Bruk av tvungent psykisk helsevern ved alvorlige spiseforstyrrelser

Kandidatnummer: 70

Antall ord: 14924



JUS399 Masteroppgave
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

12. Desember 2016

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	1
1 Innledning.....	3
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	3
1.2 Fremstillingen videre.....	4
2 Metode.....	5
2.1 Menneskerettighetene.....	5
2.2 Grunnloven.....	5
2.3 Lovteksten	6
2.4 Lovens forarbeider	6
2.5 Rettspraksis	6
2.6 Reelle hensyn	7
3 Menneskerettighetene.....	8
3.1 Generelt om menneskerettighetene	8
3.1.1 Den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen	8
3.1.2 FN konvensjonen om sivile og politiske rettigheter.....	10
3.1.3 FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.....	10
4 Samtykke, hjemmelskravet og tvungent psykisk helsevern.....	13
4.1 Krav til samtykke – Utgangspunktet.....	13
4.2 Tvungent psykisk helsevern	14
4.2.1 Generelt	14
4.2.2 Lovens formål.....	15
5 Tvungent psykisk helsevern ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser	18
5.1 Innledning.....	18
5.1.1 Oversikt over reglene	18
5.1.2 Kort om spiseforstyrrelser	20
5.2 Minste inngreps prinsipp.....	21
5.3 Alvorlig sinnslidelse.....	22
5.4 Tilleggsvilkårene	28
5.4.1 Behandlingskriteriet	28
5.4.2 Farekriteriet	30
5.4.3 Overoppfyllelse av tilleggsvilkårene.....	32

5.5	Helhetsvurderingen	33
5.6	Tvangsernæring etter § 4-4.....	34
5.7	Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte.....	35
5.8	Forholdet til menneskerettighetene	36
6	Lovendringer og innføring av en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven	39
6.1	Innledning.....	39
6.2	Betydningen av en eventuell lovendring for personer med alvorlige spiseforstyrrelser 40	
6.3	Menneskerettighetenes betydning ved en eventuell lovendring.....	43
6.3.1	Generelt	43
6.3.2	Lovendringens betydning I forhold til alvorlige spiseforstyrrelser og CRPD	46
7	Avsluttende kommentarer	47
8	Litteraturliste	48
8.1	Bøker	48
8.2	Nettdokumenter	48
8.3	Lovgivning	48
8.3.1	Norsk lovgivning.....	48
8.3.2	Internasjonale rettskilder	49
8.4	Lovforarbeider og offentlige publikasjoner	49
8.5	Domsregister	49
8.5.1	Høyesterettsdommer.....	49
8.5.2	Byrettsdommer	50
8.6	Rapporter	50

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Den psykiske helsevernloven (lov 2.juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern) åpner for å iverksette tiltak ovenfor mennesker med alvorlig psykisk lidelse, uten deres samtykke. Bestemmelsen i psykisk helsevernloven (phvl.) § 3-3 tar for seg vilkårene for etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. Hovedvilkåret for å kunne underlegges tvungent vern er at personen har en ”alvorlig sinnslidelse”, jf. phvl. § 3-3.

Temaet for denne oppgaven er bruk av tvungent psykisk helsevern ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Tvang ovenfor denne pasientgruppen har vært gjenstand for debatt, da det ikke foreligger en klar lovhjemmel for inngrep ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Et hovedspørsmål har vært om denne pasientgruppen kan anses å ha en ”alvorlig sinnslidelse” etter phvl. § 3-3 og således kunne underlegges tvungent psykisk helsevern. Rettstilstanden på området har imidlertid de senere år blitt mer avklart. Både faglitteraturen og den nylig avsatte Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s. 913 har bekreftet at det er mulighet for å hjemle tvangsinngrep overfor denne pasientgruppen etter phvl. § 3-3. Høyesterett har lagt til grunn som utvilsomt at: ”*pasienter med anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som må karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse*”.¹ Første problemstilling er hvilke momenter som er av betydning ved vurderingen av om personer med alvorlige spiseforstyrrelser kan underlegges tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3. I denne sammenheng vil det foretas en analyse av den nylige avsatte Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s. 913.

Det foreligger imidlertid per dags dato et lovendringsforslag til behandling hos Stortinget om å innføre en samtykkebasert modell i psykisk helsevernloven, ved at pasienter som er samtykkekompetente får rett til å avslutte behandling eller nekte å ta imot tilbud om behandling. Den andre problemstillingen er derfor hvilken betydning en slik lovendring vil få for personer med alvorlige spiseforstyrrelser. For å kunne besvare disse problemstillingene vil det være hensiktsmessig å foreta en fremstilling av gjeldende rett på området. Et annet spørsmål i henhold til forslaget om å endre psykisk helsevernloven er hvordan våre menneskerettslige forpliktelser vil stille seg. Dette er en generell problemstilling men vil

¹ Rt. 2015 s. 913 avsnitt 39

kunne være av særlig betydning for rettsstillingen til personer med alvorlige spiseforstyrrelser.

1.2 Fremstillingen videre

Oppgaven vil gjøre rede for gjeldende rett på området for tvang ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Videre vil det bli sett på hvilke konsekvenser et eventuelt lovendringsforslag vil medføre for denne pasientgruppen. Hovedvekten vil i denne sammenheng ligge på hovedvilkåret “alvorlig sinnslidelse”, men også problemer knyttet til de andre materielle vilkårene i phvl. § 3-3 vil bli belyst. Samtidig er menneskerettighetene av stor betydning på området for tvang og vil derfor også få plass i oppgaven. Grunnlaget for dette er at lovendringsforslaget som ligger til høring hos Stortinget nettopp er begrunnet i utviklingen internasjonalt.

Oppgaven starter med et kapittel om hvilken metode som er relevant for analysen av gjeldende rett og en eventuell lovendring på område for tvungent psykisk helsevern. I oppgavens kapittel 3 vil det komme en innledende oversikt over menneskerettighetene og hvilken betydning disse rettighetene har for tvungent psykisk helsevern. Kapittel 4 vil videre omhandle temaet på generelt grunnlag, hva som er hovedregelen, hva tvungent psykisk helsevern regulerer og lovens formål.

Oppgaven vil deretter i kapittel 5 inneholde bruk av tvungent psykisk helsevern ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Dette kapittelet vil ta for seg de materielle vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 sett opp mot tilfellet alvorlige spiseforstyrrelser. Videre vil det bli sett på tvangsbehandlingstiltak etter psykisk helsevernlovens § 4-4, spesifikt tvangsernæring da dette vil kunne ha betydning for etablering av tvungent psykisk helsevern etter § 3-3. Deretter vil det komme en fremstilling av menneskerettighetenes betydning ovenfor pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser.

Kapittel 6 vil omhandle lovendringer og innføringen av en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven. Kapittelet vil ta for seg hvordan en eventuell lovendring vil påvirke pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, og hvilken betydning menneskerettighetene vil få ved en slik lovendring. I denne sammenheng vil det også spesifikt ses på hvilken betydning en lovendring vil få for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser sett opp mot menneskerettighetene. Til slutt vil det i kapittel 7 gis avsluttende kommentarer til oppgavens tema.

2 Metode

Juridisk metodelære tar i denne sammenheng sikte på å fastlegge innholdet av gjeldende rett, og da hvilke faktorer som er av betydning for den juridiske analysen.² På området velferdsrett er det metoden i rettsdogmatikken som er av størst betydning. Den tar sikte på å systematisere og beskrive de rettsnormene som gjelder i samfunnet på et bestemt område og på et gitt tidspunkt.³ Utgangspunktet er at rettskildene på velferdsrettens område er de samme som for andre rettsområder, og viktig i dette henseende er således Grunnlov, lov, lovforarbeider, forskrifter, rettspraksis og juridisk metode. Menneskerettighetene har imidlertid fått større betydning i forhold til tvangsutøvelse, og vil også være en del av rettskildene på området.

2.1 Menneskerettighetene

Reglene i velferdsretten bygger i utgangspunktet på nasjonalt kildemateriale.⁴

Menneskerettighetene har imidlertid fått økende betydning på området, sist ved at menneskerettighetene ble inkorporert i Grunnloven. Grunnloven presiserer at: *”Statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i denne grunnlov og for i Norge bindende traktater om menneskerettigheter”*, jf. Grl. § 92 Foreligger det motstrid mellom nasjonal lovgivning og konvensjonene, vil konvensjonene gå foran og har følgelig trinnhøyde foran nasjonal lovgivning. Menneskerettighetenes betydning innenfor tvungent psykisk helsevern vil bli presentert i kapittel 3, og det vil bli sett på betydningen av våre menneskerettslige forpliktelser sett opp mot pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser i kapittel 4.

2.2 Grunnloven

Grunnloven er lex superior i norsk rett og har trinnhøyde foran andre lovbestemmelser hvor det finnes motstrid.⁵ Grunnloven § 113 fastsetter at: *”Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov”*. Grunnloven påpeker således at legalitetsprinsippet står sterkt når det skal foretas inngrep ovenfor borgerne. På området for tvungent psykisk helsevern står

² Andenæs (2009) s. 3

³ Kjønsstad (2012) s. 80

⁴ Kjønsstad (2012) s. 87

⁵ Syse (2016) s. 439

dette prinsippet veldig sterkt da det foreligger et integritetskrenkende inngrep. Det kreves en klar og utvetydig lovhjemmel.⁶

2.3 Lovteksten

Den viktigste rettskilden på området for tvungent psykisk helsevern er nasjonal lovgivning. Rettsgrunnlaget for tvungent psykisk helsevern er psykisk helsevernloven og denne vil være utgangspunktet for oppgavens tema. Tolkningen av de materielle vilkårene i lovteksten i henhold til tvangsregler er av særlig betydning. Det er fordi legalitetsprinsippet står så sterkt og man skal være forsiktig med å gi tvangsbestemmelser utvidet virkeområde. Det første man må se på er lovens formålsbestemmelse, da denne kan ha betydning for tolkningen av lovens øvrige bestemmelser. Oppgaven må således ta utgangspunkt i de materielle vilkårene i phvl. § 3-3.

2.4 Lovens forarbeider

Forarbeidene vil være av betydning for tolkningen av hvordan loven skal forstås. I denne sammenheng er utvalgsutredninger, odelstingsproposisjoner, innstillinger fra stortingskomiteer og referater fra debatter i Stortinget av betydning. Disse vil kunne gi veiledning til hvordan loven skal tolkes og forstås. I henhold til den spesifikke analysen vil forarbeidene til psykisk helsevernloven være av særlig betydning. Viktig i dette henseende er også forarbeidene til endring av psykisk helsevernloven (2005-2006). Denne tar spesifikt opp problemstillingen om personer med alvorlige spiseforstyrrelser kan kvalifiseres til tvungent psykisk helsevern. Analysen gjelder ikke bare gjeldende rett, men også *de lege ferenda*. I denne sammenheng er NOU 2011:9 aktuell, i tillegg til Prop 147 L (2015-2016) med forslag til endringer i psykisk helsevernloven.

2.5 Rettspraksis

På velferdsrettens område, og da spesifikt innenfor tvungent psykisk helsevern, er rettspraksis av stor betydning og vil derfor tillegges vekt i analysen. Spesifikt vil det foretas en analyse av den nylige avsagte Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s. 913 da den tar opp problemstillingen oppgaven er ment å besvare. Rettspraksis vil kunne gi retningslinjer for hvordan loven og de

⁶ Kjønstad (2012) s. 482

ulike hensyn blir vektlagt i vurderingen av de materielle vilkårene. Rettspraksis er i Norge en tungtveiende rettskilde, og vil således få betydning for oppgaven siden denne gir viktig kunnskap om forståelsene av vilkårene i tvungent psykisk helsevern.⁷ Mange av dommene på området for tvungent psykisk helsevern har bidratt til forståelsen av lovteksten og utviklet rettstilstanden.

2.6 Reelle hensyn

Reelle hensyn vil kunne spille en rolle hvor lovens ordlyd, rettspraksis, lovforarbeider og andre tungtveiende rettskildefaktorer gir lite veiledning. I dette henseende kan alminnelige rettsprinsipper, formålsbetraktninger og andre reelle hensyn være av betydning. For tvungent psykisk helsevern vil reelle hensyn som selvbestemmelsesretten, integritetsvernet, retten til privatliv, beskytte mot skade, rettssikkerhet og rettferdighet kunne gjøre seg gjeldende for den rettslige reguleringsmåten.⁸ Etersom vurderingen av om det skal etableres tvungent psykisk helsevern er en skjønsmessig vurdering vil reelle hensyn kunne få stor betydning. Ved vurderingen av om det foreligger hjemmel for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 er de reelle hensyn innbakt i vilkårene ved at det skal gjøres en forholdsmessighetsvurdering i phvl. § 3-3 nr. 6. Det blir et spørsmål om tvungent psykisk helsevern er den klart beste løsning.

⁷ Kjønsstad (2012) s. 497

⁸ Kjønsstad (2012) s. 476

3 Meneskerettighetene

3.1 Generelt om menneskerettighetene

Tvangsbruk som er hjemlet i psykisk helsevernlovens kapittel 3 reiser viktige spørsmål i henhold til våre menneskerettslige forpliktelser. Menneskerettighetene har fått økt betydning når det kommer til tvang innenfor det psykiske helsevernet. Loven regulerer et felt hvor det kan benyttes særlig inngripende tiltak ovenfor enkeltmennesker, uten deres samtykke. Fremstillingen av våre menneskerettslige forpliktelser vil bli avgrenset mot såkalt ”soft law”⁹ og Grunnlovens menneskerettslige bestemmelser. Hovedvekten vil ligge på våre menneskerettslige forpliktelser etter EMK og særlig CRPD (FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne).

3.1.1 Den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) av 1950 har flere bestemmelser om tvangspsykiatri. Disse inneholder enkeltartikler med materielt innhold som er av stor betydning for behandling av personer med psykiske lidelser. De sentrale rettighetene etter denne konvensjonen er retten til liv (art.2), frihet fra tortur og slaveri (art.3 og 4), rett til personlig frihet og sikkerhet (art.5), rett til rettferdig rettergang (art.6), rett til privat- og familieliv (art.8), tanke-, samvittighets- og religionsfrihet (art.9), ytringsfrihet (art.10), forsamlings- og foreningsfrihet (art. 11) og forbud mot diskriminering (art.14).

Av disse rettighetene er EMKs art. 5 om rett til personlig frihet og sikkerhet av særlig betydning i henhold til tvungen psykisk helsevern. I bokstavene a-f i konvensjonens art. 5 åpner for at statene kan gjennomføre innskrenkninger i en persons integritet, særskilt den fysiske frihet.¹⁰ Frihetsberøvelsen må finne sted etter tillatte målsettinger, ha hjemmel i lov og være i samsvar med konvensjonens forholdsmessighetskrav.¹¹ I denne sammenheng åpner konvensjonen for frihetsberøvelse av personer som er sinnslidende, hvor EMD (Europeiske menneskerettighetsdomstol) også har utviklet viktige prinsipper i henhold til vurderingen av denne typen inngrep. Konvensjonen bruker begrepet ”*persons of unsound mind*”, som er

⁹ ”Soft law” er såkalte resolusjoner, anbefalinger og rekommandasjoner som ikke er folkerettslig bindende

¹⁰ NOU 2011:9 kapittel 6.3.2 s. 62

¹¹ NOU 2011:9 Kapittel 6.3.2 s. 62

oversatt til sinnslidende i den norske lovgivningen. Psykisk helsevernloven og hovedvilkåret alvorlig sinnslidelse strider ikke med EMK art. 5.¹²

Nasjonal lovgivning må følge de kriteriene som EMD har utviklet gjennom praksis hva gjelder vurderingen av om en person er sinnslidende, disse kriteriene er kalt Winterwerp kriteriene. EMD har blant annet lagt til grunn at nasjonale myndigheter ved hjelp av objektiv medisinsk ekspertise må slå fast at personen lider av en reell psykisk lidelse. Den psykiske forstyrrelsen må videre være av en art eller grad slik at frihetsberøvelsen er nødvendig, og frihetsberøvelsen kan bare fortsette så lenge sinnslidelsen varer.¹³ Tvungent psykisk helsevern i norsk lovgivning må forstås og praktiseres i tråd med disse prinsippene.¹⁴

Videre har også art. 3 og art. 8 i konvensjonen betydning for gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern. Art. 3 fastslår at ”ingen må bli utsatt for tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff”. Denne bestemmelsen er i utgangspunktet ufravikelig. EMD har i Herczegfalvy mot Østerriket lagt til grunn at tvungent psykisk helsevern kan være unntaket, hvor det fremstår som medisinskfaglig nødvendig.¹⁵ Behandling som kan falle inn under ordlyden i art. 3 er b.la. beltelegging, tvangsmedisinering, tvangsernæring og skjerming.

Art. 8 legger til grunn at ”enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse”. Det som ligger i kjernen av denne bestemmelsen er integritetsvernet, både det fysiske og psykiske. Tvungent psykisk helsevern griper inn i en persons fysiske og psykiske integritet. Dette tillates så lenge integritetsinngrepet samsvarer med vilkårene i art. 8 nr.3: ”*Det skal ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet i utøvelsen av denne rettighet unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter*”. Det som kan utledes av disse vilkårene er at tvungent psykisk helsevern ikke vil komme i strid med artikkelen så lenge det foreligger et lovlig formål som er hjemlet i lov og som er ”nødvendig” i bestemmelsens forstand.¹⁶

¹² NOU 2011:9 Kapittel 6.3.2 s. 63

¹³ Winterwerp mot Nederland avsnitt 39

¹⁴ Kjøenstad (2012) s. 333

¹⁵ NOU 2011:9 Kapittel 6.3.2 s. 63 og Herczegfalvy mot Østerriket avsnitt 82

¹⁶ NOU 2011:9 Kapittel 6.3.2 s. 63

EMD har gitt den enkelte stat et vidt spillerom ved skjønnsutøvelsen, og har vist seg tilbakeholden med å overprøve når det er medisinsk nødvendig å gripe inn i den aktuelle situasjonen.¹⁷ EMD vil derfor være tilbakeholden med å overprøve nasjonal lovgivning på område. EMD legger i denne sammenheng vekt på hva som synes psykiatrifaglig begrunnet.¹⁸ Dersom vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt er det liten grunn til å tro at EMD vil konstatere brudd på de aktuelle artiklene i EMK, så lenge det er utvist et forsvarlig skjønn.¹⁹

3.1.2 FN konvensjonen om sivile og politiske rettigheter

Videre er også FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter av stor betydning for tvungent psykisk helsevern og oppstiller stort sett tilsvarende materielle krav til den nasjonale lovgivningen som de forannevnte artiklene i EMK.²⁰ Det må imidlertid nevnes at noen av reglene er av særlig interesse i henhold til tvungent psykisk helsevern. Art. 10 i denne sammenheng uttaler at alle pasienter som er berøvet friheten: ”*skal behandles humant, og med respekt for menneskets iboende verdighet*”. Dette er per i dag nedfelt i psykisk helsevernlovens formålsparagraf, jf. ordlyden ”menneskeverdet” i § 1-1. Videre er denne standarden nedfelt i en rekke forskrifter som åpner for tvang i institusjon.²¹

3.1.3 FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble ratifisert av Norge 1. Juli 2013. Artikkel 14 og 25 i denne konvensjonen er av særlig interesse. Det har blitt stilt spørsmål om forståelsen av innholdet i konvensjonen og om denne strider mot tvangsbruk etter phvl. § 3-3. Innholdet i artiklene er per i dag ikke tilstrekkelig avklart.

Artikkel 14 beskytter den retten mennesker med nedsatt funksjonsevne har til frihet og personlig sikkerhet. Partene skal sikre at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne på lik linje med andre: a) ”*har rett til frihet og personlig sikkerhet*” og b) ”*ikke berøves friheten på ulovlig eller vilkårlig måte, at enhver frihetsberøvelse skjer på lovlig måte, og at nedsatt*

¹⁷ NOU 2011:9 Kapittel 6.3.2 s. 64

¹⁸ Syse (2016) s. 452

¹⁹ Syse (2016) s. 453

²⁰ Kjønstad (2012) s. 491

²¹ Kjønstad (2012) s. 491

funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse”, jf. art.14. Etter punkt 2 i bestemmelsen skal partene videre sikre: ”at pasienter med nedsatt funksjonsevne som berøves sin frihet gjennom en hvilken som helst prosess, har krav på garantier på lik linje med andre i samsvar med internasjonale menneskerettighetsbestemmelser, og skal behandles i samsvar med målene og prinsippene i denne konvensjonen, herunder ved gjennomføring av rimelig tilrettelegging”.

Artikkel 25 om helse tar for seg at mennesker med nedsatt funksjonsevne: ”*har rett til den høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne*”. Staten må sørge for at: ”*alle hensiktsmessige tiltak for å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne får tilgang til helsetjenester som tar hensyn til de to kjønns egenart, herunder helserelatert rehabilitering*”. Av denne artikkelen blir det stilt flere vilkår i bokstavene a- til f, hvor det legges stor vekt på ikke-diskriminering og selvbestemmelsesrett for personer med nedsatt funksjonsevne.

CRPD-komiteens forståelse av konvensjonen er at forbudet mot tvang på grunn av nedsatt funksjonsevne gjelder absolutt. De uttaler i denne sammenheng at: ”*There are still practices in which state parties allow for the deprivation of liberty on the grounds of actual or perceived disability. 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 disability. However, legislation of several states party, including mental health laws, still provide instances in which persons may be detained on the grounds of their actual or perceived disability, provided there are other reasons for their detention, including that they are dangerous to themselves or to others.*”²² Komiteen har således fastsatt at artikkel 14 ikke under noen omstendighet tillater tvangsinnleggelse på grunn av nedsatt funksjonsevne, og at artikkel 14 forbyr den praksisen som statene utøver. Hvis CRPD komiteens forståelse av artikkel 14 legges til grunn, vil det kunne stride mot Norges lovgivning på området for tvungent psykisk helsevern.

I Norges tolkningserklæring til konvensjonen blir det imidlertid lagt til grunn at det ikke oppstilles et forbud mot nødvendig tvangsinnleggelse eller tvangsbehandling av personer med psykiske lidelser, så lenge frihetsberøvelsen og behandlingen er begrunnet i objektive kriterier.²³ Ved ratifikasjonen av CRPD artikkel 14 og 25 har Norge i sin tolkningserklæring

²² Syse (2016) s. 465, Engelsk originaltekst

²³ Syse (2016) s. 463

uttalt at: *”konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier”*. Dette er en utbredt forståelse av konvensjonene blant statspartene.²⁴

Faglitteraturen mener at konvensjonen ikke er i strid med tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven, da det er en ”overoppfyllelse” av tilleggsvilkårene i phvl. § 3-3 som aktualiserer tvangsinngrep etter loven, ikke det at grunnvilkåret er oppfylt.²⁵

NOU 2011:9 har også tatt stilling til spørsmålet om hvordan CRPD skal forstås. I dette henseende blir det lagt til grunn at konvensjonen ikke forhindrer ethvert tvangsinngrep, men at konvensjonen forbyr usaklig og urimelig forskjellsbehandling.²⁶ I denne sammenheng mener de også at psykisk helsevernloven bør endres, i tråd med internasjonale menneskerettigheter og at selvbestemmelsen bør styrkes. Det vil derfor være interessant å se hvilken betydning CRPD vil få ved en eventuell innføring av en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven, og hvordan dette eventuelt vil stille seg ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser.

²⁴ Prop. 147 L s. 14

²⁵ Syse (2016) s. 462

²⁶ NOU 2011:9 Kapittel 12.2.5 s. 146

4 Samtykke, hjemmelskravet og tvungent psykisk helsevern

4.1 Krav til samtykke – Utgangspunktet

Utgangspunktet for all medisinsk og psykiatrisk behandling er at pasienten har gitt sitt samtykke. Den klare hovedregelen er at behandling av personer ikke kan skje uten at personen har gitt sitt samtykke til slik hjelp. Dette følger av pasient og brukerrettighetsloven (heretter pbrl) § 4-1 og psykisk helsevernloven § 2-1 som uttaler at ”*helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke*”. Hovedregelen om samtykke gjenspeiler de overordnede verdiene som står sentralt på helserettens område. Ethvert menneske skal ha mulighet til å bestemme over seg selv og sitt eget liv. Den personlige integritet og selvbestemmelse skal ivaretas i størst mulig grad.²⁷ Dette er i dag også forankret i grunnleggende menneskerettigheter. Hovedregelen om samtykke gjelder absolutt, med ”*mindre det finnes lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke*”, jf. pbrl. § 4-1. Samtykkebestemmelsen understreker at helsehjelpen er frivillig og styrker selvbestemmelsesretten i helselovgivningen.

Helsehjelp uten samtykke og bruk av tvang er unntak fra denne hovedregelen, og kan legitimeres så lenge det foreligger en klar og utvetydig lovhjemmel, jf. legalitetsprinsippet. I somatikken foreligger det et krav om at pasienten mangler samtykkekompetanse for at tvangsregler skal kunne tas i bruk, jf. pbrl. Kapittel 4A. Utgangspunktet her er at pasienter over 16 år er samtykkekompetente, med mindre pasienten ”*på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser (...) åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter*”, jf. pbrl. § 4-3 annet ledd. Av ordlyden kan det utledes at det er tale om et årsakskrav, jf. ”*på grunn av*”. At samtykkekompetansen mangler må da følgelig være på grunnlag av at pasienten har ”*fysiske eller psykiske forstyrrelser*”.²⁸ Videre blir ordlyden ”åpenbart” brukt, noe som tilsier at det foreligger et strengt krav før samtykkekompetansen kan falle bort.

Forarbeidene presiserer i denne sammenheng at det er kompetansen til å ta avgjørelser i spørsmål om helsehjelp som reguleres. Personens evne til å treffe slike avgjørelser kan varierer etter hva slags tiltak det gjelder. Hvis samtykket skal falle bort må det foretas en

²⁷ Nou 2011:9 kapittel 4.1.1 s. 23

²⁸ IS-8/2015 Helsedirektoratet s. 77

vurdering av på hvilke områder det er utilrådelig at pasienten har slik kompetanse. Pasienten må åpenbart ikke være i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt og hva samtykket omfatter, dvs. tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen.²⁹

Momenter i vurderingen av om en person har samtykkekompetanse er bl.a.; evnen til å uttrykke et valg, evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelpen, evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, (spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene) og til slutt evnen til å resonnerer med relevant informasjon.³⁰ Å vurdere om en person mangler samtykkekompetanse innebærer dermed både skjønnsmessige og etiske overveielser, og det må følgelig være en svekkelse i egen evne til å kunne ta et valg.

Forutsetningen om at pasienten mangler samtykkekompetanse er imidlertid ikke et direkte krav etter psykisk helsevernlovens tvangsregler. Det avgjørende her er om personen har en «alvorlig sinnslidelse». I mange situasjoner vil personen mangle samtykkekompetanse, men ikke i alle tilfeller, særlig når tvangsvernet har vart en stund. Tvungent psykisk helsevern kan dermed også omfatte en pasient som er samtykkekompetent.

4.2 Tvungent psykisk helsevern

4.2.1 Generelt

Psykisk helsevernloven regulerer det psykiske helsevernet i Norge, og i lovens § 1-2 fremgår det at psykisk helsevern er ”*spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever*”. Det avgrenses mot behandling og undersøkelse av somatiske lidelser og tilstander, jf. ordlyden ”*psykisk lidelse*”.³¹ Psykisk helsevernloven gjelder for det frivillige vernet og tvangsvernet, i og utenfor sykehus.³² Den videre fremstillingen i denne oppgaven vektlegger tvangsvernet.

Tvungent psykisk helsevern i phvl. § 3-3 åpner for å iverksette tiltak overfor mennesker med alvorlig psykisk lidelse, uten deres samtykke.³³ Tvungent psykisk helsevern er i phvl. § 1-2 definert som ”*undersøkelse, behandling, pleie og omsorg (...) uten at det er gitt samtykke*

²⁹ Ot. Prp. Nr. 12 (1998-1999) s. 134

³⁰ IS-8/2015 Helsedirektoratet s. 77

³¹ Riedl (2014) s. 33

³² Kjønsstad (2012) s. 494

³³ NOU 2011:9 kapittel 6.1 s. 60

etter bestemmelsene i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4". Tvangsbruk etter psykisk helsevernloven er unntaket fra den klare hovedregelen om samtykke, og er Norges viktigste sivile tvangslov på helserettens område. Ved bruk av tvungent psykisk helsevern gripes det inn i en persons integritet, autonomi og frihet. Denne typen tvangsinngrep skjer daglig i det norske samfunnet, og det er om lag 1000 pasienter som til enhver tid er underlagt tvungent vern.³⁴ Beregninger basert på pasientdata fra NPR(Norsk pasientregister) viser at om lag 5600 personer ble tvangsinnlagt i 2011.³⁵ Den overordnede begrunnelsen for tvangsbestemmelsene er å hindre selvdestruktiv virksomhet eller beskytte andre.³⁶ Det som ligger til grunn for slik legitimering av tvang er blant annet å verne om personer som er til fare for seg selv, gjerne kalt individuell paternalisme. Bestemmelsene som hjemler inngrep av hensyn til vedkommende selv kalles gjerne verneregler. Kontrollregler derimot er ment å gripe inn i en persons integritet for å beskytte andre og kalles sosial paternalisme. Sosial paternalisme er begrunnet i vern av samfunnsinteresser, og er motsetningen til individuell paternalisme.³⁷

Forarbeidene har i denne sammenheng gitt en begrunnelse for nødvendigheten av tvang ovenfor personer med alvorlige sinnslidelser i phvl. § 3-3. Forarbeidene legger til grunn at:

*"særregler om frihetsberøvelse av alvorlig sinnslidende må sees på bakgrunn av vår kulturelle og rettslige tradisjon. Det synes nærliggende å regne med at samfunnet vanskelig ser at mennesker går til grunne uten at det gjøres noe for dem, og at dette i hvert fall ikke tåles hvis vedkommende oppfattes som alvorlig sinnslidende og derfor ute av stand til å vurdere sin situasjon rasjonelt og slik ivareta sine interesser".*³⁸

4.2.2 Lovens formål

Etter psykisk helsevernlovens formålparagraf § 1-1 fremgår det at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal skje på en *"forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper"*. Ordlyden av "forsvarlig" har et overordnet perspektiv, ved at helsefagarbeiderne og helseinstitusjonene må arbeide innenfor visse normer. I tillegg må de yte en forsvarlig behandling av sine pasienter. Dette forsvarlighetsprinsippet gjenspeiles i loven ved de vilkår som må være oppfylt før det kan

³⁴ Kjøenstad (2012) s. 495

³⁵ IS-2035 Bruk av tvang i psykisk helsevernloven for voksne 2011 s. 8

³⁶ Kjøenstad (2012) s. 73

³⁷ Kjøenstad (2012) s. 483

³⁸ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999) s. 43

gjennomføres integritetskrenkende inngrep, saksbehandlingsregler knyttet til slike beslutninger og et system for kontroll og klagebehandling.³⁹ Begrepet ”rettssikkerhet” er både positivt og følelsesladet. Begrepet tar utgangspunkt i at borgerne har visse grunnleggende rettigheter. I denne sammenheng gir formålsparagrafen uttrykk for velferdsstatens verdigrunnlag.⁴⁰

Videre er formålet at tiltakene som er beskrevet i loven skal ta utgangspunkt i ”*pasientens behov og respekten for menneskeverdet*”. Psykisk helsevernloven åpner for integritetskrenkende tiltak. Pasienten må derfor i alle sammenhenger settes først, jf. ordlyden ”pasientens behov”. Det er pasientens behov som er utgangspunktet for all behandling, pleie og omsorg, og dette må til enhver tid vurderes ved etablering og gjennomføring av slik behandling.⁴¹ Vilkåret ”pasientens behov” er et materielt vilkår og vil kunne ha selvstendig betydning for tolkningen av lovens øvrige bestemmelser.⁴² Forarbeidene uttaler at det må tas hensyn til pasientens etniske og kulturelle bakgrunn. Faglitteraturen uttaler at forarbeidene gir en klar indikasjon på at lovgiver har ment at formålsbestemmelsens formulering skal ha betydning for de beslutninger som treffes, og de tiltak som gjennomføres etter loven ovenfor den enkelte pasient. For det andre må forarbeidene forstås slik at formålsbestemmelsen ikke gjelder bare hvor det er behov for undersøkelse og behandling i medisinskfaglig forstand. Den gjelder også for den totale situasjonen til pasienten under hensyn til personlige forutsetninger, og særtrekk i undersøkelses- eller behandlingsperioden.⁴³

Tiltak som skal iverksettes gjennom lovens bestemmelser må også ta hensyn til ”menneskeverdet”. Etter forarbeidene er det i denne sammenheng lagt til grunn at pasienten er et helt menneske, og må behandles med respekt og verdighet. I ordlyden ligger det også et krav om det minste inngreps prinsipp, hvor man aldri skal gå lenger enn hva som kan anses nødvendig i det konkrete tilfellet. Formuleringen ”menneskeverdet” tar også sikte på menneskerettighetenes fremtredende betydning på området for helse. Menneskerettighetene vil kunne sette en absolutt grense for hvor langt integritetsgripende tiltak ovenfor sinnslidende mennesker kan gå, se kapittel 3.

³⁹ Riedl (2014) s. 26

⁴⁰ Kjøenstad (2012) s. 113

⁴¹ Ot. Prp. Nr. 11 (1998-1999) s. 42

⁴² Riedl (2014) s. 27

⁴³ Riedl (2014) s. 27

Formålsparagrafen tar for seg de overordnede prinsippene som det må tas hensyn til under etablering og gjennomføring av det psykiske helsevern. Lovens formålsbestemmelse tar i all hovedsak sikte på at det ikke kan fattes vedtak som går lenger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet, og aldri gjennomføres på en slik måte at pasienten føler seg nedverdiget.⁴⁴

⁴⁴ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999)

5 Tvungent psykisk helsevern ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser

5.1 Innledning

Rettstilstanden overfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser har vært gjenstand for debatt, i forhold til bruk av tvang. Rettstilstanden ble mer avklart etter at psykisk helsevernloven ble endret i 2006, og det ble innført et vilkår i phvl. § 4-4 bokstav b som hjemler tvangsernæring av personer med alvorlige spiseforstyrrelser som er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Denne bestemmelsen forutsetter at vilkårene for tvungent psykisk helsevern i phvl. § 3-3 er oppfylt. Alvorlige spiseforstyrrelser kan klassifiseres som en psykisk lidelse, og phvl. § 3-3 vil være særlig egnet til å kunne hjemle tvangsinngrep ovenfor denne pasientgruppen. Dette særlig ved at tvungent psykisk helsevern oppstiller nødvendige rettssikkerhetsgarantier.⁴⁵

Tvungent psykisk helsevern overfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser reiser også menneskerettslige utfordringer. Det sentrale spørsmålet i den videre fremstillingen er hvilke momenter som vektlegges ved vurderingen av om personer med alvorlige spiseforstyrrelser kan underlegges tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3. For å kunne besvare dette vil det være hensiktsmessig med en fremstilling av de materielle vilkårene i phvl. § 3-3, og den nylig avsagte Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s.913, samt tvangsernæring etter § 4-4. Videre vil det også bli sett på problemer knyttet til våre menneskerettslige forpliktelser.

5.1.1 Oversikt over reglene

For at et vedtak om tvang kan gjennomføres etter psykisk helsevernloven må både de materielle og prosessuelle vilkårene som oppstilles i § 3-3 første ledd nr. 1-6 være oppfylt. Vilråene er med dette kumulative, med unntak av første ledd nr. 3 som oppstiller alternative vilkår innenfor tilleggsvilkårene. De prosessuelle reglene fremgår av første ledd nr. 2, nr. 4 og nr. 5. Det oppstilles krav om to uavhengige legeundersøkelser, det må foreligge et materielt og faglig tilfredsstillende behandlingstilbud, og pasienten må gis anledning til å uttale seg. Det avgrenses imidlertid mot de prosessuelle vilkårene i den videre fremstillingen.

⁴⁵ Syse (2016) s. 369

I henhold til de materielle vilkårene er det først et krav om at frivilligheten har vært forsøkt, uten at dette har ført frem. Hovedvilkåret fremgår av første ledd nr. 3 som oppstiller et krav om at det må foreligge en ”alvorlig sinnslidelse”. I tillegg til dette må et av de alternative tilleggsvilkårene i nr. 3 må være oppfylt. Til slutt stilles det krav om en skjønnsmessig helhetsvurdering i nr. 6.

Ved tvungent psykisk helsevern overfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser kan det også fattes tvangsbehandlingsvedtak om ernæring på nærmere bestemte vilkår, jf. phvl. § 4-4 bokstav b. Vilråene for tvungent psykisk helsevern må være oppfylt, og det må være fattet vedtak om etablering av slikt vern. Videre fremgår det av § 4-4 bokstav b at slik ernæring kun kan bli gitt hvor det er ”strengt nødvendig” og som ”ledd i behandling”. Tvangsernæring kan videre gis på somatisk avdeling som ikke er godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern så lenge dette er ”nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp”, jf. phvl. § 3-5.

Det kan imidlertid stilles spørsmål om også andre lovbestemmelser på helserettens område kan hjemle tvangsinngrep overfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Faglitteraturen har problematisert om det er mulig å gjennomføre tvang etter nødrettsbetraktninger, i enten straffelovens bestemmelser eller andre bestemmelser i helselovgivningen.⁴⁶

Straffelovens bestemmelser om nødrett uttaler at en handling, som ellers ville være straffbar, er lovlig når ”den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte”, jf. § 17 bokstav a. Ordlyden av å ”redde liv og helse” trer i retning av at det kan ytes hjelp ovenfor veldig syke personer. Forarbeidene har i denne sammenheng uttalt at nødrett i en viss utstrekning kan gi grunnlag for å yte tvungen helsehjelp ovenfor pasienter, men at det i disse tilfellene må ses hen til helserettens område for nødrett.⁴⁷ Nødrettsbestemmelsen i straffeloven kan ikke anvendes ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser, med mindre dette kan hjemles i helsepersonelloven (hpl.) § 7 om nødrett.

Etter nødrettsbestemmelsen i hpl. § 7 fremgår det at helsepersonell ”skal straks gi den helsehjelp de evner” når det antas at hjelpen er ”påtrengende nødvendig”. Ordlyden av ”påtrengende nødvendig” tar sikte på en skjønnsmessig vurdering hvor det må være overhengende fare for liv, eller fare for alvorlig forverring av helsetilstanden. Det må

⁴⁶ Ik-2714 s. 48

⁴⁷ Ot.prp.nr. 90 (2003-2004) s. 419

foreligge et akutt behov for undersøkelse og behandling.⁴⁸ Bestemmelsen vil kunne gjelde ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser hvor det er en risiko for organsvikt eller andre livstruende tilstander. I slike situasjoner kan nødrettsbetraktninger åpne for tvungen ernæring etter § 4-4 bokstav b. Det vil foreligge en handlingsplikt for helsepersonellet.⁴⁹

Det fremgår imidlertid at bestemmelsen kun hjemler en akuttsituasjon, jf. ordlyden ”påtrengende nødvendig”. Når akuttsituasjonen er avhjulpet, og pasienten ikke lenger er i livsfare, vil øyeblikkelig hjelp-plikten opphøre. Det er i forarbeidene til hpl. § 7 gitt en bemerkelse i henhold til anvendelsen av bestemmelsen ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Bestemmelsen kan anføres som grunnlag for helsehjelp mot pasientens vilje for å avverge livsfare eller alvorlig skade. For spiseforstyrrelser vil dette gjelde hvor det er en risiko for organ eller hjertesvikt, samt andre livstruende tilstander. Bestemmelsen gir således ikke grunnlag for å etablere et behandlingsopplegg som i tid strekker seg utover det som er nødvendig for å avverge den akutte fare for pasientens helsetilstand.⁵⁰ Det er i denne sammenheng ikke en bestemmelse som kan hjemle behandlingstiltak ovenfor personer med spiseforstyrrelser.

Utvalget i NOU 2011:9 har også sett på muligheten for å tvangsinnlegge personer med alvorlige spiseforstyrrelser etter hpl. § 7. Som forarbeidene også har presisert, så gir bestemmelsen kun hjemmel for helt kortvarige inngrep frem til den akutte krisen er avverget. Menneskerettighetene kommer også inn som et moment i denne vurderingen, ved hensynet til et utvetydig lovskrav i EMK art.5. Utvalget i NOU 2011:9 uttaler at EMK art. 5: ”er et klart argument mot å operere med en liberal fortolkning av straffefritak for nødinngrep. Nødrettsbetraktninger bør prinsipielt ikke anses som et egnet utgangspunkt for rettslig hjemling av inngrep i enkeltpersoners fysiske og psykiske integritet.”⁵¹

5.1.2 Kort om spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere, beslektede tilstander med varierende alvorlighetsgrad, og opptrer i all hovedsak hos unge kvinner i alderen 15-40 år.⁵² Denne typen tilstand kan deles i tre kategorier, hvorav den mest utbredte tilstanden er anoreksi.

⁴⁸ Ot.prp.nr. 13 (1998-1999) s. 219

⁴⁹ Syse (2016) s. 389

⁵⁰ Ot. Prp. Nr. 65 (2005-2007) s. 74

⁵¹ NOU 2011:9 s. 174

⁵² Helsetilsynet.no om alvorlige spiseforstyrrelser

Anoreksi kjennetegnes ved at personen vegrer seg for å spise. Bulimi kjennetegnes ved overspising, og den tredje kategorien spiseforstyrrelse er tvangsspising. Det som kjennetegner om en person har spiseforstyrrelser er hvilket forhold personen har til mat, gjerne da konstante tanker om mat, spising, kropp og vekt.⁵³ Alvorlige spiseforstyrrelser er klassifisert i den internasjonale listen over sykdommer som kommer frem av ICD-10 fra WHO under gruppen adferdssyndromer, og er forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer.⁵⁴ Forekomsten av anoreksi har stoppet å øke etter 2000-tallet, men det har skjedd en økning av personer som søker hjelp. Det er totalt 0,2-0,4% av befolkningen i Norge som har anoreksi.⁵⁵

Anoreksi er den mest alvorlige graden av spiseforstyrrelser, og mest aktuell i medhold av tvangsreglene. Etter Norges helseinformatikk er anoreksi forklart som en tilstand med forstyrrelse av eget selvbilde. Selv om kroppsvekten er lavere enn hva som er normalt i forhold til høyde, ser personen seg selv som overvektig. Dette kan resultere i ekstrem slanking og spisevegring for å redusere kroppsvekten ytterligere. Som følger av denne sykdommen kommer også mindreverdighetskomplekser, angst, tvangstanker og humørsvingninger.⁵⁶

Årsaken til anoreksi er ukjent, men det er blitt lagt til grunn at den kan oppstå som følge av biologiske, psykiske og sosiale faktorer. Sykdommen er å anse som en psykiatrisk lidelse med påfølgende somatiske følger. Problemene som oppstår i henhold til denne lidelsen er underernæring, og dersom tilstanden kategoriseres som alvorlig kan dette igjen medføre for lav kroppstemperatur, dårlig blodsirkulasjon, tørr hud, økt hårvekst, menstruasjonen uteblir og det kan utvikles beinskjørhet. Av de mer alvorlige tilfellene kan det bli komplikasjoner i forhold til hjerterytmene og hjertesvikt, grunnet elektrolyttforstyrrelser. Er sykdommen kronisk kan det medføre død. Rundt 5 % av personer med denne alvorlige sykdommen dør, da på grunn av underernæring med akutte forverringer eller selvmord.⁵⁷

5.2 Minste inngreps prinsipp

⁵³ Folkehelseinstituttet ”Spiseforstyrrelser – fakta om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse”

⁵⁴ Syse (2016) s. 360

⁵⁵ Norsk helseinformatikk, Anoreksi - forekomst

⁵⁶ Norsk helseinformatikk, Anoreksi - oversikt

⁵⁷ Norsk helseinformatikk, Anoreksi - oversikt

Etter phvl. § 3-3 første ledd nr. 1 fremgår det at: ”*frivillig psykisk helsevern må ha vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette*”.

Bestemmelsen uttrykker at tvang er en subsidiær løsning, og gir uttrykk for minste inngreps prinsipp. Hovedregelen er at pasienten skal samtykke til helsehjelpen. Likevel er det i noen tilfeller en konkret fare som krever øyeblikkelig hjelp, og da vil frivillighet være formålsløst, så lenge den syke er helt ute av stand til å gi et gyldig samtykke.⁵⁸ Det minste inngreps prinsipp tar sikte på at det minst inngripende tiltak skal velges for å oppnå formålet, noe som igjen avspeiler proporsjonalitetsprinsippet.⁵⁹

Om kravet til frivillighet er oppfylt må vurderes på innleggelsestidspunktet. I Rt. 2001 s. 1481 var det et spørsmål hvorvidt det ble forsøkt å etablere et frivillig vern. Førstvoterende i saken legger til grunn at vilkåret var oppfylt, ved å se på hva som hadde funnet sted under innleggelsen av pasienten. På dette tidspunktet hadde pasienten avslått tilbud om frivillig medisiner og bo- og treningstilbud.

Kravet om frivillighet vil som regel være formålsløst å forsøke ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Grunnlaget er at denne pasientgruppen selv mener at de ikke trenger behandling, og at en eventuell reduksjon i næringsinntaket er ønskelig. Når det foreligger en livstruende tilstand i lovens forstand, vil frivillige tiltak som regel være prøvd, men formålsløst. Vilkåret vil derfor være oppfylt overfor denne pasientgruppen hvor tilstanden er alvorlig nok.⁶⁰

5.3 Alvorlig sinnslidelse

I phvl. § 3-3 nr. 3 er det et grunnvilkår om at pasienten har en ”alvorlig sinnslidelse” for å kunne bli underlagt tvang. Dette vilkåret blir gjerne kalt hovedvilkåret og er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar medisinsk diagnose. Dette hovedvilkåret er en videreføring av vilkåret slik det fremgikk av 1961 – loven, og i denne sammenheng skal begrepsforståelsen være uendret.⁶¹ Siden vilkåret fremstår som uendret vil forarbeider og rettspraksis fra 1961-loven fremdeles være relevant for tolkningen av begrepet.

⁵⁸ Riedl (2014) s. 94 og Kjønsstad (2012) s. 511

⁵⁹ Kjønsstad (2012) s. 511

⁶⁰ Syse (2016) s. 373

⁶¹ Kjønsstad (2012) s. 507

Forarbeidene til psykisk helsevernloven har lagt til grunn at ordlyden ”alvorlig sinnslidelse” har nær tilknytning til psykosene.⁶² Klare og aktive psykososer er dermed å anse som kjernen av hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse”.

De klare og aktive psykosene kjennetegnes av sviktende realitetsvurderinger eller realitetsbrist, hvor pasientens oppfatning og tolkning av virkeligheten er bristende, sviktende eller feilaktig.⁶³ Forarbeidene på sin side uttaler at psykososer vanligvis blir forklart som sinnslidelser. Lidelser hvor det har utviklet seg en svekkelse av psykiske funksjoner av en slik grad at det griper sterkt inn i personens sykdomsinnsikt, evne til å møte dagliglivets krav og evne til å bevare kontakt med virkeligheten.⁶⁴

Hovedvilkåret ”alvorlige sinnslidelser” skal ikke bare være avgrenset til å omfatte tilstander av psykose, men også enkelte grensetilfeller skal kunne kvalifisere til tvungent psykisk helsevern. I denne sammenheng har forarbeidene lagt til grunn at det er nødt til å foretas en helhetsvurdering hvor ikke bare sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg må tillegges stor vekt. Det er flere momenter som er av betydning for drøftelsen, og disse er ikke uttømmende. Forarbeidene har lagt vekt på om pasienten har store karakteravvik, og om lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen. Videre må det foretas en konkret skjønsmessig vurdering ut fra det konkrete tilfellet.⁶⁵

I Rt. 1987 s. 1495 ble ordlyden av ”alvorlig sinnslidelse” for første gang forsøkt klarlagt i rettspraksis. Saken omhandlet spørsmål om erstatning for ulovhjemlet tvangsinnleggelse og tilbakehold i sykehuset etter psykisk helsevernloven 1961 § 5. Det ble i saken satt spørsmål til om pasienten var alvorlig sinnslidende i perioden han var innlagt. Førstvoterende uttaler i denne sammenheng at: ”vilkåret ”alvorlig sinnslidelse” har nær tilknytning til psykosene, slik at det bare i særlige grensetilfelle kan komme på tale med tvangsomsorg overfor den som har en psykisk lidelse uten å være psykotisk”.⁶⁶ Førstvoterende legger også til grunn at det må foretas en konkret skjønsmessig vurdering, i henhold til om hovedvilkåret kan anvendes utenfor psykosene. Dommen kom før forarbeidene til gjeldende lov, og det kan dermed antas at uttalelsene her har blitt den rådende forståelsen av hovedvilkåret.

⁶² Ot.prp.nr. 11 (1998-1999) s. 154

⁶³ IS-1559 s. 14

⁶⁴ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999) s. 76

⁶⁵ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999) s. 154

⁶⁶ Rt. 1987 s. 1495 s. 1502

Dette utgangspunktet ble også lagt til grunn i Huleboerdommen av Rt. 1988 s. 634. Den omhandlet en pasient som hadde bodd i en jordhule det meste av tiden siden 1978, frem til han ble ansett alvorlig sinnslidende og tvangsinnlagt i 1987. Spørsmålet var om pasienten kunne bli utskrevet fra psykiatrisk sykehus. Førstvoterende i saken sluttet seg til Rt. 1987 s. 1495 i henhold til lovforståelsen av hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse”, og kom til at vilkåret var oppfylt, til tross for at det vanskelig kunne påvises tradisjonelle psykotiske trekk.⁶⁷

Rt. 2001 s. 1481 i Psykisk helsevern II ble det spørsmål om en symptomfri pasient, tvangsmedisinert for en kronisk tilstand skulle falle inn under hovedvilkåret eller ikke. Førstvoterende la til grunn at ikke bare aktive psykoser, men også visse svært manifesterede avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser, også omfattes av begrepet ”alvorlig sinnslidelse”. Førstvoterende kom videre til at begrepet omfatter personer med kronisk psykosesykdom, også i symptomfrie perioder, når symptomfriheten settes i sammenheng med inntak av psykofarmaka.⁶⁸

Det foreligger ikke en uttømmende oversikt over tilfeller som kan anses å falle inn under hovedvilkåret. Det må i denne sammenheng tas utgangspunkt i en helhetsvurdering av det konkrete tilfellet som foreligger. Det er derfor akseptert et visst spillerom for skjønnsutøvelsen.⁶⁹ Hovedvilkåret er dermed ikke eksakt og velavgrenset, heller noe uklart. Det som imidlertid er klarlagt er at ”alvorlig sinnslidelse” omfatter klare, aktive psykoser og rusutløste psykoser. I tillegg vil hovedvilkåret omfatte svært manifesterede avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter, hvor funksjonssvikten kan likestilles med en psykose, samt kroniske psykoser uten symptomer når dette settes i sammenheng med medisiner.⁷⁰

Det har vært diskutert om alvorlige spiseforstyrrelser er et grensetilfelle som kan falle inn under hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse” etter phvl. § 3-3, og da med hjemmel i lov kunne underlegges tvungent psykisk helsevern. Spiseforstyrrelser vil vanligvis ikke være å anse som en ”alvorlig sinnslidelse” i lovens forstand. Likevel har det blitt lagt til grunn de senere årene at alvorlige spiseforstyrrelser ”kan” være et grensetilfelle som faller inn under ordlyden i særlige tilfeller. Dette ble også bekreftet, sist ved dommen i Rt. 2015 s. 913 som tar for seg problemstillingen om å underlegge denne pasientgruppen tvungent psykisk helsevern. Det

⁶⁷ Rt. 1988 s. 634 s. 638

⁶⁸ Rt. 2001 s. 1481 s. 1486

⁶⁹ Rt. 1987 s. 1495 s. 1500

⁷⁰ Syse (2016) s. 139

interessante er hva som kvalifiserer en person med alvorlige spiseforstyrrelser til å kunne falle inn under lovens ordlyd ”alvorlig sinnslidelse”. I medhold av dette vil den nylig avsagte Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s. 913 kunne belyse hvilke momenter som er av betydning ved vurderingen.

For at et grensetilfelle skal kunne falle inn under lovens hovedvilkår ”alvorlig sinnslidelse” er det blitt lagt til grunn at det må foretas en helhetsvurdering hvor sykdomstilstanden, og de utslagene den gir seg, må tillegges betydelig vekt. Forarbeidene uttaler at det vil være av betydning om tilstanden har så store karakteravvik at den medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen.⁷¹ Utover dette vil det måtte legges til grunn en konkret skjønnsmessig vurdering av det enkelte tilfellet. Momenter som er av relevans for vurderingen av om personer med alvorlige spiseforstyrrelser kan anses å ha en ”alvorlig sinnslidelse”, har ikke forarbeidene til psykisk helsevernloven tatt stilling til. Det foreligger imidlertid underrettspraksis på området som berører spørsmålet. Bergen byrett i desember 1991, før loven av 1999 kom, stilte et spørsmål om hvorvidt en person med alvorlige spiseforstyrrelser kunne tvangsinnlegges etter dagjeldende lov, og ordlyden ”alvorlig sinnslidelse”. Flertallet i saken besvarte dette bekreftende, etter å ha lagt til grunn de generelle momentene som må tillegges vekt ved grensetilfeller. Flertallet uttalte videre at det var ”klart at man står ovenfor en person med store karakteravvik, personlighetsforstyrrelser og hvor lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen på en avgjørende måte. En helhetsvurdering tilsier at man står ovenfor en tilstand som fortsatt er å betrakte som en alvorlig sinnslidelse”.⁷² Ut fra disse bemerkelsene er det vanskelig å trekke en slutning i henhold til hvilke momenter som skal vektlegges ved denne pasientgruppen, fordi det kun foreligger en uttalelse på generelt grunnlag.

Faglitteraturen legger til grunn at helhetsvurderingen må inneholde momenter som; pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt og mestringssevne, og forekomst og/eller sammenheng med pasientens øvrige psykiske symptomer vil være av betydning.⁷³ I forarbeidene til forslag om endring av psykisk helsevernloven i 2005 tar departementet stilling til spørsmålet om hvordan alvorlige spiseforstyrrelser kan kvalifiseres som en ”alvorlig sinnslidelse”. Forarbeidene legger til grunn at pasientens kroppsoppfatning, selvbilde og virkelighetsoppfatning kan være så fordreid at vilkåret vil kunne anses oppfylt.

⁷¹ Ot.prp.nr 11 (1998-1999) s. 77

⁷² Syse (2016) s. 370, jf. Sak 91-2395 A704

⁷³ Syse (2016) s. 371

Videre legges det vekt på at det må foretas en konkret helhetsvurdering av pasientens sykdomstilstand og hvilke utslag den gir seg. Det blir et spørsmål om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evner at tilstanden kan likestilles med en psykosetilstand.⁷⁴ Forarbeider, underrettspraksis og faglitteraturen har dermed tatt til ordet for at alvorlige spiseforstyrrelser kan falle inn under ordlyden ”alvorlig sinnslidelse”, men at dette kun vil gjelde for en begrenset gruppe pasienter med spiseforstyrrelser.⁷⁵

Spørsmålet om alvorlige spiseforstyrrelser kan omfattes av hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse”, ble behandlet i den nylige avsagte Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s. 913. Saken gjaldt utskrivelse av en ung kvinne (A) som hadde blitt underlagt tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 nr. 3 på grunnlag av anoreksi.

En enstemmig Høyesterett kom til at kvinnen led av en alvorlig sinnslidelse, og at grunnvilkåret for å anvende tvungent psykisk helsevern var oppfylt. Kvinnen ble følgelig ikke utskrevet da hun fremdeles hadde en alvorlig sinnslidelse, til tross for at hun ikke lenger var livstruende undervektig. Høyesterett la til grunn etter en grundig gjennomgang av rettskildene, og det faktum at tvungent psykisk helsevern er meget inngripende at det er utvilsomt at pasienter med anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som må karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse, jf. avsnitt 39.

Det er likevel ingen automatikk i at lovens hovedvilkår er oppfylt selv om pasienten har en alvorlig spiseforstyrrelse. Høyesterett legger videre til grunn at pasienten må, etter en totalvurdering av de konkrete omstendighetene, ha en tilstand som kan likestilles med en psykose for at en spiseforstyrrelse skal regnes som en alvorlig sinnslidelse. I den generelle vurderingen av om alvorlige spiseforstyrrelser kan anses som en alvorlig sinnslidelse, legger Høyesterett vekt på momenter som pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av slike forhold som eget utseende, kroppens vekt og fungering og de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn det som er nødvendig. Et viktig poeng er om den ”anorektiske drive” er så sterk at pasienten ”handler på anoreksien”, istedenfor de objektive kjensgjerninger.⁷⁶ Det Høyesterett legger vekt på er altså ikke BMI og andre somatiske komplikasjoner alene, men styrken av den ”anorektiske drive”. Kvinnen hadde i dette tilfellet

⁷⁴ Ot.prp.nr. 65 (2005-2006) s. 74

⁷⁵ Ot.prp.nr. 65 (2005-2006) s. 74

⁷⁶ Rt. 2015 s. 913 avsnitt 42

blitt behandlet en stund, og var på domstidspunktet reernært med BMI opp mot nederste del av normalvekt. Likevel mente de sakkyndige i saken at kvinnen hadde en realitetsbristende kroppsoppfatning hvor hun hadde en ”drive” mot stadig lavere vekt”.⁷⁷ Ved denne vurderingen av As lidelse foretas det også en vurdering av om A har samtykkekompetanse. Den sakkyndige uttaler at A har: ”*manglende forståelse for hvor medisinsk alvorlig situasjonen hennes er*”. Det kommer imidlertid ikke eksplisitt frem at det er As samtykkekompetanse som vurderes. Dette kan likevel forstås gjennom de sakkyndiges vurderinger, hvor det vektlegges om pasienten forstår at hun har anoreksi og trenger hjelp. De sakkyndige mener hun har en realitetsbrist.⁷⁸ Det kan således antas at de sakkyndige mener at A mangler samtykkekompetanse.

Et annet viktig spørsmål er hvordan tvangsernæring stiller seg i forhold til tvangsmedisinering. Høyesterett i Rt. 2015 s. 913 tar opp denne problemstillingen fordi den ankende part anfører at tvangsernæring av A, ikke kan sammenliknes med medikamentell behandling av psykoser.⁷⁹ Som tidligere nevnt kan en symptomfri pasient, tvangsmedisinert med antipsykotika falle inn under hovedvilkåret, selv i helt symptomfrie perioder. I denne saken anfører den ankende part at det stiller seg annerledes ved tilførsel av næring. Førstvoterende i saken er uenig i dette, og begrunner dette med at næringstilførsel til personer med alvorlige spiseforstyrrelser medfører at symptomene dempes eller fjernes i det hele, men at grunnlidelsen fortsatt er tilstede. Hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse” vil derfor også kunne være oppfylt, selv når undervekten reduseres, så lenge den ”anorektiske drive” fortsatt består. Det kan dermed være hjemmel for tvungent psykisk helsevern, selv hvor tvangsernæring har medført at pasienten er bedre.

Dommen kommer med viktige prinsipielle uttalelser i henhold til hvordan alvorlige spiseforstyrrelser kan kvalifiseres til tvungent psykisk helsevern. Det som er av størst interesse i henhold til overføringen til senere saker, er hvordan pasienten blir styrt av anoreksien. Høyesterett bekrefter således at det er mulig å underlegge personer med alvorlige spiseforstyrrelser tvungent psykisk helsevern.

Dommen supplerer dagens rettskildebilde og avklarer at det er lovlig å tvangsinnlegge personer med alvorlige spiseforstyrrelser etter psykisk helsevernloven. Høyesterett kommer

⁷⁷ Rt. 2015 s. 913 avsnitt 49

⁷⁸ Rt. 2014 s. 913 avsnitt 48

⁷⁹ Rt. 2015 s. 913 avsnitt 16

med viktige uttalelser i henhold til hvilke momenter som vil være av betydning for vurderingen av om en person har en så alvorlig grad av spiseforstyrrelse, at den kvalifiserer til tvungent psykisk helsevern. Likevel må hver sak vurderes konkret, og momentene som Høyesterett legger vekt på er ikke uttømmende. Det kan imidlertid rettes noe kritikk mot dommen ettersom de sakkyndiges vurderinger blir tillagt stor vekt. Utfallet for saken ligger på disse uttalelsene. Det må likevel presiseres at vurderingen av om en person skal omfattes av hovedvilkåret, er av rent helsefaglig karakter og er svært skjønnsmessig. Vurderingen av det konkrete tilfellet er individuell. Det må videre bemerkes at Høyesterett i denne saken tilfører noe nytt ved at tvungent psykisk helsevern kan opprettholdes. Dette selv når undervekten er redusert og pasienten er utenfor vesentlig fare, så lenge pasientens ”drive” til undervekt fortsatt består. Det kan stilles spørsmål til om rettsikkerheten blir tilstrekkelig ivaretatt, all den tid momentet ”drive” er svært skjønnsmessig.

5.4 Tilleggsvilkårene

For at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres kreves det i tillegg til hovedvilkåret, at minst ett av de to lovfestede tilleggsvilkårene i phvl. § 3-3 første ledd bokstav a og b må være oppfylt. Vilkårene deles i behandlingskriteriet og farekriteriet.

5.4.1 Behandlingskriteriet

Behandlingskriteriet krever at pasienten får sin: *”utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret”*, jf. phvl. § 3-3 første ledd bokstav a.

Behandlingskriteriet kan deles i to alternative vilkår, som omfatter et forbedringsalternativ og et forverringsalternativ.

Forbedringsalternativet stiller krav om at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, og er en videreføring av behandlingskriteriet slik det var lagt til grunn i 1961-loven. Det er den konkrete prognosen med og uten behandling som må vurderes.⁸⁰ Faglitteraturen har lagt til grunn at bedringsalternativet tradisjonelt er begrunnet ut fra behovet om tidlig intervensjon.⁸¹ Det som menes er at bedringsalternativet vil være

⁸⁰ Syse (2016) s. 140

⁸¹ NOU 2011:9 kapittel 14. s. 168

mest aktuelt ved etablering av psykisk helsevern. Det sentrale vurderingstemaet er hvordan tilstanden til pasienten vil utvikle seg med eller uten tvungent psykisk helsevern.⁸²

Forbedringsalternativet krever videre en skjønnsmessig faglig vurdering av lidelsen, og retten vil som regel være tilbakeholden med en rettslig overprøving av den faglige ansvarliges skjønnsutøvelse.⁸³

Forverringsalternativet stiller på den andre siden krav om at det er stor sannsynlighet for at pasienten sin tilstand ”i meget nær framtid blir vesentlig forverret”. Ordlyden i vilkåret tar sikte på de tilfeller der pasienten er på et optimalt nivå, men frykter snarlig tilbakefall.⁸⁴ I henhold til dette må det stilles svært strenge krav for at en person som er bragt opp på behandlingmessig optimalt nivå, skal kunne underlegges tvungent psykisk helsevern på grunn av muligheten for forverring.⁸⁵

Forarbeidene har videre lagt vekt på at dette er et svært inngripende tiltak, og det må derfor stilles svært strenge krav til forverringsmuligheten. Dette markeres med at det må være fare for en vesentlig forverring i meget nær framtid, og at det må være stor sannsynlighet for dette, mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt.⁸⁶ Det kan her legges til at tvungent psykisk helsevern på grunnlag av mulighet for forverring utgjør et stort inngrep i en persons integritet og autonomi. Legalitetsprinsippet står dermed sterkt på området i henhold til forverringskriteriet.

I vurderingen av forverringskriteriet foreligger det også et tidskrav, jf. ordlyden ”meget nær fremtid”. Denne tidsberegningen skal finnes sted ved vedtakstidspunktet, ved vurderingen av om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes eller ikke.⁸⁷

Vurderingen av vilkåret ”meget nær fremtid” ble behandlet i Rt. 2014 s. 801, som omhandlet en kvinne underlagt tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3. Spørsmålet var om kvinnen kunne skrives ut. Høyesterett tok stilling til om tilleggsvilkåret i § 3-3 første ledd bokstav a, om forverringsvilkåret var oppfylt. Førstvoterende i saken tar opp vurderingen rundt uttrykket ”i meget nær framtid”. Etter en vurdering av tidligere rettspraksis og rettskilder kommer

⁸² Riedl (2014) s. 99-100

⁸³ Kjønsstad (2012) s. 509

⁸⁴ Riedl (2014) s. 101

⁸⁵ Ot.prp.nr.11 (1998-1999) s. 80

⁸⁶ Kjønsstad (2012) s. 509

⁸⁷ Riedl (2014) s. 101

førstvoterende frem til at tre til fire måneder etter utskriving ligger innenfor lovens krav om vesentlig forverring i ”meget nær framtid”.⁸⁸

For at personer med alvorlige spiseforstyrrelser skal kunne underlegges tvungent psykisk helsevern, må minst ett av de to tilleggsvilkårene være oppfylt. Spørsmålet er hvilke av tilleggsvilkårene som vil være mest aktuell for denne pasientgruppen. Forarbeidene til endring av psykisk helsevernloven og faglitteraturen har kommet frem til at behandlingstilskuddet i phvl. § 3-3 bokstav a bør være oppfylt i de tilfeller hvor sykdommen er alvorlig nok. Det vil si at den aktuelle institusjonen har et tilbud som innebærer at ikke-hospitalisering fører til at pasienten får sin ”utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert”.⁸⁹ Det som ligger i dette er at pasienten med alvorlige spiseforstyrrelser må kunne tilbys et behandlingstilskudd som medfører en reell bedring.⁹⁰

Rt. 2015 s. 913 tar ikke konkret stilling til hvilke av tilleggsvilkårene som er av aktualitet for vurderingen av alvorlige spiseforstyrrelser. Førstvoterende gir en kort vurdering av om tilleggsvilkårene er oppfylt og uttaler: ”*Dersom A overføres til frivillig behandling, må jeg ut fra hennes sykehistorie og de sakkyndiges uttalelser legge til grunn at hun, som tidligere, nærmest umiddelbart vil redusere næringsinntaket og raskt gå ytterligere ned i vekt*”.⁹¹

Vurderingen til førstvoterende er preget av at vurderingen er rent skjønnsmessig, sett opp mot det konkrete tilfellet. Han foretar en fremtidsrettet prognosevurdering av As lidelse hvis hun eventuelt skrives ut, og konkluderer med at A nærmest umiddelbart vil redusere næringsinntaket. Det foreligger imidlertid ingen vurdering av den psykiske lidelsen med behandling. Det kan dermed se ut som førstvoterende plasserer vurderingen under forverringstilskuddet, jf. ordlyden ”umiddelbart”. Det må likevel antas at førstvoterende tar sikte på forbedringstilskuddet, da de sakkyndige og førstvoterende selv mener at A ikke er på et optimalt nivå. Dette kan implisitt forstås gjennom uttalelsen til førstvoterende i henhold til vurderingen av tilleggsvilkårene hvor han påpeker at: ”*Det er for så vidt illustrerende at hun igjen gikk ned i vekt da hun etter nær et års behandling ved Stjørdal RKSF ble overført til Jæren DPS, hvor det var noe løsere rammer*”.

5.4.2 Farekriteriet

⁸⁸ Rt. 2014 s. 801 avsnitt 45

⁸⁹ Syse (2016) s. 372

⁹⁰ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) s. 74

⁹¹ Rt. 2015 s. 913 avsnitt 56

Etter phvl. § 3-3 fremgår det også et vilkår om at den syke må utgjøre en ”nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse”. Dette tilleggsvilkåret består av to separate og uavhengige vilkår, som er ment å beskytte to vidt forskjellige hensyn. Ordlyden av ”nærliggende fare for eget liv” tar hensyn til vernet om pasienten selv, gjerne også beskrevet som individuell paternalisme. Ordlyden ”nærliggende fare” tilsier at faren for livet må være nærstående. Faren må ha vist seg tidligere eller på annen måte dokumenteres.⁹² Videre tar ordlyden sikte på at ikke enhver fare er tilstrekkelig, sannsynligheten for fare må være høy og alvorlig. Dette tilsier at skadepotensialet med tanke på liv eller helse må være stort.⁹³

I henhold til begrepet ”nærliggende” har det blitt stilt spørsmål om det innebærer et tilsvarende tidsaspekt som ordlyden ”meget nær fremtid” i forverringsvilkåret.

Høyesterettsdommen i Rt. 2001 s. 1481 tar stilling til dette spørsmålet. Saken omhandlet opphør av tvungent psykisk helsevern for en 56 år gammel mann. Høyesterett tok i all hovedsak stilling til om kroniske psykosesykdommer kunne falle innunder hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse” i de tilfeller hvor pasienten var symptomfri, noe som ble besvart bekreftende. I tillegg tar førstvoterende opp spørsmålet om det foreligger et tidsmoment i ”fare”-vilkåret, og slår fast at det ikke finnes holdepunkter for et slikt tidskrav, men at faren måtte være reell og kvalifisert på avgjørelsestidspunktet. Videre blir det uttalt at: *”tidsmomentet vil likevel måtte trekkes inn ved rettens vurdering av den konkrete påregnelighet. Desto lengre frem i tid, desto mindre blir sikkerheten for at fare vil oppstå”*.⁹⁴

Det fremgår av forarbeidene og faglitteraturen at farevilkåret som oftest vil være oppfylt hvor vedkommende har en spiseforstyrrelse av alvorlig grad.⁹⁵ Sviktende næringsinntak kan få så alvorlige konsekvenser for pasienten at det er livstruende.

Faglitteraturen uttaler at farevilkåret vil omfatte situasjoner hvor det foreligger en selvdestruktiv atferd med rusmiddelbruk, sviktende næringsinntak og manglende egenomsorg som vedvarer over tid. Så lenge dette medfører alvorlige konsekvenser for pasienten.⁹⁶ Momentet sviktende næringsinntak vil kunne være tilfelle for personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Det kan antas at farevilkåret i et konkret tilfelle vil kunne være oppfylt for denne pasientgruppen.

⁹² Kjønstad (2012) s. 509

⁹³ Riedl (2014) s. 103

⁹⁴ Rt. 2001 s. 1481 s. 1487

⁹⁵ Syse (2016) s. 372 og Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 74

⁹⁶ Riedl (2014) s. 103

Høyesterett i Rt. 2015 s. 913 tar ikke standpunkt til farevilkåret. Det kan imidlertid presiseres at farevilkåret må vurderes etter en konkret skjønnsmessig vurdering av pasientens tilstand. I denne konkrete saken hadde tvungent psykisk helsevern vart over en lengre periode og kvinnen var reernært. En eventuell alvorlig helsefare vil følgelig ligge lengre frem i tid og farevilkåret er da ikke oppfylt. Det er som tidligere anført et krav om at faren må være tilstrekkelig og nærstående, og sannsynligheten for fare må være høy.

Vilkåret ”fare for andres liv” tar sikte på å verne borgerne og samfunnet generelt, og kalles gjerne sosial paternalisme. I den videre fremstillingen vil det ikke bli gått nærmere inn på ”fare for andres liv”, siden dette ikke har relevans for pasientgruppen alvorlige spiseforstyrrelser.

5.4.3 Overoppfyllelse av tilleggsvilkårene

Hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse” etter phvl. § 3-3 er et ufravikelig vilkår. Tvungent psykisk helsevern kan bare finne sted hvor hovedvilkåret er oppfylt. Det er imidlertid blitt stilt spørsmål om det kan finne sted en overoppfyllelse av tilleggsvilkårene i phvl. § 3-3. I faglitteraturen har det blitt lagt til grunn at en overoppfyllelse av tilleggsvilkårene vil kunne virke tilbake på vurderingen av om hovedvilkåret er oppfylt.⁹⁷ Dette vil kun være aktuelt hvor den alvorlige sinnslidelsen ikke gjelder en klar og aktiv psykose. Kjønstad uttaler at: ”*tilleggsvilkårets alvorlighetsgrad, ikke minst ut fra en konkret farevurdering, bør i enkelte situasjoner kunne spille inn ved vurderingen av om hovedvilkåret anses oppfylt*”.⁹⁸ I denne sammenheng blir det lagt vekt på at alvorlige spiseforstyrrelser vil være et eksempel på en situasjon hvor overoppfyllelse vil kunne virke tilbake på vurderingen av om hovedvilkåret er oppfylt.

Syse tar dette standpunktet i den siste utgaven av boken *Psykisk helsevernloven med kommentarer* og påpeker at det er overoppfyllelse av sidevilkårene som er årsaken til innleggelse av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser.⁹⁹ Syse begrunner dette videre med at en alvorlig spiseforstyrrelse i seg selv ikke kvalifiserer til tvungent psykisk helsevern, det er en helhetsvurdering av pasientens tilstand som må til. Denne helhetsvurderingen må legge vekt på hvor alvorlig situasjonen er, da med hensyn til om sykdommen er så alvorlig at den

⁹⁷ Kjønstad (2012) s. 511

⁹⁸ Kjønstad (2012) s. 511

⁹⁹ Syse (2016) s. 373

kan medføre død eller alvorlig helseskade, hvor ung pasienten er, og hvor lenge tilstanden har vart.¹⁰⁰

En overoppfyllelse av tilleggsvilkårene har imidlertid ikke fått støtte i rettspraksis. Dette kommer frem av Huleboerdommen i Rt. 1988 s. 634, som gjaldt spørsmålet om utskriving av en pasient som hadde bodd i en jordhule det meste av tiden siden 1978. I henhold til om en eventuell overoppfyllelse av tilleggsvilkårene uttaler Høyesterett at: *”En slik form for relativisering passer imidlertid dårlig med utformingen av vilkårene i lov om psykisk helsevern § 5 første ledd”*. Førstvoterende begrunner dette med at de ytre forhold som berører pasientens fysiske og psykiske helse i første rekke må vurderes ut fra spørsmålet om han lider overlast, og ikke gjøres til noe avgjørende kriterium for om alvorlig sinnslidelse foreligger. Høyesterett avviser således en slik lovanvendelse, siden spørsmålet ikke kan besvares avhengig av om det var vinter eller sommer.¹⁰¹ Det er vanskelig å bekrefte om overoppfyllelse av tilleggsvilkårene vil kunne spille inn ved vurderingen av om hovedvilkåret er oppfylt. Dette på grunn av at det ikke foreligger tilstrekkelig rettskildemateriale på området.

5.5 Helhetsvurderingen

Selv om hovedvilkåret og tilleggsvilkårene i § 3-3 er oppfylt, er det ingen automatikk i at tvungent psykisk helsevern skal etableres. Det må foretas en konkret skjønnsmessig helhetsvurdering. Av phvl. § 3-3 nr. 6 må den faglige ansvarlige foreta en slik vurdering og se om tvungent psykisk helsevern vil være *”den klart beste”* løsningen for vedkommende. I denne vurderingen skal det legges *”særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende”*. Forarbeidene uttaler at helhetsvurderingen må vurderes ut i fra hensiktsmessighet- og rimelighetsbetraktninger.¹⁰²

Av rettspraksis i Rt. 2001 s. 752 fremgår det at helhetsvurderingen er et selvstendig og krevende vurderingsvilkår, hvor det må særlig legges vekt på belastningen ved inngrepet.¹⁰³ Førstvoterende uttaler så at: *”hva som er best for A i utgangspunktet må være objektiv”*.

Vilkåret om at tvungent psykisk helsevern må være *”nødvendig”* etter phvl. § 3-3 første ledd nr. 3 må ses i sammenheng med det minste inngreps prinsipp i bestemmelsens første ledd, og

¹⁰⁰ Syse (2016) s. 373

¹⁰¹ Rt. 1988 s. 634 s. 641

¹⁰² Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 156

¹⁰³ Rt. 2001 s. 752 s. 759

den skjønnsmessige helhetsvurderingen. Selv hvor de øvrige vilkår er oppfylt skal det således ikke foreligge en automatikk i bruken av tvungent psykisk helsevern.¹⁰⁴ Det må vurderes om tvungent psykisk helsevern er det beste alternativet for pasienten og det må følgelig ikke foreligge mindre inngripende alternativer.¹⁰⁵

I henhold til Rt. 2015 s. 913 angående problemstillingen alvorlige spiseforstyrrelser tar førstvoterende en konkret helhetsvurdering av om dette er den ”klart beste løsningen” for A. Førstvoterende uttaler at: ”uten behandling er sykdommen livstruende for henne, og at hun nå mangler evne til realistisk vurdering av sykdommen og dens konsekvenser”. Det kan kritiseres hvorfor Høyesterett i den konkrete saken ikke legger vekt på den store belastningen dette inngrepet fører med seg. I dette tilfellet har A vært underlagt tvang over en lengre periode, hvor det også er opprettet tvangstiltak i form av ernæring. Faglitteraturen har lagt vekt på at hvis situasjonen for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser er kritisk, skal det mye til for at en helhetsvurdering tilsier utskrivelse.¹⁰⁶

5.6 Tvangsernæring etter § 4-4

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 bokstav b fremgår det at en pasient som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke kan: ”som ledd i behandling av pasient med alvorlige spiseforstyrrelser gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ”.

Av forarbeidene fremgår det at bestemmelsen innebærer at ernæringstilførsel med bruk av tvang, skal kunne gjennomføres som ledd i behandlingen, dersom det fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.¹⁰⁷ Det foreligger således et krav om at nødvendigheten må vurderes kontinuerlig. I tilfeller der pasienten er på et optimalt nivå, vil det ikke lenger kunne gis ernæring med tvang.

Behovet for en regel om tvangsernæring er grunnlagt i IS-9/2012 hvor det uttales at:

”pasienter med alvorlig undervekt kan ha svekkede kognitive funksjoner på grunn av lav

¹⁰⁴ Syse (2016) s. 137

¹⁰⁵ Riedl (2014) s. 104

¹⁰⁶ Syse (2016) s. 374

¹⁰⁷ Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 90

glukosemetabolisme i hjernen. For slike pasienter vil tilføring av glukose øke hjernens funksjon slik at muligheten for effekt av mer tradisjonell psykiatrisk behandling bedres".¹⁰⁸

Bestemmelsen i § 4-4 bokstav b impliserer at pasienten allerede må være underlagt tvungent psykisk helsevern. Det kan følgelig ikke foreligge slik ernæring med mindre pasienten oppfyller de materielle vilkårene i phvl. § 3-3. Dette ble også lagt til grunn i Rt. 2015 s. 913 hvor førstvoterende uttaler at: *"slik behandling forutsetter at også vilkårene i § 3-3 er oppfylt"*. Det er således en presumpsjon for at alvorlige spiseforstyrrelser kan falle inn under ordlyden "alvorlig sinnslidelse". Faglitteraturen støtter dette og uttaler at: *"hvor det er helt påkrevet å iverksette tvangsernæring straks på grunnlag av at situasjonen er alvorlig vil etablering av tvungent psykisk helsevern fremstå som "nødvendig"*.¹⁰⁹

Det kan stilles spørsmål om inngrepets styrke er forskjellig i forhold til tvangsbehandling og tvangsernæring. Ved tvangsernæring vil ikke pasienten få en annen sinnstilstand, i motsetning til hva som finner sted ved tvangsmedisinering. Det er klart at tvangsernæring for en pasient kan være svært inngripende, siden det vil medføre nedlegging av sonde og eventuelt også fysiske inngrep for å hindre at sonden tas ut under næringstilførselen.¹¹⁰ Syse påpeker i denne sammenheng at det er et helt vanlig næringsstoff som tilføres, og er således vesensforskjellig fra tvangsmedisinering, som de fleste ville fravalgt seg.¹¹¹

5.7 Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungent psykisk helsevern kan gis ved *"døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene"*, jf. phvl. § 3-5 første ledd. Hovedregelen er at tvungen behandling kun kan gjennomføres på institusjoner som er særlig godkjent for dette, jf. phvl. § 3-5 første ledd. I 2006 kom det imidlertid et nytt andre ledd i psykisk helsevernloven § 3-5, den uttaler at dersom det er *"nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter første ledd"*. Bestemmelsen oppstiller et unntak fra godkjenningskravet i første ledd, og åpner for bruk av tvang på somatiske avdelinger.

¹⁰⁸ IS-9/2012 s. 65

¹⁰⁹ Syse (2016) s. 376

¹¹⁰ Syse (2016) s. 384

¹¹¹ Syse (2016) s. 384

Formålet bak bestemmelsen er å sikre at pasienten kan gis opphold ved institusjon som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern i tilfeller hvor dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.¹¹² Slik nødvendig helsehjelp kan være tvangsernæring av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser etter phvl. § 4-4 bokstav b. Forarbeidene har imidlertid presisert at dette er ment som et snevert unntak. Dette unntaket kom inn ved endringslov av 2006, i forbindelse med innføringen av bestemmelsen om tvangsernæring i § 4-4 bokstav b.¹¹³ Den er ment å kunne benyttes ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser, som har en slik helsetilstand at det er behov for avansert medisinsk overvåkning.¹¹⁴ Det forutsettes at denne typen helsehjelp ikke kan tilbys i en psykiatrisk institusjon godkjent for bruk av tvang.

Bestemmelsen hjemler en mulighet for å gi tvungent psykisk helsevern på somatisk avdeling. Phvl. § 3-5 andre ledd hjemler imidlertid ikke muligheten for å opprette tvungent psykisk helsevern i institusjoner som ikke er godkjent for bruk av tvang.¹¹⁵ Pasienten må allerede være underlagt tvungent psykisk helsevern før phvl. § 3-5 andre ledd kan komme til anvendelse. Bestemmelsen er ment å sikre at pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser som har en svekket fysisk helsetilstand, skal kunne gis den helsehjelp som er nødvendig.¹¹⁶ Dette gjerne gjennom vedtak om tvangsernæring på somatisk avdeling.

5.8 Forholdet til menneskerettighetene

Tvangsinnleggelse og tvangsbruk vil kunne utfordre retten til frihet, som menneskerettighetene er ment å verne. Den ankende part i Rt. 2015 s. 913 anfører at tvangsbehandlingen av A er i strid med retten til frihet i EMK art. 5, siden A ikke lenger har en ”alvorlig sinnslidelse”. Høyesterett bemerket imidlertid at det ikke forelå en konvensjonsstridig handling, uten å behandle dette nærmere. Ved vurderingen av om tvangsinnleggelse er i strid med EMK art. 5, må det ses hen til Winterwerp kriteriene. Disse kriteriene er imidlertid i samsvar med vilkårene i phvl. § 3-3, og således vil det ikke foreligge en krenkelse så lenge vilkårene her er oppfylt. Dette kan være begrunnelsen for at Høyesterett i Rt. 2015 s. 913 ikke ser nærmere på den ankende parts anførsel om strid med menneskerettighetene. Høyesterett kom frem til at A fortsatt hadde en ”alvorlig sinnslidelse” selv hvor hun var bedre og reernært.

¹¹² Ot.prp.nr. 65 (2005-2006) s. 88

¹¹³ Riedl (2014) s. 123

¹¹⁴ Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 88

¹¹⁵ Helsedirektoratet . Tvungen behandling ved somatisk avdeling, kap. 16.6

¹¹⁶ Helsedirektoratet. Tvungen behandling ved somatisk avdeling, kap. 16.6

Det kan imidlertid stilles spørsmål om hvordan tvangsinnleggelse av en person med alvorlige spiseforstyrrelser stiller seg i forhold til CRPD art. 14 bokstav b og artikkel 25 bokstav d. Som nevnt under kapittelet om menneskerettighetene har det vært strid rundt forståelsen av CRPD, og om denne konvensjonen strider mot nasjonal lovgivning. Spørsmålet om CRPD artikkel 14 og 25 er i strid med tvangsbehandling av psykisk syke som er samtykkekompetente ble behandlet i en nylig avsagt Høyesterettsdom i Hr-2016-1286 A. Saken omhandlet en kvinne som var underlagt tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3, og medisinerert med førstegenerasjons antipsykotika i depot. Spørsmålet var om vernet kunne opphøre etter phvl. § 3-7. Kvinnen fikk ikke medhold. Høyesterett tar dermed stilling til om tvangsbehandlingen av kvinnen strider mot CRPD art. 14 bokstav b og art. 25 bokstav d.

En enstemmig Høyesterett kom til at det ikke er grunnlag for å konkludere med at konvensjonen forbyr tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke på generelt grunnlag, når det skjer i henhold til kriteriene som følger av psykisk helsevernloven.¹¹⁷

Høyesterett legger til grunn at regelen er fragmentarisk, flertydig og i noen grad motstridende. Rekkevidden av artikkelen er usikker.¹¹⁸ Likevel finner ikke Høyesterett grunnlag for at psykisk helsevernloven strider mot konvensjonens bestemmelser. Førstvoterende henter støtte fra Prop. 106 s. (2011-2012) side 16, som ga uttrykk for at det ikke er nødvendig å endre tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven ved ratifikasjonen av CRPD. Høyesterett konkluderer dermed med at: *”det ikke gjelder et alminnelig menneskerettslig forbud mot tvangsmedisinering av psykisk syke som ikke utgjør noen fare for andre, selv om vedkommende (...) for tiden er så velfungerende at han eller hun anses samtykkekompetent i andre anliggender”*.¹¹⁹

Overført til tilfellet for alvorlige spiseforstyrrelser, kan dommen tas til inntekt for at CRPDs bestemmelser ikke vil stride mot tvangsinngrep etter phvl. § 3-3. Selv hvor pasienten er reernært og velfungerende så lenge tilleggsvilkårene fremdeles finnes oppfylt.

Syse mener imidlertid at CRPDs art. 14 vil være mer problematisk for personer med alvorlige spiseforstyrrelser, enn ved andre tilfeller hvis denne påberopes. Dette hvis CRPD komiteens forståelse av konvensjonen tolkes ordrett. Syse påpeker at en pasient med alvorlige

¹¹⁷ Hr-2016-01286 A avsnitt 30

¹¹⁸ Hr-2016-01286 A avsnitt 29

¹¹⁹ Hr-2016-01286 A avsnitt 31

spiseforstyrrelser nettopp blir tvangsinnlagt på grunn av sin funksjonsnedsettelse.¹²⁰ Videre blir det lagt vekt på at det ikke finnes nødrettsbetraktninger som kan hjemle langvarig tvangsbruk ovenfor denne pasientgruppen. Det finnes ikke helserettslige regler som kan imøtekomme en pasient med alvorlige spiseforstyrrelser, som har et akutt behandlingsbehov. Etter någjeldende rett kan det oppstå problemer knyttet til CRPD, og spesielt ved spørsmål om tvungent psykisk helsevern ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Hvis CRPD komiteens forståelse av konvensjonen legges til grunn kan dette frata personer med alvorlige spiseforstyrrelser det nødvendige vernet, som menneskerettighetene er ment å ivareta.¹²¹

¹²⁰ Syse (2016) s. 392

¹²¹ Syse (2016) s. 393

6 Lovendringer og innføring av en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven

6.1 Innledning

Paulsrudutvalget har i NOU 2011:9 gitt en utredning med forslag til endring av psykisk helsevernloven, med formål om å øke selvbestemmelsesretten og rettssikkerheten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. I denne sammenheng har utvalget vurdert om det er hensiktsmessig å innføre en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven, slik pasient og brukerrettighetsloven kap 4A i dag er oppbygget. Dette forslaget er fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet, og det ligger per i dag en proposisjon til endring av psykisk helsevernloven til behandling i Stortinget (Prop 147 L). Proposisjonen har vurdert lovforslagene i NOU 2011:9, og foreslår å styrke rettssikkerheten til pasienter i psykisk helsevern som motsetter seg behandling eller andre tiltak, og at pasientens rett til å ta beslutninger som får konsekvenser for egen helse, styrkes. I henhold til dette forslaget har departementet etter en helhetsvurdering foreslått å innføre en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven med den begrunnelse at: *”tiden er moden for å styrke selvbestemmelsesretten og rettssikkerheten for pasienter med psykiske lidelser i Norge”*.¹²² Dette er videre begrunnet med tilpasninger i henhold til utviklingen internasjonalt.

En eventuell lovendring på område for phvl. § 3-3 vil medføre et krav om samtykke i psykisk helsevernloven for de tilfellene hvor pasienten er samtykkekompetent. Vilkåret vil etter proposisjonen innføres i phvl. § 3-3 fjerde ledd og vil lyde:

”Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse”.¹²³

I den videre fremstillingen skal jeg se på hvilke problemstillinger som kan oppstå ved en eventuell innføring av et nytt vilkår om samtykkekompetanse i phvl. § 3-3 fjerde ledd, og hva dette vil kunne innebære for rettsstillingen til personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Et

¹²² Prop. 147 L (2015-2016) s. 26

¹²³ Prop. 147 L (2015-2016) s. 52

annet viktig spørsmål er hvilken betydning menneskerettighetene, spesielt CRPD vil få ved en eventuell lovendring. Det vil i all hovedsak foretas en drøftelse av proposisjonens forslag om å styrke pasientens selvbestemmelse, og hvilken betydning dette vil ha for menneskerettighetene sett opp mot alvorlige spiseforstyrrelser. Det avgrenses mot resten av proposisjonens forslag.

6.2 Betydningen av en eventuell lovendring for personer med alvorlige spiseforstyrrelser

Utgangspunktet etter gjeldende rett er at all medisinsk og psykiatrisk behandling skal gis med pasientens samtykke, med mindre det finnes hjemmel for å gi helsehjelp uten slikt samtykke, som for eksempel bruk av tvungent psykisk helsevern. Det er avklart at personer med alvorlige spiseforstyrrelser etter gjeldende rett kan falle inn under hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse”. Ved en lovendring på område for tvungent psykisk helsevern, og en inkorporering av vilkåret ”mangler samtykkekompetanse” kan det ved første øyekast se ut til at rettstilstanden for denne pasientgruppen vil kunne bli betydelig endret. Dette fordi det ikke lenger er mulighet å fatte tvangstiltak ovenfor personer som er samtykkekompetente. Personer med alvorlige spiseforstyrrelser har i de fleste tilfeller en virkelighetsoppfatning som i hovedsak er reell, i motsetning til pasienter med klare psykoser. De klare og aktive psykosene kjennetegnes, som nevnt tidligere av sviktende realitetsvurderinger eller realitetsbrist hvor pasientens oppfatning og tolkning av virkeligheten er bristende, sviktende og feilaktig.¹²⁴ Ved en innføring av vilkåret ”mangler samtykkekompetanse” vil bestemmelsens virkeområde bli snevret inn i større grad enn tidligere, og alvorlige spiseforstyrrelser kan dermed falle utenfor lovens virkeområde.

Problemstillingen i henhold til rettsstillingen til denne pasientgruppen er tatt opp både i NOU 2011:9 og Prop. 147 L. Det kan dermed være at personer med alvorlige spiseforstyrrelser står i en særstilling. Spørsmålet har vært hvordan rettsstillingen til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser vil kunne endre seg ved en innføring av et vilkår om samtykkekompetanse. Utvalget i NOU 2011:9 kommenterer i denne sammenheng at et slikt vilkår vil kunne

¹²⁴ IS-1559 (2008) s. 14

innebære at pasienter med denne typen lidelser ikke lenger kvalifiseres til tvungent psykisk helsevern.¹²⁵

Et vilkår om ”mangler samtykkekompetanse” som tidligere nevnt i kap. 3 innebærer at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt, og hva samtykket omfatter, dvs. tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen.¹²⁶ Ved en alvorlig spiseforstyrrelse er det kroppsoppfatningen som er forstyrret, mens virkelighetsoppfatningen for øvrig kan være reell. Denne pasientgruppen vil således være i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt.

Likevel påpeker utvalget at alvorlige spiseforstyrrelser i enkelte tilfeller bør vurderes til å mangle samtykkekompetansen. Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser har et så sterkt ønske om å være tynn og har et sterkt kontrollbehov, noe som igjen påvirker deres beslutninger i henhold til ernæring og vekt. Disse beslutningene kan være direkte påvirket av den psykiske lidelsen, og dette er begrunnelsen for at utvalget mener at spiseforstyrrelser kan falle inn under ordlyden, selv ved en eventuell lovendring. Utvalget uttaler at: *”selve ønsket om å være tynn vil kunne bygge på vurderinger og verdier som er påvirket av en spiseforstyrrelse i en slik grad at personen bør vurderes til å mangle beslutningskompetanse”*.¹²⁷

Departementet i Prop. 147 L slutter seg til vurderingene fra utvalget i NOU 2011:9 og legger i denne sammenheng til grunn at personer med alvorlige spiseforstyrrelser må anses å mangle samtykkekompetanse hvor hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse” er oppfylt, og det foreligger et ønske om å redusere eller ikke øke næringstiltaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade.¹²⁸ Videre henter Departementet støtte fra den nylig avsagte Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s. 913 for at vilkåret ”mangler samtykkekompetanse” ikke vil stå i veien for å anvende tvungent psykisk helsevern ovenfor denne pasientgruppen. Spørsmålet i Rt. 2015 s. 913 gjaldt i all hovedsak om hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse” også kunne gjelde ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser. Likevel finner Departementet at uttalelsen i Rt. 2015 s. 913 hvor førstvoterende uttaler at vedkommende på grunn av sin sykdom hadde en: *”alvorlig svikt i evnen til å foreta en realistisk vurdering av egen kropps utseende, vekt og fungering og av de helsemessige konsekvensene av å innta*

¹²⁵ NOU 2011:9 Kapittel 13.5.3 s. 154

¹²⁶ Ot. Prp. Nr. 12 (1998-1999) s. 134

¹²⁷ NOU 2011:9 Kapittel 13.5.3 s. 154

¹²⁸ Prop. 147 L (2015-2016) s. 27

mindre næring enn hun trenger. Hennes vrangforestillinger er så dominerende og styrende at hun, om hun får anledning, tar til seg så lite næring at det er livstruende” støtter departementets vurdering.

At Departementet her finner støtte fra Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s. 913 kan kritiseres, da uttalelsen spesifikt gjelder for As lidelse og ikke generelt for personer med alvorlige spiseforstyrrelser. I denne saken kom Høyesterett med prinsipielle uttalelser når det gjelder hvilke momenter som er av betydning ved vurderingen av om det foreligger en ”alvorlig sinnslidelse”. Vurderingen etter phvl. § 3-3 er i all hovedsak skjønnsmessig og hver sak må behandles konkret. Det som imidlertid burde være av vurdering for om en pasient med alvorlige spiseforstyrrelser kan anses å mangle samtykkekompetanse, er hvor stor den anorektiske ”drive” er. Er den anorektiske ”drive” høy vil dette kunne medføre en overhengende fare for livstruende eller vesentlig helseskade. Utvalget i NOU 2011:9 påpeker også at en unnlattelse av å gi nødvendig helsehjelp til denne pasientgruppen vil medføre for store menneskelige kostnader. Der hvor den anorektiske drive er så stor at pasienten tar beslutning om å redusere næringsinntaket, og hvor dette medfører overhengende fare for helseskade, vil pasienten måtte anses å mangle samtykkekompetanse.

Vilkåret ”mangler samtykkekompetanse” skal imidlertid ikke gjelde hvor det er ”nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse”, jf. § 3-3 fjerde ledd. I henhold til ”nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse” har Syse anført at dette vilkåret som regel vil være oppfylt ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser.¹²⁹ Det kan dermed settes spørsmål til om vilkåret ”mangler samtykkekompetanse” vil ha begrenset innvirkning ovenfor denne pasientgruppen. Dette kan imidlertid nyanseres noe da det ikke alltid er farevilkåret som vil være oppfylt i det konkrete tilfellet. Verken utvalget i NOU 2011:9 eller Departementet har tatt stilling til denne problemstillingen. Som tidligere nevnt i kap. 4 vil farevilkåret kun gjelde for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, hvor sviktende næringsinntak kan få så alvorlige konsekvenser for pasienter at det er livstruende. For disse tilfellene er det klart at vilkåret ”mangler samtykkekompetanse” ikke vil få noen innvirkning.

Høyesterettsdommen i Rt. 2015 s. 913 omhandlet imidlertid en kvinne som hadde vært underlagt tvungent psykisk helsevern over en lengre periode og kvinnen var reernært og friskere. Farevilkåret vil i denne sammenheng ikke nødvendigvis slå inn all den tid faren vil ligge lengre frem i tid. I medhold av dette er det behandlingsvilkåret/forverringsvilkåret som

¹²⁹ Syse (2016) s. 372

vil være aktuelt og da vil man måtte vurdere om vilkåret ”mangler samtykkekompetanse” er oppfylt. Dette kan da få konsekvenser for denne pasientgruppen da pasienten vil måtte anses mer kompetent.

6.3 Menneskerettighetenes betydning ved en eventuell lovendring

6.3.1 Generelt

Spørsmålet om menneskerettighetenes betydning ved en eventuell lovendring på område for tvungent psykisk helsevern er en generell problemstilling, men kan være særlig interessant ovenfor pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Det vil i det følgende bli sett på hvilken betydning CRPD vil få i henhold til tvungent psykisk helsevern og hvordan konvensjonen vil kunne stille seg ovenfor pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Det vil bli avgrenset mot de øvrige menneskerettighetene.

Som nevnt tidligere i kapittel 4 om menneskerettighetene er det uklarerhet rundt hvordan CRPDs artikkel 14 og 25 skal tolkes. Høyesterett i Rt. 2016 s. 1286 har imidlertid kommet til at konvensjonen etter gjeldende rett ikke forbyr tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke på generelt grunnlag, se tidligere uttalelser om dommen i delkapittel 5.8. Dommen kan tas til inntekt for at nasjonal lovgivning ikke strider mot CRPD. Dette avhenger imidlertid av hvilken forståelse som legges til grunn.

Hvis CRPD komiteens forståelse av konvensjonen skal tolkes bokstavelig vil den kunne stride mot dagens regulering av tvungent psykisk helsevern, da det er pasientens vilje som må legges til grunn. Situasjonen kan bli annerledes dersom vilkåret om ”mangler samtykke” inkorporeres i phvl. § 3-3, da bestemmelsen vil inneholde et vilkår om pasients vilje.

Ved en eventuell lovendring vil prinsippet om selvbestemmelse og ikke-diskriminering bli vektlagt i større utstrekning, enn etter gjeldende lov. Dette vil medføre at den norske helselovgivningen følger utviklingen som skjer internasjonalt, spesielt med hensyn til CRPD. En endring av loven vil samsvare bedre med våre menneskerettslige forpliktelser.

Dette støttes også av Prop. 147 L (2015-2016) som uttaler at: *”en modell som går ut på å styrke pasientenes selvbestemmelsesrett vil etter departementets syn være en viktig tilpasning*

til de prinsippene som ligger til grunn for FN-konvensjonen. En kompetansebasert modell innebærer en overgang fra fokus på diagnose til funksjonsnivå, noe som er i tråd med CRPD".¹³⁰

Synspunktene som Departementet kommer med fremgår også av Paulsrudutvalget i NOU 2011:9. En eventuell lovendring på området for tvungent psykisk helsevern i retning av økt rettslig likestilling mellom mennesker med og uten psykiske lidelser, samt økt vektlegging av selvbestemmelsen, vil være i tråd med CRPD sine prinsipper.¹³¹

Det som kan utledes av Paulsrudutvalget og Departementet er at en lovendring vil medføre en tilpasning til den internasjonale utviklingen av selvbestemmelsesretten og diskrimineringsvernet. Det er likevel fortsatt usikkerhet rundt hvordan CRPD skal forstås og praktiseres.

I NOU 2011: 9 kommer dissenterende Orefellen med en uttalelse om at: "lovbestemmelser som baserer frihetsberøvelse på nedsatt funksjonsevne, slik psykisk helsevernloven gjør, må fjernes for å bringe nasjonalt lovverk i overensstemmelse med CRPD".¹³² Det som kan utledes av Orefellen er at psykisk helsevernloven fortsatt vil være i strid med CRPD, selv hvor det inkorporeres et vilkår om "mangler samtykke". Grunnet for dette er at det fortsatt er et vilkår om at personen må ha en "alvorlig sinnslidelse". Orefellens forståelse av konvensjonen trer i retning av at psykisk helsevernloven vil være i strid med konvensjonen, så lenge hovedvilkåret består.

Professor Kjetil Mujezinovic Larsen har gitt en utredning til Utenriksdepartementet som inneholder konsekvenser ved eventuell norsk tilslutning til CRPD. Larsen mener at den vidtgående tolkningen som Orefellens dissens legger til grunn i NOU 2011:9 er i best samsvar med CRPD-komiteens forståelse av artikkel 14. Selv om han mener at dette nødvendigvis ikke er den klart beste løsningen.¹³³

Hvilken betydning CRPD vil få ved en eventuell lovendring er vanskelig å bedømme når man ikke har avklart hva som skal forstås med artikkelens ordlyd, jf. "*nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse*"(artikkel 14). Dette er et vanskelig tolkningsspørsmål som fortsatt er ubesvart.

¹³⁰ Prop. 147 L pkt. 6.2.4.1 s. 24

¹³¹ NOU 2011:9 pkt. 12.2.5 s. 146

¹³² NOU 2011:9 vedlegg 1 s. 285

¹³³ Larsen (2015) s. 54

FNs menneskerettighetskomité har imidlertid tatt opp spørsmålet da komiteen måtte vurdere om det forelå motstrid mellom SP artikkel 9 og CRPD artikkel 14. I denne vurderingen uttaler FNs menneskerettighetskomité at: ” *The existence of a disability shall not in itself justify a deprivation of liberty but rather any deprivation of liberty must be necessary and proportionate, for the purpose of protecting the individual in question from serious harm or preventing injury to others*”.¹³⁴ Det som uttales er at funksjonsnedsettelsen i seg selv ikke kan legges til grunn for frihetsberøvelse, men hvor frihetsberøvelsen er nødvendig og forholdsmessig, med det formål å beskytte personen fra å skade seg selv eller andre må det være legitimt. Som både Larsen og Syse påpeker ser det ut til at FNs menneskerettighetskomité aksepterer tvangsbruk innen psykisk helsevern i større grad enn CRPD.¹³⁵ Det må likevel påpekes at heller ikke FNs menneskerettighetskomité går i kjernen av hvordan artikkelens vilkår skal tolkes.

Ut fra disse utredningene og kommentarene til CRPD komiteen er det klart at en innføring av vilkåret ”mangler samtykke” i phvl. § 3-3, i større grad enn etter gjeldende rett vil samsvare med prinsippene utledet av CRPD. Det er imidlertid vanskelig å besvare hvilken betydning CRPD vil få utover dette. Så lenge hovedvilkåret ”alvorlig sinnslidelse” består kan det oppstå strid med konvensjonen, i hvertfall CRPD komiteens forståelse av artikkelen.

Det som imidlertid er sikkert, og presisert av Larsen og den nylige avsagt Høyesterettsdommen i 2016, er at konvensjonen ikke påvirker de folkerettslige forpliktelsene Norge har etter hovedkonvensjonene.¹³⁶ Høyesterett uttaler at: ” *de menneskerettslige normene i Grunnloven og i konvensjonene utgjør rettslige rammer, rammer som ligger til grunn for utformingen av den alminnelige lovgivningen om tvangsbruk og som også, i varierende grad, vil måtte virke styrende ved tolkningen og anvendelsen av denne lovgivningen*”.¹³⁷

Syse påpeker at CRPD konvensjonen bryter radikalt med tidligere menneskerettighetsarbeid og han setter spørsmål til hvilke implikasjoner den vil ha for den enkelte stat.¹³⁸

¹³⁴ Syse (2016) s. 467, jf. General Comment no. 35, article 9, CCPR/C/GC/35, 16. Desember 2014, avsnitt 19, som igjen er sitert etter Larsen.

¹³⁵ Larsen (2015) s. 54, jf. Syse (2016) s. 468.

¹³⁶ Larsen (2015) s. 84

¹³⁷ Rt. 2016 s. 1286 avsnitt 31

¹³⁸ Syse (2016) s. 482

6.3.2 Lovendringens betydning I forhold til alvorlige spiseforstyrrelser og CRPD

Som nevnt under kapittel 5.4 uttaler Syse at det etter gjeldende rett er problemstillinger knyttet til CRPD og alvorlige spiseforstyrrelser. Han påpeker at personer med alvorlige spiseforstyrrelser nettopp blir tvangsinnlagt på grunn av sin funksjonsnedsettelse, noe CRPD forbyr. Hvis CRPD sin forståelse av tvangspsykiatri legges til grunn vil dette kunne få store konsekvenser for denne pasientgruppen. Dette fordi det ikke finnes nødrettsbetraktninger som kan åpne for å tvangsinnlegge denne pasientgruppen.¹³⁹

Syse uttaler at CRPD-komiteens forståelse vil medføre at tvangsinngrep ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser vil være konvensjonsstridig. I denne sammenheng legger han også vekt på at CRPD artikkel 12 medfører at pasientens viljesuttrykk skal ha fullt gjennomslag. Han påpeker videre at dette viljesuttrykket uttrykkes gjennom at de vil sulte seg.¹⁴⁰ Det er klart at hvis dette er tolkningen av CRPD, vil det kunne påvirke rettsstillingen til denne pasientgruppen.

Det kan imidlertid ses på en eventuell lovendring i phvl. § 3-3 og innføringen av vilkåret ”mangler samtykkekompetanse”. Tidligere i oppgaven ble det sett på hvordan dette vilkåret vil kunne påvirke pasientgruppen med alvorlige spiseforstyrrelser etter nasjonal rett. Det ble sagt at personer med denne typen lidelser bør vurderes til å mangle samtykkekompetanse, så lenge det er den anorektiske ”drive” som styrer personens vurderinger og verdier, som igjen påvirker næringsinntaket. Samtidig blir det anført at beslutningene om å sulte seg er direkte påvirket av den psykiske lidelsen, og det er dette som er begrunnelsen for at personer med alvorlige spiseforstyrrelser kan anses å mangle samtykke. Ved en lovendring og innføringen av et samtykkekrav vil utfordringene i forhold til CRPD fortsatt være til stede som for gjeldende rett, men vil i noen grad reduseres i den retning av at etableringen av tvungent psykisk helsevern vil snevres inn. Det som kan utledes av utvalgets vurderinger er at det er den psykiske lidelsen i seg selv som åpner for tvangsbruk, noe som igjen støtter Syse sine uttalelser om at tvang ovenfor denne pasientgruppen begrunnes i nettopp funksjonsnedsettelsen. Det kan dermed antas at CRPD komiteen sin forståelse av artikkel 14 kan stenge for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av denne pasientgruppen selv etter en eventuell lovendring, hvor dette påberopes.

¹³⁹ Syse (2016) s. 482

¹⁴⁰ Syse (2016) s. 392

7 Avsluttende kommentarer

Oppgaven har behandlet gjeldende rett på området for tvang ovenfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser, sett opp mot en eventuell lovendring. Etter gjeldende rett er det avklart at personer med alvorlige spiseforstyrrelser kan falle inn under tvungent psykisk helsevern i phvl. § 3-3. Et viktig vurderingsmoment i denne sammenheng er hvor stor den ”anorektiske drive” er. Det er også klarlagt at personer med alvorlige spiseforstyrrelser kan underlegges tvungent psykisk helsevern, selv i tilfellene der pasienten er reernært og friskere, så lenge den anorektiske drive fortsatt består.

Ved en eventuell lovendring på området for tvungent psykisk helsevern kan imidlertid personer med alvorlige spiseforstyrrelser havne i en særstilling, jf. innføring av vilkåret ”mangler samtykke” i phvl. § 3-3. Personer med alvorlige spiseforstyrrelser vil kunne anses å mangle samtykke hvor den anorektiske drive er så stor at det kan medføre alvorlig helseskade eller død. I denne sammenheng vil det kunne fremstå som påkrevet å iverksette tvangsernæring etter § 4-4 bokstav b, slik at etablering av tvungent psykisk helsevern fremstår som svært nødvendig. Det kan imidlertid settes spørsmål til hvordan rettsstillingen vil stille seg til pasientgruppen hvor personen er reernært og har vesentlig bedre helse dersom lovendringen trer i kraft. Samtykkekompetansen vil i denne sammenheng kunne være tilstede.

Endringen av psykisk helsevernlovens system vil kunne innebære en styrket rettsstilling for personer med nedsatt funksjonsevne, noe som igjen kan resultere i redusert tvangsbruk. På den andre siden vil flere pasienter kunne falle utenfor lovens ordlyd, og det vil bli spennende å se hvordan rettsstillingen til enkelte pasientgrupper vil kunne endre seg. En endring av lovens system vil medføre bedre samsvar med våre menneskerettslige forpliktelser og utviklingen internasjonalt. Det vil bli interessant å se hvordan menneskerettighetene, og spesielt CRPD vil stille seg ved en lovendring på området. Som påpekt vil lovendringen medføre at nasjonal lovgivning er bedre i samsvar med våre menneskerettslige forpliktelser, men at det vil kunne bli problematisk for enkelte pasientgrupper, hvor disse tvangsinnlegges på grunn av sin funksjonsnedsettelse.

8 Litteraturliste

8.1 Bøker

Andenæs, Mads Henry, Rettskildelære. 2.utg. Oslo 2009

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak. Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang. 5. Utg. Oslo 2012

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak. Velferdsrett II. Barnevern- og sosialrett. 4. Utg. Oslo, 2012.

Syse, Aslak. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 3. Utg. Oslo, 2016

Riedl, Tore Roald og Elde, Wenche Dahl. Psykisk helsevernloven med nøkkelkommentarer. 2. Utg. Oslo, 2014

Hagen, Kristin, Riedl, Tore Roald og Østbøl, Roger. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. Oslo, 2002.

8.2 Nettdokumenter

Norsk helseinformatikk, www.nhi.no, <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-forekomst-9284.html> (sjekket 24. Oktober 2016 kl. 10:25)

Norsk helseinformatikk, nhi.no, <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/anoreksi-oversikt-1029.html?page=5> (Sjekket 24. Oktober 2016 kl. 10:20)

Helsetilsynet, https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf (sjekket 24. Oktober 2016)

Folkehelseinstituttet, ”Spiseforstyrrelser – fakta om anoreksi, bulimi og overspising”, <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser/> (sjekket 20. Oktober 2016)

8.3 Lovgivning

8.3.1 Norsk lovgivning

Lov 2. Juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl.).

Lov 2. Juli 1999 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven – phvl.).

Lov 2. Juli 1999 om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven –hpl.).

Lov 20. Mai 2005 om straff (straffeloven – strl.).

8.3.2 Internasjonale rettskilder

Den Europeiske menneskerettighetskonvensjon av 4. November 1950 (EMK).

FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 16. Desember 1996 (SP).

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne av (CRPD)

8.4 Lovforarbeider og offentlige publikasjoner

NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern

Ot.prp. Nr. 12 (1998-1999) Om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Ot.prp. Nr. 11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)

Ot.prp. Nr. 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

Ot.prp. Nr. 90 (2003-2004) Om lov om straff (straffeloven)

Ot.prp. Nr. 13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell m.v (Helsepersonelloven)

Prop 147 L (2015-2016) Proposisjon til Stortinget: Endringer i psykisk helsevernloven mv. (Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet).

Kjetil Mujezinovic Larsen. Utredning avgitt til Utenriksdepartementet 28.juli 2015. Konsekvenser ved eventuell norsk tilslutning til den valgfrie protokollen om individuell klagerett til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2812071467a3499d80ed5bbfb1d28580/150728-utredning-om-konsekvenser-ved-tilslutning-til-crpd-protokollen.pdf> dato: 23.11.16

8.5 Domsregister

8.5.1 Høyesterettsdommer

Rt. 1987 s. 1495

Rt. 1998 s. 634

Rt. 2001 s. 1481

Rt. 2015 s. 913

Rt. 2016 s. 1286

8.5.2 Byrettsdommer

Bergen byrett sak 91-2395 A704

8.5.3 Internasjonal rettspraksis fra den Europeiske menneskerettsdomstol (EMD)

Winterwerp mot Nederland 24. Oktober 1979

Herczegfalvy mot Østerriket 24. September 1992

8.6 Rapporter

Helsedirektoratet (2008) Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjoner I psykisk helsevern. IS-1559

Helsedirektoratet (2012) Bruk av tvang I psykisk helsevern for voksne 2011. IS-2035

Helsedirektoratet (2012) Rundskriv. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. IS-9/2012

Helsedirektoratet (2015) Rundskriv. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. IS-8/2015

Helsedirektoratet (2015). Nasjonale faglige retningslinjer. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser