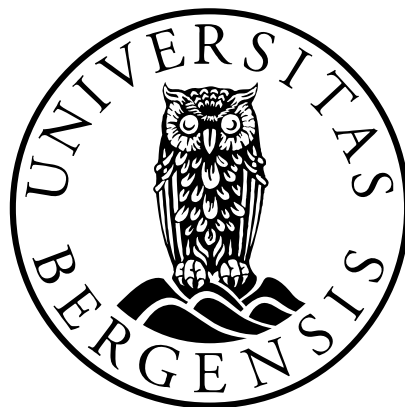


Vilkåret om manglende  
samtykkekompetanse ved vedtak om  
tvungent psykisk helsevern

*Med særskilt fokus på domstolspraksis*

Kandidatnummer: 212

Antall ord: 12 377



JUS399 Masteroppgave  
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

8. juni 2020

# Innhold

Innhold .....	1
1 Introduksjon .....	3
1.1 Tema og problemstilling.....	3
1.1.1 Aktualitet.....	3
1.1.2 Presiseringer og avgrensninger .....	5
1.2 Metodisk tilnærming.....	5
1.2.1 Særlig om legalitetsprinsippet som tolkningsprinsipp .....	7
1.3 Fremstillingen videre .....	8
2 Rettslige utgangspunkt og hensyn.....	9
2.1 Innledning.....	9
2.2 Tvangens verdimeslige grunnlag .....	10
2.2.1 Hvilke verdier og hensyn kan begrunne bruk av tvang? .....	10
2.2.2 Særlig om retten til selvbestemmelse .....	11
3 Øvrige vilkår for tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven § 3-3.....	13
3.1 Innledning.....	13
3.1.1 Grunnvilkåret om "alvorlig sinnslidelse" .....	13
3.1.2 Behandlingsvilkåret.....	14
3.1.3 Farevilkåret.....	15
3.1.4 Tvungent psykisk helsevern som "klart beste løsning" .....	16
4 Kompetansevurderingen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd .....	17
4.1 Innledning.....	17
4.2 Rettslige utgangspunkter .....	17
4.3 Forutsetningen om et gyldig samtykke.....	18
4.3.1 Særlig om nektelsessituasjonene .....	19
4.4 Kravet til manglende forståelsesevne .....	20
4.4.1 FARV-kriteriene som utgangspunkt for vurderingen .....	20
4.4.2 Høyesteretts tilnærming til forståelseskravet i HR-2018-2204-A.....	21
4.4.3 Evnen til å uttrykke et valg og resonnere med relevant informasjon.....	22
4.4.4 Sykdomsinnsikt som forutsetning for forståelsesevne .....	24
4.4.5 Evnen til å anerkjenne informasjon, herunder konsekvenser av valget .....	27

4.5	Beviskravet "åpenbart" .....	29
4.5.1	Rettslig utgangspunkt .....	29
4.5.2	Lagmannsrettens tolkning av beviskravet .....	32
4.5.3	Bruken av begrepet "klart" som tolkningspresisering .....	34
	Avsluttende bemerkninger .....	36
	Kildeliste .....	38

# 1 Introduksjon

## 1.1 Tema og problemstilling

Som det klare utgangspunkt i norsk rett skal all helsehjelp, både somatisk og psykisk, ytes på grunnlag av frivillighet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-1. Dette er også grunnen til at samtykke er det foretrukne rettsgrunnlaget innenfor helseretten.<sup>1</sup> Samtidig finnes de tilfellene hvor omsorg og behandling på frivillig grunnlag ikke nytter, slik at helsepersonell blir nødt til å vurdere bruk av tvang som alternativ. Uavhengig av hva som er bakgrunnen må all bruk av tvang kunne legitimeres og begrunnes, både når det gjelder rettsgrunnlaget og det konkrete tilfellet man står overfor.<sup>2</sup>

I denne forbindelse står begrepet samtykkekompetanse sentralt. I 2017 ble psykisk helsevernloven (phvl.) endret ved at manglende samtykkekompetanse ble inntatt som vilkår for tvang i §§ 3-2 nr. 3, 3-3 nr. 4 og 4-4 første ledd andre punktum. Lovendringen innebærer en henvisning fra de nevnte bestemmelsene til pbrl. § 4-3 andre ledd, hvor det heter at en pasients samtykkekompetanse kan bortfalle dersom pasienten "åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter". Det er dette, vurderingen av samtykkekompetanse og når den bortfaller, som vil utgjøre oppgavens kjerne.

Formålet med fremstillingen er å bidra til å avklare innholdet i vilkåret. I denne sammenheng vil relevante rettskildefaktorer i stor utstrekning være bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd, forarbeidene til psykisk helsevernloven, rundskriv fra Helsedirektoratet og domstolspraksis. Fra Høyesterett er det særlig avgjørelsen i HR-2018-2204-A som gir tolkningsbidrag, men det er avgjørelser fra lagmannsrettene som langt på vei vil bli benyttet for å kaste lys over problemstillinger i praksis. Bakgrunnen for at denne fremgangsmåten er valgt vil jeg komme nærmere tilbake til i kapittel 1.3.

### 1.1.1 Aktualitet

Tvangslovutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon den 17. juni 2016. Utvalgets forslag til ny tvangslov ble overlevert helse- og omsorgsdepartementet den 18. juni 2019, og har nok

---

<sup>1</sup> NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven: Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten, s. 77.

<sup>2</sup> Aslak Syse og Tore Nilstun, "Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri" *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1997, s. 837-916, på s. 837.

en gang satt temaet på den juridiske dagsorden. Lovutvalget ble oppnevnt som følge av et behov for å revidere og modernisere tvangsregelverket innenfor helse- og omsorgssektoren.<sup>3</sup> Bakgrunnen for oppnevningen av utvalget var et behov for å undersøke om de dagsaktuelle tvangsreglene samsvarer med retten til frihet, personlig sikkerhet og respekten for den fysiske og psykiske integritet.<sup>4</sup> Dette omfattet også en tilpasning av det norske lovverket til CRPD-konvensjonen (FNs konvensjon om menneskerettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne).<sup>5</sup>

Utvalget har i forslaget videreført vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved tvang på psykisk helsevern-feltet og i somatikken (foreslått kalt "beslutningskompetanse"). I tillegg har det blitt foreslått at kompetanse-modellen videreføres, slik at vilkåret om manglende samtykkekompetanse også gjelder ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser og i omsorgen for psykisk utviklingshemmede.<sup>6</sup> Det er med andre ord tale om å innta samtykkekompetanse som et generelt vilkår for tvang, med unntak av i nødssituasjoner og ved fare for egen eller andres liv eller helse, jf. phvl. § 3-3 første ledd nr. 4 andre punktum.<sup>7</sup> Lovendringen har hatt som følge at det i større grad er pasientens funksjon som er bestemmende for om tvangstiltak kan iverksettes, og ikke pasientens diagnose.

Utvalget har i utredningen drøftet praktisk viktige problemstillinger i relasjon til kompetansevilkåret. Noen av disse vil bli tatt stilling til i denne oppgaven. Det har videre blitt foreslått en mindre språklig endring av pbrl. § 4-3 andre ledd, med formål om å sikre at konsekvensene av pasienters beslutninger blir en obligatorisk del av kompetansevurderingen.<sup>8</sup> Hvorvidt dette skal være del av vurderingen slik bestemmelsen er utformet i dag, er usikkert.<sup>9</sup> Diskusjonen om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang innenfor det psykiske helsevernet er omstridt, og etter lovendringen trådte i kraft den 1. september 2017 har det også vært usikkerhet knyttet til hvordan vilkåret skal forstås og vurderes. Dette har igjen aktualisert et stort behov for rettslige analyser om temaet.

---

<sup>3</sup> NOU 2019: 14 s. 48.

<sup>4</sup> NOU 2019: 14 s. 49.

<sup>5</sup> NOU 2019: 14 s. 32.

<sup>6</sup> NOU 2019: 14 s. 57 kapittel 3 punkt 3.3.3.3.

<sup>7</sup> Helsepersonelloven § 7 regulerer tvang i nødrett-tilfellene.

<sup>8</sup> NOU 2019: 14 s. 780.

<sup>9</sup> Se nærmere om denne diskusjonen i kapittel 4.4.5.

Målet med, men også forventningen til lovendringen i 2017, var å styrke pasienters selvbestemmelsesrett, herunder å redusere tvangsbruk på psykisk helsevern-feltet.<sup>10</sup> Langtidseffekten av lovendringen er fortsatt for tidlig å si noe om, men tall fra Helsedirektoratet viser at antallet vedtak om tvungent psykisk helsevern (med og uten døgnopphold) per 2018 ikke er vesentlig redusert etter innføringen av kompetansevilkåret. Man kunne imidlertid se en reduksjon i omfanget av tvungent psykisk helsevern (med og uten døgnopphold) i 2017 (4 577 vedtak) kontra 2016 (4 865 vedtak). Per 2018 er nivået tilbake til der det var før lovendringen.<sup>11</sup> Helsedirektoratet peker likevel på indikasjoner som tyder på at lovendringen har hatt en effekt ved at man ser en reduksjon i bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og at varigheten for de lengste tvungne oppholdene er redusert.<sup>12</sup>

### **1.1.2 Presiseringer og avgrensninger**

Henvisningen til vilkåret om manglende samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven går som nevnt ovenfor igjen i flere bestemmelser i psykisk helsevernloven. Ordlyden i vilkåret om manglende samtykkekompetanse er identisk i phvl. §§ 3-2, 3-3 og 4-4. Kompetansevurderingen vil likevel kunne variere avhengig av hvilken type helsehjelp det er tale om, og det kan derfor være ulikheter i vurderingene. Dette er imidlertid lite forsket på i juridisk teori, og vil ikke bli problematisert her.

Oppgavens omfang gjør det nødvendig å foreta noen avgrensninger i relasjon til oppgavens tema. Med bakgrunn i at domstolspraksis utelukkende knytter seg til phvl. § 3-3 vil denne bestemmelsen, med vilkårene for vedtak om tvungent psykisk helsevern, bli tatt utgangspunkt i ved fremstillingen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse.

## **1.2 Metodisk tilnærming**

Vanlig juridisk metode vil være grunnlaget for denne besvarelsen. Hans Petter Graver beskriver "vanlig juridisk metode" som en prosess hvor man "forholder seg til rettskildefaktorene, avgjør hvilken relevans de har, diskuterer hvilke slutninger de gir

---

<sup>10</sup> Innst.147 L (2016-2017) s. 1.

<sup>11</sup> Tall hentet fra Helsedirektoratet, <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/8a2ef4bf-abad-4b65-847e-3ce4b1750677?e=false&vo=viewonly> (lest 12.05.20)

<sup>12</sup> Helsedirektoratet, Rapport IS-2888 s. 4-5.

grunnlag for, og foretar en avveining av hvilke hensyn som alt i alt har mest for seg".<sup>13</sup> For oppgavens formål vil lovtekst, forarbeid og rettspraksis utgjøre de viktigste rettskildefaktorene, og på helserettens område er legalitetsprinsippet et særlig viktig rettskildeprinsipp. Dette vil bli nærmere redegjort for i kapittel 1.2.1.

Spørsmålet om manglende samtykkekompetanse har sjelden vært gjenstand for behandling i Høyesterett, i motsetning til hva som har vært tilfelle i lagmannsrettene. Omfanget av underrettspraksis som aktualiserer psykisk helsevernloven kapittel 3 er stort, også etter introduksjonen av nytt vilkår om manglende samtykkekompetanse i 2017, jf. phvl. § 3-3 nr. 4. Til tross for at underrettspraksis har begrenset rettskildemessig vekt, anses dommene fra lagmannsrettene som godt egnet til å kaste lys over problemstillingene som oppstår i det virkelige liv.

Bakgrunnen for analysen i kapittel 4 er i underkant av 60 dommer fra lagmannsrettene som ble avsagt etter at endringene i psykisk helsevernloven trådte i kraft den 1. september 2017. Videre vil dommen i HR-2018-2204-A være sentral, da det per dags dato er den eneste Høyesterettsdommen som behandler kompetansevurderingen i relasjon til psykisk helsevernloven. For ordens skyld påpekes det at kompetansevilkåret ikke problematiseres i samtlige av dommene fra lagmannsrettene, for eksempel i de tilfellene hvor farevilkåret har vært oppfylt, jf. phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav b. Det finnes imidlertid eksempler på at lagmannsretten har funnet grunn til å vurdere pasientens samtykkekompetanse også i saker hvor det ikke har vært nødvendig fra et rettslig ståsted.<sup>14</sup> Dette signaliserer hvor viktig kompetansevurderingen er for å legitimere tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet.

Videre vil også rundskriv fra Helsedirektoratet være en sentral rettskildefaktor. Rundskriv vil vanligvis være en indikasjon på forvaltningspraksis, og er ment å være retningsgivende for forvaltningen i bruken av lover og forskrifter. En sedvanlig forventning er likevel at forvaltningen innretter seg etter disse, noe som vil være med på å sørge for en ensartet praksis. Rundskriv er ikke juridisk bindende som sådan, men har likevel vist seg å få en sentral rolle i vurderingen av samtykkekompetanse. Helsedirektoratet har i rundskriv IS-1/2017 (som erstatter IS-9/2012) gitt en grundig beskrivelse av de sentrale momentene i

---

<sup>13</sup> Hans Petter Graver, "Vanlig juridisk metode? Om rettsdogmatikken som juridisk sjanger", *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 2008 s. 149–178, på s. 157.

<sup>14</sup> Se eksempelvis LA-2018-56215, LF-2018-120767, LB-2019-1930 og LB-2019-125216 hvor lagmannsretten uttaler at de finner grunn til å ta stilling til kompetansevilkåret til tross for at farevilkåret i phvl. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b er oppfylt.

vurderingen av samtykkekompetanse, i tillegg til å oppstille en rekke kriterier som utgangspunkt for vurderingen. Rundskrivet ble i forarbeidene til endringer i psykisk helsevernloven forutsett å være utgangspunkt for tolkningen av samtykkekompetanse i phvl. § 3-3 første ledd nr. 4, jf. pbrl. § 4-3 andre ledd.<sup>15</sup> Det samme var tilfellet i HR-2018-2204-A hvor dette ble brukt som utgangspunkt for store deler av kompetansevurderingen.

### **1.2.1 Særlig om legalitetsprinsippet som tolkningsprinsipp**

Det følger av legalitetsprinsippet som er kodifisert i Grunnloven (Grl.) § 113 at "myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov". Bruk av tvang innenfor det psykiske helsevernet et tiltak som griper direkte inn i den enkeltes rett til selvbestemmelse og krenker den personlige integritet. Det er med andre ord tale om inngrep i interesser som er i kjernen av de interessene som legalitetsprinsippet søker å ivareta.

Legalitetsprinsippet oppstiller krav til lovhjemmelens klarhet ved inngrep, et utgangspunkt som har blitt relativisert av Høyesterett i Rt. 1995 s. 530 (Fjordlaks). I dommen uttales det at "kravet til lovhjemmel må nyanseres blant annet ut fra hvilket område en befinner seg på, arten av inngrepet, hvordan det rammer og hvor tyngende det er overfor den som rammes". Legalitetsprinsippet som tolkningsprinsipp på helserettens område er del av en omfattende diskusjon som under hensyn til oppgavens omfang ikke vil bli dekket i denne oppgaven. Likevel anses det som hensiktsmessig å se nærmere på hvilken betydning prinsippet kan ha i relasjon til oppgavens tema.

Innføringen av en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven innebærer først og fremst at hjemmelen som ligger til grunn for tvangsinngrep snevres inn, noe som i utgangspunktet ikke er problematisk i relasjon til legalitetsprinsippet.<sup>16</sup> Det samme kan imidlertid ikke sies dersom man ser på henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd isolert. I bestemmelsen heter det at en pasients samtykkekompetanse kan bortfalle dersom han "åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter". Som bemerket innledningsvis er det usikkerhet knyttet til hvordan denne bestemmelsen skal tolkes, for eksempel i relasjon til terskelen for at vilkåret "åpenbart" er oppfylt.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Prop.147 L (2015–2016) Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet) s. 19 og 26.

<sup>16</sup> Se phvl. § 3-3 nr. 4.

<sup>17</sup> Se nærmere om denne problemstillingen i kapittel 4.5.



Bestemmelsen i pbrl. § 4-3 er som nevnt med på å innskrenke hjemmelen for tvang i psykisk helsevernloven. Resultatet av denne vurderingen kan med visse unntak være utslagsgivende for hvorvidt et tvangsinngrep iverksettes. Dette taler for at legalitetsprinsippet som tolkningsprinsipp burde gjøre seg gjeldende med stor styrke ved vurderingen av samtykkekompetanse på området for tvungent psykisk helsevern.

I forslag til ny tvangslov konkluderte utvalget med at det "ikke kan oppstilles et entydig strengt krav til presise inngrepshjemler på feltet". Dette ble videre begrunnet i at "lovgiver har et ikke uvesentlig handlingsrom når det kommer til kombinasjonen av ulike rettssikkerhetsmekanismer, blant annet ut fra en vurdering av hvor presise regler det er mulig og forsvarlig å lage".<sup>18</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 retter seg mot tilfeller som potensielt er svært ulike, noe som krever at bestemmelsen har en slik fleksibilitet som utvalget peker på. Dette tatt i betraktning eksisterer likevel et behov for å klargjøre innholdet i vilkåret om samtykkekompetanse, og det er særlig beviskravets stilling som er viktig å fastsette for å ivareta de kravene til klarhet som legalitetsprinsippet oppstiller.

### **1.3 Fremstillingen videre**

Som bakteppe for oppgaven inneholder kapittel 2 en fremstilling av hensyn og verdier som kan begrunne tvangsinngrep. Selvbestemmelsesretten som verdi er sentral i forbindelse med innføringen av kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven, og vil av denne grunn fremheves.

Kapittel 3 inneholder en fremstilling av de øvrige vilkårene for tvang etter psykisk helsevernloven § 3-3 (det vil si alle vilkårene utenom kompetansevilkåret). Disse redegjøres for særlig fordi det anses som nødvendig for å kunne se vilkåret om manglende samtykkekompetanse i en større sammenheng. I kapittel 4 er det kompetansevurderingen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 som er tema, hvor det vil bli lagt vekt på problemstillinger som gjør seg gjeldende i praksis.

---

<sup>18</sup> NOU 2019: 14 s. 305.

## 2 Rettslige utgangspunkt og hensyn

### 2.1 Innledning

Som nevnt innledningsvis er det klare utgangspunkt for all helsehjelp som ytes at det skal bygge på mottakers samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-1. I dette utgangspunktet ligger også et implisitt mål om å begrense bruken av tvang: personen har en rett til å takke nei til hjelp dersom vedkommende er samtykkekompetent. Dette kommer blant flere steder i loven til uttrykk i phvl. § 1-1 hvor det heter at "det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang". En tilsvarende ordlyd finnes i pbrl. § 4-1: "helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke".

Etter gjeldende rett er enhver person som mottar helsehjelp presumert å være samtykkekompetent frem til det eventuelt tas beslutning om det motsatte. Presumsjonen kommer til uttrykk i pasient- og brukerrettighetsloven ved at det stilles vilkår for at det er "åpenbart" at samtykkekompetansen har bortfalt, jf. § 4-3 andre ledd. Det forutsettes blant annet i forarbeidene<sup>19</sup> til pasient- og brukerrettighetsloven at bevisbyrden for bortfalt samtykkekompetanse ligger hos helsepersonellet, nærmere bestemt hos den faglig ansvarlige, jf. phvl. § 1-4. Lovtekstens bestemmelse om samtykkekompetanse i pbrl. § 4-3 forutsetter at enten er man samtykkekompetent, eller så er man det ikke. I realiteten er imidlertid ikke skillet svart-hvitt, og helsepersonell anvender også termer som "reduert kompetanse".<sup>20</sup> Dette er et moment som er egnet til å by på vanskeligheter i praksis.

Helsepersonell er forpliktet til å tilpasse informasjonen som gis pasienten etter hans eller hennes "individuelle forutsetninger" og videre til å "legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp", jf. pbrl. § 4-3, jf. § 3-5.

---

<sup>19</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) s. 133.

<sup>20</sup> NOU 2019: 14 s. 441.

## 2.2 Tvangens verdimeslige grunnlag

### 2.2.1 Hvilke verdier og hensyn kan begrunne bruk av tvang?

I diskusjoner om hvilke verdier og hensyn som kan legitimere tvangsinngrep er verdikonflikter uunngåelige. Aslak Syse trekker frem tolv verdier som han ut ifra en medisinsketisk terminologi mener kan anses som de viktigste: selvbestemmelsesretten, autonomi, retten til privatliv, respekt for personens vurderinger, respekt for psykisk og fysisk integritet, beskytte mot skade, gjøre det gode, rettssikkerhet, rettferdighet, respekt for selve livet, effektiv ressursutnytting og å hindre diskriminering.<sup>21</sup> Flere av de nevnte verdiene overlapper med hverandre, mens andre representerer motsetninger i større eller mindre grad.

Som grunnlag for sitt verdisyn har Tvangslovutvalget formulert det de beskriver som fire rettigheter som bør ligge til grunn ved utformingen av ny tvangslov. Verdisynet som presenteres går ut på at alle har rett til selvbestemmelse i personlige spørsmål, beskyttelse mot krenkelse av rettigheter, nødvendige helse- og omsorgstjenester og respekt for sitt iboende menneskeverd.<sup>22</sup> Verdiene som disse grunnleggende rettighetene bygger på overlapper i stor grad med de verdiene som Syse har trukket frem som de viktigste. På en side vil tvangsinngrep være egnet til å gå på bekostning av verdier som individets selvbestemmelsesrett og autonomi, mens på den andre siden kan tvangsinngrep beskytte mot skade og sørge for ivaretagelse av livets iboende verdi.

I mange tilfeller vil det være preget av konflikt hvilke verdier som bør være avgjørende for hvorvidt tvangsinngrep iverksettes eller ikke. Denne konflikten kan identifiseres i formålsparagrafen til psykisk helsevernloven, hvor det heter at helsehjelp skal ytes i samsvar med "pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet", jf. § 1-1 andre ledd. I forbindelse med vedtak om tvungent psykisk helsevern etter phvl. § 3-3 vil kravet om manglende samtykkekompetanse være med å synliggjøre selvbestemmelsesretten.

I de tilfellene hvor et individs selvbestemmelsesrett blir tilsidesatt med en intensjon om å hjelpe, til tross for at individet motsetter seg dette, er vi inne på det som kalles for individuell

---

<sup>21</sup> Asbjørn Kjønstad, Aslak Syse og Morten Kjelland, *Velferdsrett I*, 6. utg., Gyldendal Juridisk 2017, s. 455.

<sup>22</sup> NOU 2019: 14 s. 299.

paternalisme.<sup>23</sup> Når tvang benyttes innenfor psykisk helsevern er dette begrunnet i en paternalistisk tankemåte.

Aslak Syse skiller med andre ord mellom individuell og sosial paternalisme. Den individuelle paternalismen kjennetegnes ved at tvangsinngrep iverksettes under hensyn til personens liv eller helse, mens sosial paternalisme sikter til situasjoner hvor man iverksetter tvang for å beskytte samfunnet mot individet.<sup>24</sup> I tilfeller hvor det er hensynet til samfunnet som aktualiseres stilles det ikke vilkår om at individet mangler samtykkekompetanse, jf. phvl. § 3-3 nr. 4 andre punktum. Begrunnelsen for dette er at hensynet til individets selvbestemmelse og autonomi må vike til fordel for kollektive verdier. Dette vil for eksempel være tilfellet hvor det er tale om at individet er til fare for andre, jf. phvl. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b. Det samme gjelder der et individ er til fare for seg selv, noe som begrunnes i respekten for selve livet og dets iboende verdi. I disse tilfellene er det irrelevant om personen er samtykkekompetent.

### **2.2.2 Særlig om retten til selvbestemmelse**

Tvangsinngrep er særlig egnet til å gå på bekostning av selvbestemmelsesretten, og da spesielt i de tilfeller hvor en person tydelig nekter å motta den hjelpen som tilbys.

Selvbestemmelsesretten som verdi er dermed viktig å ha i bakhånd ved drøftelsen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang.

Selvbestemmelsesretten er grunnleggende i alle siviliserte samfunn, men et individ kan bare ha full selvbestemmelsesrett dersom de personlige forutsetningene som kreves for å ta beslutninger om egen helse er til stede, for eksempel i relasjon til et vedtak om tvungent psykisk helsevern.<sup>25</sup> En pasient som ikke regnes for å være samtykkekompetent etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd anses å i stor utstrekning mangle disse forutsetningene. Samtidig kan det sies at en pasient som er samtykkekompetent heller ikke skal måtte tåle tvangsinngrep, uavhengig av hva som måtte være begrunnelsen for dette. Igjen er dette med unntak av fare-tilfellene, som beskrevet ovenfor.

---

<sup>23</sup> Aslak Syse og Tore Nilstun, "Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri" *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1997 s. 837-916, siste avsnitt i kapittel 2.

<sup>24</sup> Aslak Syse, "Det menneskerettslige vernet mot frihetsberøvelse og tvang i behandlingsøyemed innenfor psykiatrien", *Nordisk Tidsskrift for Menneskerettigheter* 2006, s. 318–342, på s. 322.

<sup>25</sup> Østenstad, Bjørn Henning, "Fråvær av avgjerdskompetanse som mogleg vilkår for tvunge psykisk helsevern og tvangsbehandling m.m.", Vedlegg 3 til NOU 2011: 9, s. 308.

Selvbestemmelsesretten henger tett sammen med den enkeltes medfødte personlige frihet, deriblant også friheten til å ta personlige valg som omhandler egen fysiske og psykiske helse. Filosofen og økonomen John Stuart Mill belyste selvbestemmelsesretten på følgende måte:

"The only freedom which deserves the name is that of pursuing our own good in our own way, so long as we do not attempt to deprive others of theirs, or impede their efforts to obtain it. Each is the proper guardian of his own health, whether bodily, or mental or spiritual. Mankind are greater gainers by suffering each other to live as seems good to themselves, than by compelling each to live as seems good to the rest."<sup>26</sup>

Sitatet illustrerer tanken om at kun den sosiale paternalismen kan sette skranker for den personlige frihet, og Mill gir således uttrykk for en forutsetning om at den personlig frihet og selvbestemmelsesrett ikke kan tilsidesettes før det eventuelt resulterer i at andres frihet berøres negativt. Mill skiller ikke mellom det fysiske og mentale ved individet i sitatet, i motsetning til hva som har vært tradisjonen i norsk helserett. En innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvangsinngrep i psykisk helsevernloven er med på å endre denne tradisjonen, og dermed bidra til en likestilling av det fysiske og psykiske aspektet ved individet.<sup>27</sup>

Rettsutviklingen på helserettens område har de siste tiårene gått i retning av et økt fokus på selvbestemmelse og autonomi, også på feltet for psykisk helsevern. Som del av denne utviklingen har den paternalistiske tankegangen blitt utfordret ved at man stiller større krav til begrunnelsen for tvangstiltak. Innføringen av en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven kan anses som et ledd i denne utviklingen, hvor helsepersonell, og da spesielt den faglig ansvarlig, ved å foreta kompetansevurderinger blir tvunget til å legge til side egne formeninger om hva som er i pasientens beste interesse. Lovendringen er heller ikke uten praktiske konsekvenser. Et scenario som i større omfang kan forekomme er at pasienter som er alvorlig psykisk syke, men likevel anses samtykkekompetente, går uten behandling. På den ene siden vil dette ut fra en paternalistisk tankegang være et problematisk resultat av innføringen av vilkåret, og på den annen side vil det anses som en nødvendig følge av selvbestemmelsesrettens "forrang" som verdi.

---

<sup>26</sup> John Stuart Mill. *On Liberty*, edited by Elizabeth Rapaport 1978, Hackett Publishing Company Inc., s. 12.

<sup>27</sup> Diskusjonen som dette er en del av er omfattende, og vil ikke bli nærmere redegjort for her.

## 3 Øvrige vilkår for tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven § 3-3

### 3.1 Innledning

Formålet med dette kapitlet er å kort redegjøre for de øvrige vilkårene i phvl. § 3-3, for å ytterligere fremheve kompetansevilkårets funksjon. Bestemmelsen regulerer adgangen til å treffe vedtak om tvungent psykisk helsevern, og vurderingen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse er således en del av en ellers sammensatt vurdering.

I phvl. § 3-7 forutsettes det at et vedtak om tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 ikke kan opprettholdes uten av vilkårene "fremdeles er oppfylt". Videre i andre ledd heter det at den faglig ansvarlige har ansvar for å "vurdere om [...] tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes". Med andre ord forutsettes det at vilkårene som ligger til grunn for det aktuelle tvangsvedtaket fortløpende vurderes.

Som inngangsvilkår stilles det krav til at frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, med mindre den faglig ansvarlige anser det som "åpenbart formålsløst" å forsøke dette, jf. første ledd. Undersøkelsen av pasienten skal ha vært foretatt av både en intern og en eksternt ansvarlig lege. Bestemmelsens nr. 3 oppstiller krav til selve institusjonen og at en er "faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg", og pasienten skal i tillegg ha vært gitt "anledning til å uttale seg", jf. nr. 6. Det er med andre ord en del tiltak som skal iverksettes før det i det hele tatt gis anledning til å vurdere tvangstiltak ovenfor pasienten.

#### 3.1.1 Grunnvilkåret om "alvorlig sinnslidelse"

Vilkåret om "alvorlig sinnslidelse" anses som grunnvilkåret i phvl. § 3-3. Ordlyden av "alvorlig" tilsier at det foreligger høy terskel for at det kan anses oppfylt, og begrepet "sinnslidelse" åpner for at alle psykiske lidelser som utgangspunkt kan omfattes av bestemmelsen. Begrepet ble videreført fra 1961-loven<sup>28</sup> og ble denne gangen valgt som vilkår fremfor begrepet "psykose". Det er imidlertid klart at psykoselidelser er i kjernen av det begrepet "sinnslidelse" retter seg mot.<sup>29</sup> Avgjørende for vurderingen vil uavhengig av

---

<sup>28</sup> Lov 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern (opphevet).

<sup>29</sup> Aslak Syse, *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 3. utg., Gyldendal Rettsdata 2016, s. 333.

diagnose være at pasientens evne til å foreta realistiske evalueringer av egen tilstand er svekket i slik grad at det kan likestilles med en psykose.<sup>30</sup>

Vilkåret åpner for at det må foretas en konkret skjønnsmessig vurdering av pasientens helsetilstand. I Rt. 1987 s. 1495 uttalte førstvoterende at vilkåret "alvorlig sinnslidelse bare i helt særlige tilfelle kan anvendes utenfor psykosene", og det ble i tillegg påpekt at "avgjørelsen av om lovens vilkår er oppfylt i det konkrete tilfelle, i noen grad må bero på et skjønn. Det må dermed aksepteres et visst spillerom for skjønnsutøvelsen". I Rt. 1988 s. 634 (Huleboer) sluttet Høyesterett seg til forståelsen av vilkåret i 1987-dommen, og kom her til at det var oppfylt til tross for at pasienten ikke hadde psykotiske symptomer.

Høyesterett aksepterte også i 1993 at vilkåret om "alvorlig sinnslidelse" kan anses oppfylt for personer med psykose som befinner seg i en symptomfri periode av sykdommen.<sup>31</sup> Til tross for at denne begrepsforståelsen har blitt kritisert som følge av at den utvider grensene for grunnvilkåret, har den blitt videreført også i senere rettspraksis etter ikrafttredelsen av psykisk helsevernloven 1999.<sup>32</sup> Konsekvensene av at vilkåret kan anses oppfylt også i symptomfrie perioder kan imidlertid sies å ha mindre praktisk betydning etter at kompetansevilkåret ble innført. Dersom en pasient som har en alvorlig sinnslidelse likevel har de personlige forutsetningene som kreves for å kunne nekte behandling, vil dette foruten i fare-tilfellene være avgjørende slik at tvangen ikke kan etableres/opprettholdes. Om pasienten er i en symptomfri periode vil imidlertid kunne vektlegges i kompetansevurderingen.

### **3.1.2 Behandlingsvilkåret**

Behandlingsvilkåret er inntatt i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a og oppstiller to alternativer. Vedtak om tvungent psykisk helsevern kan finne sted dersom pasienten "får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert" (forbedringsalternativet), eller dersom pasienten "i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret" om det psykiske helsevernet ikke etableres, eller opphører (forverringsalternativet).

Vurderingen av forbedringsalternativet vil ofte være basert på sakkyndiges skjønnsutøvelse, og det er nærliggende at retten utviser tilbakeholdenhet med å overprøve fagskjønnet. Sentralt

---

<sup>30</sup> Rt. 2015 s. 913 avsnitt 52-53.

<sup>31</sup> Rt. 1993 s. 249 på s. 256.

<sup>32</sup> NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern, s. 36.

vil være pasientens prognoser, behandlingsalternativer og hva som rent konkret kan tilbys av behandling "innenfor" og "utenfor" det psykiske helsevernet. Resultatet av behandlingen "innenfor" må dermed påvises å være betydelig bedre enn alternativet "utenfor".<sup>33</sup>

Forverringsalternativet ble lovfestet med 1999-loven og vil også ofte være basert på sakkyndiges vurderinger. At pasientens tilstand forverres må være av "stor sannsynlighet", skje i "meget nær framtid" og forverringen må være "vesentlig". Ordlyden legger klart opp til at bestemmelsen skal anvendes strengt, noe som også ble forutsatt i forarbeidene.<sup>34</sup>

Departementet understrekte her at "det må stilles svært strenge krav for at en person som er bragt opp på behandlingsmessig optimalt nivå skal kunne undergis tvungent psykisk helsevern på grunn av muligheten for forverring".<sup>35</sup> Hva som skal til for at forverringsalternativet er oppfylt er forsøkt klargjort i rettspraksis, deriblant i Rt. 2001 s. 752. Høyesterett uttalte under henvisning til forarbeidene at to måneder ville være naturlig å sette som maksimumsgrense for forverringens inntreden.<sup>36</sup> Imidlertid har Høyesterett i senere dommer akseptert en tidsperiode for antatt forverring helt opptil tre til fire måneder.<sup>37</sup> Det er særlig i situasjoner hvor dette vilkåret er aktuelt at innføringen av en kompetansebasert modell må antas å ha hatt effekt: når personer som er behandlet opp til sitt optimale nivå går over til tvungent psykisk vern uten døgnopphold og i prosessen gjenvinner tilstrekkelig innsikt til å være samtykkekompetent.<sup>38</sup>

### 3.1.3 Farevilkåret

Farevilkåret er inntatt i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b og er lovens andre tilleggsvilkår. Bestemmelsen stiller krav til at pasienten må utgjøre en "nærliggende og alvorlig fare" for "eget eller andres liv eller helse" for at det skal kunne treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern. Høyesterett har i Rt. 2001 s. 1481 lagt til grunn at tidsperspektivet ikke skal konkretiseres slik som var tilfellet for forverringsalternativet. I stedet slutter Høyesterett seg til lagmannsrettens lovforståelse om at vilkåret "nærliggende" skal forstås på samme måte

---

<sup>33</sup> Kjønstad, Syse og Kjelland, *Velferdsrett I* (2017) s. 491.

<sup>34</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven) s. 81.

<sup>35</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 80.

<sup>36</sup> Rt. 2001 s. 752 på s. 758.

<sup>37</sup> Se Rt. 2014 s. 801, som senere ble fulgt opp i HR-2016-1286-A. Tidsperioden ble utvidet fra to til tre til fire måneder på grunn av (andregenerasjons) antipsykotikas virkningstid. Virkningstiden for disse medisinene er vesentlig lenger enn hva som var tilfelle for medisinene som var tilgjengelige da departementet la til grunn et to måneders tidsperspektiv i 1999.

<sup>38</sup> Prop.147 L (2015-2016) s. 25.



som i straffelovgivningen ved at faren må være "reell og kvalifisert på avgjørelsestidspunktet".<sup>39</sup>

Farevilkåret omfatter både hensyn til pasienten og selv og hensynet til samfunnsvernet, for eksempel i tilfeller hvor det er fare for selvmord eller vold mot andre. Uavhengig av hvilke interesser det er tale om å beskytte, må det foretas en konkret vurdering av om faren er "nærliggende og alvorlig". Dersom vilkåret er oppfylt gjøres det unntak for å vurdere samtykkekompetanse, jf. § 3-3 nr. 4 andre punktum. Dette representerer både den individuelle og sosiale paternalismen i lovteksten.<sup>40</sup>

### **3.1.4 Tvungent psykisk helsevern som "klart beste løsning"**

Dersom vilkårene som beskrevet overfor er oppfylt kan vedtak om tvungent psykisk helsevern likevel bare treffes dersom det "etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende", med reservasjon for de tilfellene hvor han eller hun utgjør "en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse", jf. § 3-3 nr. 7, sml. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b. Hensynet til pasienten selv vil imidlertid måtte tillegges begrenset vekt dersom farevilkåret er oppfylt.<sup>41</sup>

Vilkåret gir anvisning på at det må foretas en forholdsmessighetsvurdering av tvangstiltaket. Selv om tvangsvedtak kan fattes, vil her bli et spørsmål om hvorvidt det likevel *bør* gjøres. I denne vurderingen skal det "særlig legges vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende", og som utgangspunkt skal vurderingen være objektiv.<sup>42</sup> I denne forbindelse vil det være relevant å trekke frem departementets uttalelse hvor det fremkommer at "tvungent psykisk helsevern er et så inngripende tiltak at det ikke bør brukes mot noen bedrefungerende over lengre perioder uten at de får «prøve seg» for å se hvordan det går".<sup>43</sup> Dette vil være et nærliggende moment å trekke frem i helhetsvurderingen hvor behandlingvilkårets negative side er til stede, altså der hvor det er stor sannsynlighet for at pasienten vil få sin tilstand vesentlig forverret dersom tvangen opphører.

---

<sup>39</sup> Se Rt. 2001 s. 1481 på s. 1487.

<sup>40</sup> Se kap. 2.2.

<sup>41</sup> Kjønstad, Syse og Kjelland, *Velferdsrett I* (2017) s. 497.

<sup>42</sup> Se Rt. 2001 s. 752 på s. 759.

<sup>43</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 80.

## 4 Kompetansevurderingen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd

### 4.1 Innledning

Kompetansevurderingen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd kan grovt sett deles i to: forståelsesvurderingen og bevisvurderingen. Før disse drøftes vil forutsetningen om et gyldig samtykke bli nærmere redegjort for, og da med fokus på de særtrekkene som gjør seg gjeldende i tilfellene hvor man står ovenfor en *nektelse*. Problemstillinger knyttet til vurderingen av forståelsesevne er tema for kapittel 4.4, etterfulgt av problemstillingene som knytter seg til beviskravet i kapittel 4.5.

### 4.2 Rettslige utgangspunkter

Psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 4 inneholder som nevnt en direkte henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd som definerer kravene for bortfall av samtykkekompetanse. Alle personer over 18 år har som utgangspunkt rett til å samtykke til helsehjelp, jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav a. Det er den som "yter helsehjelp" som avgjør spørsmålet om samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 4-3 tredje ledd. Retten til å samtykke innebærer implisitt også en nektingsrett, selv om ordlyden av begrepet "samtykke" ikke er treffende for disse tilfellene. Regelen etter pbrl. § 4-3 andre ledd lyder som følger:

"Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter."

Bestemmelsen legger etter en alminnelig språklig forståelse opp til at det skal foretas en konkret vurdering av den enkeltes pasients evne til å forstå hva det vil innebære å samtykke til – eventuelt å nekte – et konkret tilbud om helsehjelp.<sup>44</sup> Det er sistnevnte scenario som er den aktuelle problemstillingen i denne sammenheng, og det er denne problemstillingen som har vært oppe for domstolene.

---

<sup>44</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133.

Vilkåret om at samtykkekompetanse kan bortfalle "helt eller delvis" innebærer at evnen en person har til å ta egne valg om helsehjelp kan variere etter hvilken type tiltak det er tale om.<sup>45</sup> Samtidig vil kompetansen kunne endre seg over tid, og variere etter hvilken fase i den psykiske sykdommen personen befinner seg i, altså etter hvor fremtredende symptomene er.<sup>46</sup> Før tvang kan initieres skal helsepersonellet legge forholdene "best mulig til rette" for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelpen. Dette gjøres ut fra alder, tilstand, modenhet og erfaring, jf. pbrl § 4-3 tredje ledd andre punktum, jf. § 3-5.

Verken psykisk helsevernloven eller pasient- og brukerrettighetsloven regulerer hvor ofte samtykkekompetanse skal vurderes, men det er nærliggende å legge til grunn at det må foretas en konkret vurdering av tidsperspektivet i hvert enkelt tilfelle.<sup>47</sup> Departementet peker på at vurderingen "krever tid og rom for refleksjon og diskusjon, blant annet for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsutøvelsen og for å begrense tvangsbruk".<sup>48</sup> Avhengig av diagnose og virkning av medikamenter etc. vil tidsperspektivet ofte variere fra pasient til pasient. Tvangslovutvalget fremholder i forslag til ny tvangslov at kompetansevurderinger skal foretas på tidspunkt hvor det finnes saklig grunn for det, og kan ikke uten videre fremskyndes til tidspunktet for den obligatoriske vurderingen.<sup>49</sup> Det vil si at dersom en pasient som er innlagt under tvang etter phvl. § 3-3 opplever endringer i symptomtrykk eller en bedret kognitiv tilstand, vil dette kunne aktualisere en ny vurdering av samtykkekompetansen, herunder tvangsvedtaket, dersom kompetansen blir funnet å være gjenvunnet.

I de tilfellene hvor et tvangsvedtak ikke påklages, plikter kontrollkommisjonen å på eget tiltak kontrollere vedtaket og undersøke behovet for fortsatt tvungent vern, jf. phvl. § 3-8 andre ledd. I andre tilfeller, som det beskrevet over, skal den faglig ansvarlige uten oppfordring initiere en (ny) vurdering av samtykkekompetanse dersom dette anses som nødvendig, og minst hver tredje måned, jf. phvl. § 4-9 første ledd.

### **4.3 Forutsetningen om et gyldig samtykke**

Et samtykke til eller en nektelse om helsehjelp forutsettes å være gyldig etter de kravene som oppstilles i pasient- og brukerrettighetsloven. I § 4-1 heter det at "for at samtykket skal være

---

<sup>45</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133.

<sup>46</sup> NOU 2011: 9 s. 152 og Vedlegg 3 s. 311.

<sup>47</sup> NOU 2019: 14 s. 447.

<sup>48</sup> Prop.147 L (2015-2016) s. 19, med henvisning til IS-9/2012.

<sup>49</sup> NOU 2019: 14 s. 447.

gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen", jf. første ledd andre punktum. Et samtykke, herunder også en nektelse, kan gis uttrykkelig eller stilltiende, jf. pbrl. § 4-2. Et stilltiende samtykke "antas å foreligge" dersom det ut fra "pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at han godtar helsehjelpen", jf. pbrl. § 4-2 andre punktum. Like fullt er vilkårene for å kunne nekte behandling de samme som ved samtykke.<sup>50</sup>

Det kan videre legges til grunn som sikker rett at det stilles større krav til samtykket jo mer inngripende tiltak det er tale om. Dette utgangspunktet kan illustreres i forskjellen det ville være for en pasient å samtykke til strålebehandling for en kreftdiagnose, i forhold til å samtykke til lysbehandling for en mindre alvorlig hudlidelse. På samme måte vil det være forskjell i beslutningen om å *nekte* å motta strålebehandling, versus å nekte å motta lysbehandling. Det er særlig konsekvensene det må ses hen til ved kategoriseringen av hvor inngripende et tiltak er for pasienten. Samtidig kan også selve behandlingsformen og eventuelle bivirkninger være relevant for vurderingen.

Et spørsmål i denne sammenheng er om tolkningsprinsippet som legges til grunn ved samtykke kan overføres til nektelsestilfellene slik at det stilles større krav til nektelsen jo mer inngripende tiltak det er tale om. Med bakgrunn i at det er nektelse og ikke det (positive) samtykket som står i sentrum i denne oppgaven, vil nektelsessituasjonene bli nærmere belyst i det følgende kapitlet.

### 4.3.1 Særlig om nektelsessituasjonene

Spørsmålet om hvilket tolkningsprinsipp som skal legges til grunn i nektelsessituasjonene er viktig fordi ulike tolkninger er egnet til å fremkalle prinsipielt ulike resultater: dersom tolkningsprinsippet er nøyaktig det samme ved nektelse som ved samtykke, vil dette måtte bety at det stilles større krav nektelsen jo mer inngripende tiltak det er tale om. Et synspunkt som ytres av Tvangslovutvalget er at en slik løsning klart nok ikke kan aksepteres, og vil kunne føre til resultater som er direkte urimelige overfor pasienten.<sup>51</sup> Dersom tolkningsprinsippet forstås speilvendt, som foreslått av Østenstad i vedlegg 3 til NOU 2011: 9, kan man si at kravene til nektelsen blir *mindre* jo mer inngripende tiltak det er tale om.<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Rundskriv IS-1-2017 Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen med kommentarer s. 15.

<sup>51</sup> NOU 2019: 14 s. 443.

<sup>52</sup> Østenstad, Vedlegg 3 til NOU 2011: 9 s. 314.

Dersom sistnevnte tolkning legges til grunn skal det med andre ord lite til for at en psykisk syk pasient må anses for å ha nektet for at et tiltak iverksettes dersom dette er inngripende, noe som vil kunne føre med seg velferdsmessige konsekvenser i større eller mindre grad.<sup>53</sup> Dette kan med andre ord lede til at objektivt sett sterkt behandlingstrengende pasienter forblir ubehandlet.

Den prinsipielle avgjørelsen i HR-2018-2204-A kan sies å ha bidratt til en løsning i denne sammenheng. Tvangslovutvalget er i forslaget til ny tvangslov under oppfatning av at konsekvensene ved å nekte helsehjelp kan anvendes som tolkningsfaktor etter denne avgjørelsen.<sup>54</sup> Utvalgets vurdering er at Høyesterett gir uttrykk for en konsekvensrettet løsning i følgende uttalelse:

"Poenget er altså at pasienten skal kunne treffe et *informert valg* med hensyn til fortsatt behandling. Da må pasienten være i stand til å forstå informasjonen som gis og hva som kan bli konsekvensene av å nekte behandling." (Forfatters kursivering).<sup>55</sup>

En slik løsning kan være egnet til å bøte på problemet ved å anvende samme tolkningsprinsipp for nektelse som ved samtykke: uavhengig av tiltakets viktighet eller alvorlighetsgrad vil konsekvensene få et større fokus.

## **4.4 Kravet til manglende forståelseevne**

### **4.4.1 FARV-kriteriene som utgangspunkt for vurderingen**

Det materielle vilkåret om at pasienten "ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter" i pbrl. § 4-3 andre ledd forutsetter at mangelen på forståelse stammer fra enten fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, jf. pbrl. § 4-3 andre ledd. *Hvilke* krav som stilles til forståelsen kan imidlertid ikke leses ut fra lovteksten, og må baseres på øvrige rettskildefaktorer.

---

<sup>53</sup> Østenstad, Vedlegg 3 til NOU 2011: 9 s. 315.

<sup>54</sup> NOU 2019: 14 s. 443.

<sup>55</sup> NOU 2019: 14 s. 443-444 med henvisning til HR-2018-2204-A avsnitt 61.

I forarbeidene til endringer i psykisk helsevernloven viser departementet til to av Helsedirektoratets rundskriv som utgangspunkt for kompetansevurderingen.<sup>56</sup> Et oppdatert rundskriv har i ettertid blitt utgitt i forbindelse med overgangen til kompetansebasert modell den 1. september 2017.<sup>57</sup> Fra rundskrivet trekker departementet særlig frem FARV-kriteriene, som er en forkortelse på *å forstå, anerkjenne, resonnerer og velge*. Kriteriene er retningsgivende for den skjønsmessige helhetsvurderingen som pbrl. § 4-3 andre ledd gir anvisning på, og sikter til følgende egenskaper:

- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å uttrykke et valg.<sup>58</sup>

Rundskrivet og kriteriene som er sitert ovenfor har blitt hyppig anvendt både av Høyesterett og i underrettspraksis som utgangspunkt for kompetansevurderingen i psykisk helsevernloven. Det er særlig dommen i HR-2018-2204-A som har bidratt til at rundskrivet har fått høyere status som rettskildefaktor enn hva rundskriv alminnelig sett har.

#### **4.4.2 Høyesteretts tilnærming til forståelseskravet i HR-2018-2204-A**

Saken i HR-2018-2204-A gjaldt et krav om utskrivning fra tvungent psykisk helsevern. Pasienten hadde en schizoaffektiv lidelse og hadde vært under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold de siste fem årene. Behandlingen i form av depotmedikasjon hver fjerde uke ble ansett for å være vedlikeholdsbehandling. Kravet om utskrivning ble tatt til følge (som resultat av helhetsvurderingen i phvl. § 3-3 første ledd nr. 7), men pasientens samtykkekompetanse ble ansett bortfalt.

Høyesterett belyser ikke større prinsipielle spørsmål ved kompetansevurderingen i dommen, men bidrar til å konkretisere enkelte av momentene som Helsedirektoratet trekker frem, og

---

<sup>56</sup> Prop.147 L (2015-2016) s. 26 med henvisning til IS-8-2015 (Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer) og IS-9-2012 (Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen med kommentarer).

<sup>57</sup> Rundskriv IS-1-2017 erstattet i 2017 rundskriv IS-9-2012.

<sup>58</sup> IS-1-2017 s. 17.

som igjen vises til av lovgiver i forarbeidene til psykisk helsevernloven.<sup>59</sup> Vurderingstemaet formuleres i avsnitt 63 på følgende måte:

"Det avgjørende må ... være i hvilken grad sykdommen påvirker personens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, vil derfor ikke ha samtykkekompetanse."<sup>60</sup>

Vurderingen av forståelseevne som her skisseres kan grovt sett deles i to deler: Sykdomsinnsikt og konsekvensinnsikt. Hvordan sykdomsinnsikt anvendes som demonstrasjon på en pasients forståelseevner er temaet i kapittel 4.4.4. Konsekvensinnsikt vil deretter bli nærmere drøftet i kapittel 4.4.5. Øvrige, relevante premisser fra dommen vil bli behandlet underveis.

FARV-kriteriene vil for oversiktens skyld anvendes som rammeverk for drøftelsen videre. Ved siden av beviskravet er det særlig de to førstnevnte momentene som byr på tolkningsproblemer i praksis, og derav disse som vil vies mest plass i drøftelsen.<sup>61</sup>

#### **4.4.3 Evnen til å uttrykke et valg og resonnere med relevant informasjon**

Kriteriet om pasientens *evnen til å uttrykke et valg*, innebærer at pasienten i første omgang må kunne kommunisere frem et valg enten muntlig, skriftlig, fysisk eller på annen måte som er tilstrekkelig for at helsepersonell kan oppfatte beslutningen.<sup>62</sup> Et spørsmål som gjør seg gjeldende i denne sammenheng er hvor strenge krav som stilles til at pasienten kan anses for å ha vært konsekvent i sin vilje.<sup>63</sup> Høyesterett berører ikke spørsmålet i ovennevnte dom, men i lagmannsrettens avgjørelser finnes det eksempler som kan illustrere hvor listen legges. Videre har både Helsedirektoratet og Tvangslovutvalget har anerkjent problemstillingen og gitt uttrykk for noen synspunkter.

I Helsedirektoratets rundskriv presiseres det at valget må være "kvalifisert", og at man i den forbindelse må se hen til om pasienten "klarer å foretrekke ett av flere alternativer, på

---

<sup>59</sup> Prop.147 L (2015-2016) s. 26.

<sup>60</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 63.

<sup>61</sup> Det gjøres for ordens skyld oppmerksom på at samtlige avgjørelser fra lagmannsrettene som er vist til her er upaginerte og uten nummererte avsnitt.

<sup>62</sup> NOU 2019: 14 s. 442.

<sup>63</sup> Samme utfordring trekkes frem av Tvangslovutvalget i NOU 2019: 14 s. 444.

bakgrunn av tilstrekkelig og tilpasset informasjon".<sup>64</sup> Dette kan forstås slik at forhold som ambivalens, likegyldighet eller at pasienten hyppig ombestemmer seg vil kunne tolkes som forhold i retning bortfalt samtykkekompetanse. Tvangslovutvalget peker på at det "er mer naturlig å kreve et klarere grunnlag jo mer alvorlige konsekvensene er – eller at man i alle fall kan legge noe vekt på dette".<sup>65</sup> Med andre ord må det vurderes konkret for hvert tilfelle hvorvidt pasienten kan sies å ha vært tilstrekkelig konsekvent.

Avgjørelsen i LB-2019-53902 er illustrerende for problemstillingen. I vurderingen av pasientens evne til å forstå beslutningen om å skrives ut fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, la lagmannsretten oppsummerende til grunn at pasienten hadde begrensede evner til å reflektere over tidligere erfaringer, og begrenset innsikt i forverringssymptomer. Deretter ble det uttalt at det var "særlig evnen til å resonnerer det skorte[t] på". I tillegg til at pasientens "generelle nedsatte funksjonsnivå hvor han har verge og er hjelpetrengende [...] gjennom dagliglivet" ble det ansett som "et viktig moment [...] at A så sent som i februar/mars 2019 klaget på vedtaket om tvangsmedisinering, en medisin som han sier han trenger". Med andre ord ble pasientens manglende evne til å foretrekke det ene eller det andre i relasjon til medisineringsen ansett som relevant også for kompetansevurderingen 2-3 måneder etterpå, noe som taler for at vurderingen av beslutningsevne gjøres på et bredt grunnlag.

I LG-2018-19912 var det pasientens schizofrenidiagnose og de symptomene dette medførte som ble funnet å være årsaken til at pasienten ikke evnet å uttrykke et valg. Pasienten hadde symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner, og var under oppfatning av at han ikke var psykisk syk. Lagmannsrettens flertall konkluderte deretter med, i tråd med behandlende leges oppfatning, at disse forhold "gjør det umulig for ham å resonnerer rundt behandling og uttrykke et valg". Uttalelsen viser at kriteriet henger tett sammen med en pasients *evne til å resonnerer med relevant informasjon*.<sup>66</sup> Dette kriteriet sikter til en pasients evne til å veie for og imot ulike typer helsehjelp, noe som i stor grad vil bli påvirket av pasientens erfaringer og verdisyn.<sup>67</sup> Helsedirektoratet uttaler i rundskrivet at dette kan resultere i en verdiprioritering som i helsepersonellens øyne ikke er til pasientens beste.<sup>68</sup>

---

<sup>64</sup> IS-1-2017 s. 17.

<sup>65</sup> NOU 2019: 14 s. 444.

<sup>66</sup> NOU 2019: 14 s. 442.

<sup>67</sup> IS-1-2017 s. 17.

<sup>68</sup> IS-1-2017 s. 17.



Ut ifra de ovennevnte rettskildefaktorene kan det legges til grunn at vurderingen av en pasients evne til å uttrykke et valg gjøres ut ifra pasientens holdninger til beslutninger om egen helse også bakover i tid. Samtidig vil den konkrete vurderingen ta utgangspunkt i hva selve valget dreier seg om, slik at det stilles større krav til pasienten i de tilfellene hvor nektelsen har store (helsemessige) konsekvenser. Dette er et moment som igjen knytter seg nært opp til pasientens sykdomsinnsikt.

#### 4.4.4 Sykdomsinnsikt som forutsetning for forståelseevne

Spørsmålet i dette kapitlet er hvilken betydning sykdomsinnsikt kan ha i relasjon til å påvise forståelseevne, samt hva som mer spesifikt ligger i dette kriteriet. Som det fremkommer av Helsedirektoratets rundskriv vil det, dersom pasienten ikke selv anerkjenner å ha en alvorlig psykisk lidelse, være et delmoment som taler for at samtykkekompetansen er bortfalt.<sup>69</sup> Dette ble også vektlagt i HR-2018-2204-A hvor pasienten bestred at hun hadde en alvorlig sinnslidelse.<sup>70</sup>

Om sykdomsinnsikt spesifikt uttaler Høyesterett, med henvisning til rundskriv IS-1/2017, at "det sentrale er hvorvidt pasienten klarer å ta en beslutning som ikke i for stor grad er påvirket av den psykiske lidelsen. Både for å samtykke og for å nekte kreves det et visst nivå av konsekvensinnsikt."<sup>71</sup> At valget ikke må være "påvirket av den psykiske lidelsen" synes å forutsette at pasienten som et "minstekrav" erkjenner at den psykiske lidelsen er tilstede. I avsnitt 62 refereres det til de opprinnelige forarbeidene til psykisk helsevernloven, hvor det fremkommer at "hensikten med å etablere tvungent psykisk helsevern er nettopp å få den sinnslidende under behandling slik at vedkommende kommer i en sinnstilstand der han eller hun er i stand til å foreta rasjonelle valg og følge en bevisst kurs".<sup>72</sup> Etterfulgt av denne uttalelsen skifter Høyesterett fokus til konsekvensene som kan følge en behandlingsnektelse. Det kan dermed tyde på at evnen til å foreta *rasjonelle* valg ikke er avgjørende, men evnen til å ha et realistisk bilde av de konsekvensene det kan følge av å nekte behandling. Som nevnt ovenfor er det ikke relevant hvorvidt pasientens beslutninger objektivt sett kan anses for å være i motsetning det helsepersonell vil oppfatte som "til det beste for pasienten".<sup>73</sup>

---

<sup>69</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 50, med henvisning til IS-1-2017 s. 17.

<sup>70</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 68.

<sup>71</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 49-50 med henvisning til IS-1-2017 s. 15.

<sup>72</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 62 med henvisning til Ot.prp. nr.11 (1998-1999) s. 44.

<sup>73</sup> IS-1-2017 s. 17.

I rundskriv IS-1/2017 fremgår det på side 20 at det er vanlig å betrakte sykdomsinnsikt som "noe flerdimensjonalt, der sentrale dimensjoner er individets erkjennelse av å ha en psykisk lidelse, gjenkjenning av symptomer som patologiske, og det å innse behovet for behandling". Videre heter det at pasienten kan erkjenne "sykdomsfølelse eller annerledeshet", og i tillegg "ønske bistand eller hjelp av annen art enn det behandleren primært anbefaler", og fortsatt ha tilstrekkelig sykdomsinnsikt. I disse tilfellene er personen oftest samtykkekompetent.<sup>74</sup>

Sykdomsinnsikt kan i så måte plasseres på en glideskala, hvor pasienter som benekter å i det hele tatt være syke kan plasseres i den ene enden av skalaen, mens personer som erkjenner at de er syke og behøver behandling kan plasseres i den andre. Muligheten for at man kan ha forståelse for en beslutning om helsehjelp dersom man er i benektelse av selve sykdommen er svært liten.

En gjenganger i avgjørelsene fra lagmannsrettene er at pasientene selv ikke anerkjenner at de er syke. En annen gjenganger er at pasienter på grunn av bivirkninger ikke ønsker å (tvangs)medisinere. Helsedirektoratet påpeker i rundskrivet at "skepsis til diagnoser og legemidler kan være velbegrunnet og referere seg til manglende virkning eller bivirkning, og ikke til mangelfull sykdomsinnsikt".<sup>75</sup> Bruken av psykofarmaka er utbredt i det norske helsevesenet, og det er allment kjent at disse fører med seg en rekke bivirkninger.

Saken i LB-2019-179751 er et eksempel på et tilfelle hvor pasienten selv mente at han ikke var syk. Pasienten, som begjærte seg utskrevet fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ble funnet å ha "store intellektuelle ressurser", men dette synes å ha vært av underordnet betydning så lenge det ikke ble relatert til egen situasjon. At pasienten var i fullstendig benektelse om egen helsetilstand førte nærmest automatisk til at han ikke ble ansett for å ha sykdomsinnsikt, noe som også kan sies å være i tråd med gjeldende rett. Det samme var tilfellet i LH-2018-176325 hvor det ble ansett avgjørende at "A anerkjenner verken at han er syk eller er villig til å diskutere psykoselidelsen. Pedersen [overlege] forklarte at A ikke er i stand til å resonnerer om sin situasjon eller uttrykke et valg".

I andre tilfeller er det ikke like opplagt at pasienten ikke har sykdomsinnsikt, og situasjonene som er særlig problematiske er de hvor en pasient erkjenner sykdommen og at denne er

---

<sup>74</sup> IS-1-2017 s. 20.

<sup>75</sup> IS-1-2017 s. 20.

behandlingskrevende, men likevel motsetter seg behandlingstilbudet. Utelukker dette at man har sykdomsinnsikt?

I LG-2018-35336 ble spørsmålet om samtykkekompetanse, herunder sykdomsinnsikt, satt på spissen. Pasienten som begjærte seg utskrevet fra tvungen psykisk helsevern hadde en alvorlig sinnslidelse, og lagmannsretten mente at det "ville være det beste for ham om denne behandlingen fortsatte". At antipsykotiske medikamenter hadde hatt god effekt i hans tilfelle var ikke tvilsomt. Imidlertid ble det ikke funnet tilstrekkelig sannsynliggjort at pasienten manglet samtykkekompetanse etter phvl. § 3-3 nr. 4, jf. pbrl. § 4-3 andre ledd. Pasienten selv var under inntrykk av at han ikke trengte medisiner, noe retten tolket som "en indikasjon på at han ikke fullt ut evner å ta innover seg hvor alvorlig situasjonen hans er og heller ikke fullt ut evner å vurdere behovet for helsehjelp". Det blir i denne sammenheng vist til rundskriv IS-1/2017 hvor det som nevnt fremgår at redusert sykdomsinnsikt ikke uten videre fører til manglende samtykkekompetanse.<sup>76</sup> I relasjon til kompetansevurdering uttaler lagmannsretten at det å være uenig i diagnosen slik pasienten var her, måtte anses for å være "noe kvalifisert annet enn en benektelse av lidelsen".<sup>77</sup> Pasienten var også innstilt på at den alvorlige sinnslidelsen var grunnen til at han hadde det vanskelig, og kunne komme til å få det vanskelig også i fremtiden. Lagmannsretten konkluderer i motsatt retning av den sakkyndige, og kommer til at pasienten er samtykkekompetent til tross for "klare holdepunkter for [...] redusert samtykkekompetanse". Dommen kan anses som eksempel på et tilfelle hvor redusert sykdomsinnsikt leder til redusert kompetanse, noe som igjen utelukker at bortfalt samtykkekompetanse kan anses for å være bevist.<sup>78</sup>

Et sammenlignbart tilfelle finnes i LF-2018-45574, hvor pasienten både anerkjente at hun var schizofren og at hun opptil flere ganger hadde bedt om innleggelse på frivillig grunnlag. I denne forbindelse ble det uttalt at det var grunn til å skille mellom "sykdomsinnsikt og sykdomsfølelse". Uten å utbrodere hvorfor lagmannsretten var av denne oppfatning, ble det konkludert med at "lagmannsretten [legger] også vekt på at A ifølge innkomstjournalen ved voksenpsykiatrisk avdeling på Ålesund sykehus 8. mai 2018 fremsto med « redusert sykdoms- og behandlingsinnsikt », og at hun nå later til å være i en dårligere periode. Lagmannsretten finner derfor at hun mangler evnen til å anerkjenne informasjon om sin egen situasjon og mulige konsekvenser av at hun avslutter behandlingen". Det kan stilles spørsmål ved om dette

---

<sup>76</sup> IS-1-2017 s. 20.

<sup>77</sup> LG-2018-35336.

<sup>78</sup> Beviskravet drøftes nærmere i kapittel 4.5.

ikke var et tilfelle som nådde opp til minstekravet om "en viss sykdomsinnsikt", eller om lagmannsretten mente å uttrykke at manglende konsekvensinnsikt uansett var tilstrekkelig for at pasientens samtykkekompetanse var bortfalt.

I LG-2019-157711 vises det til at pasienten "har gitt uttrykk for at han godtar å ha en alvorlig sinnslidelse, at han har hatt psykosesymptomer og at lidelsen må behandles". Med andre ord var pasienten, i likhet med pasienten i LG-2018-35336, innstilt på at han måtte medisineres, og ønsket å fortsette med dette for å unnlate å bli lagt under tvang på ny. I sin oppsummering legger retten avgjørende vekt på at pasienten ikke er av den oppfatning av antipsykotika hjelper, og at det er trusselen om tvang som motiverer den frivillige behandlingsviljen. Det følger av konklusjonen at "lagmannsretten er på denne bakgrunn kommet til at A ikke har en realistisk forståelse av sin sykdom, eller for behovet av behandling med antipsykotika, og heller ikke følgene av å seponere antipsykotisk medisin. Han mangler klart samtykkekompetanse".<sup>79</sup> Det synes således å utelukke sykdomsinnsikt at pasienten ikke gir uttrykk for konsekvensene ved å seponere medisinene, noe som tar oss videre til vurderingen av relevansen av beslutningens konsekvenser.

#### **4.4.5 Evnen til å anerkjenne informasjon, herunder konsekvenser av valget**

Et spørsmål som gjør seg gjeldende i sammenheng med kravet til en pasients forståelseevner er hvorvidt konsekvensene av beslutningen skal vektlegges i vurderingen. Dette kan ikke leses ut av lovteksten i pbrl. § 4-3 andre ledd slik den er i dag, og er heller ikke tatt stilling til i forarbeidene. Til sammenligning skal "konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen" vektlegges når pasienter "på grunn av alvorlig overbevisning" for eksempel nekter å motta blod eller å avbryte sultestreik, jf. pbrl. § 4-9 første og tredje ledd. Et slikt konsekvensfokus ble også lagt til grunn i HR-2018-2204-A, hvor Høyesterett i avsnitt 63 eksplisitt trekker frem konsekvensene av behandlingsvalget som relevant.

I rundskriv IS-1/2017 fremkommer det at det både for samtykke og nektelse kreves "et visst nivå av konsekvensinnsikt". Videre heter det at pasienten ikke trenger å "fullt ut forstå alle konsekvenser av å nekte behandling".<sup>80</sup> Dette tilsier at det stilles lave krav til konsekvensinnsikten, men at det som minstekrav må kommuniseres en form for anerkjennelse

---

<sup>79</sup> LG-2019-157711.

<sup>80</sup> IS-1-2017 s. 15.

av at konsekvenser kan forekomme, og at de nødvendige personlige forutsetningene for å forstå dem er til stede, jf. tidligere drøftelse.

Det kan med bakgrunn i ovennevnte rettskilder legges til grunn at vilkåret om pasientens forståelsesevne i pbrl. § 4-3 andre ledd forutsetter at pasienten også har innsikt i konsekvensene av beslutningen, herunder både ved samtykke og nektelse. Samme forståelse synes i stor utstrekning å ha blitt lagt til grunn i avgjørelser fra lagmannsrettene.<sup>81</sup> Det finnes få eksempler på det motsatte, altså avgjørelser hvor konsekvensene *ikke* trekkes frem som en nødvendig forutsetning for forståelsesevne. I denne sammenheng kan det vises til avgjørelsene i LB-2019-179751 og LG-2018-19912.<sup>82</sup>

I kompetansevurderingen i LB-2019-179751 viser retten til at "A har åpenbart store intellektuelle ressurser, men han mangler evnen til å relatere forståelsen til sin egen situasjon. Følgelig kan han heller ikke ta informerte valg som gjelder egen psykisk helse, som for eksempel om medisinerings av sykdommen". Konsekvensene av beslutningen blir ikke trukket inn, noe undertegnede vurderer å være en følge av at pasienten i det aktuelle tilfellet fremholder at han ikke er syk, til tross for at dette ikke er tvilsomt fra et faglig ståsted. Forståelsen av konsekvenser trekkes med andre ord ikke inn i vurderingen før pasienten har vist et minimumsnivå av sykdomsinnsikt. I dette ligger at en pasient som nekter for å være syk (og ikke bare er uenig i diagnosen), heller ikke vil kunne anerkjenne konsekvenser, og kan på denne måten anses for å ikke være samtykkekompetent etter pbrl. § 4-3 andre ledd.

Til sammenligning har konsekvensinnsikten i andre tilfeller vist seg å være avgjørende for kompetansespørsmålet. I denne forbindelse er avgjørelsen i LB-2019-152106 av interesse. Pasienten det gjaldt var diagnostisert med paranoid schizofreni og var tvangsinnlagt på sykehus. I vurderingen av tvangsoppholdet hadde pasienten resonnert mellom de positive og negative sidene ved å være innlagt. Likevel var hun selv under inntrykk av at hun ikke var syk, og at effekten av medisinene utelukkende var negative. Det var med andre ord høyst sannsynlig at hun ville seponere bruken av medisinene. Retten viser til HR-2018-2204-A og trekker frem uttalelsen i avsnitt 61 om at pasienten for å kunne treffe et informert valg også må forstå konsekvensene av å nekte behandling. Med dette som bakgrunn konkluderer lagmannsretten med at "selv om hun evner å se positive og negative sider ved oppholdet på

---

<sup>81</sup> Se eksempelvis LF-2017-39507, LH-2017-179830, LG-2018-64339, LF-2018-47287, LF-2018-101451 og LB-2019-2163.

<sup>82</sup> Det påpekes at i LG-2018-19912 var både behandlingsvilkåret og farevilkåret (under dissens) oppfylt, slik at vurderingen av samtykkekompetanse ikke var avgjørende for domsslutningen i denne saken.

Blakstad, evner hun ikke å se konsekvensene ved ikke å ta antipsykotisk medisin. For lagmannsretten er det derfor ikke tvil om at hun ikke evner å treffe et behandlingsvalg basert på noenlunde realistiske forutsetninger". Det fremgår av lagmannsrettens subsumsjon at det å kunne se konsekvensene av beslutningen er en nødvendig forutsetning for å kunne ha beslutningskompetanse, til tross for at pasienten evner å veie positive og negative sider ved tvangen. På en side kan det stilles spørsmål ved om pasienten med dette viser en forståelse som er innenfor den såkalte nedre grensen for forståelse, dersom man lar denne handlingen tale for seg selv. På den annen side synes det å sette kjepper i hjulene for kompetansevurderingen at hun samtidig ikke anerkjenner at hun er syk.

Utvalget har i forslaget til ny tvangslov foreslått å innføre konsekvensvilkåret som en obligatorisk del av vurderingen, slik at § 4-3 andre ledd lyder: "beslutningskompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder, herunder konsekvensene". Dette kan være et virkemiddel som i større grad sikrer at kompetansevurderingene gjøres på like premisser. Samtidig, med bakgrunn i de funnene som er gjort i avgjørelsene fra lagmannsrettene, er det heller tvilsomt at inkluderingen av et konsekvensvilkår vil gi seg utslag i praksis. Begrunnelsen for dette er at et konsekvensfokus allerede innfortolkes som del av vurderingen i stor utstrekning.

## **4.5 Beviskravet "åpenbart"**

### **4.5.1 Rettslig utgangspunkt**

Det følger av pbrl. § 4-3 andre ledd at en pasients samtykkekompetanse bare kan bortfalle i de tilfellene hvor det er "åpenbart" at pasienten "ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter". Begrepet sikter til sannsynlighetsgraden som kreves for at noe kan regnes for å være bevist.<sup>83</sup> Spørsmålet om hva som ligger i "åpenbart"-vilkåret har vist seg å være knyttet til usikkerhet i praksis, noe som aktualiserer behovet for rettslige analyser.<sup>84</sup> Det er viktig å fastslå en forståelse av innholdet i vilkåret fordi det uavhengig av den øvrige vurderingen vil være beviskravet det står og faller på ved vurderingen av samtykkekompetanse. Uavhengig av kriterier som anvendes som veiledende for vurderingen, er det dette kravet som til syvende og sist blir avgjørende.

---

<sup>83</sup> Hans Petter Graver, "Bevisbyrde og beviskrav i forvaltningsretten", *TfR* 2004 (vol 117), s. 465-498 på s. 467.

<sup>84</sup> Se NOU 2019: 14 s. 441 hvor samme problemstilling nevnes.

En alminnelig språklig forståelse av vilkåret "åpenbart" tilsier at terskelen for å frata noen samtykkekompetanse er svært høy. At vilkåret kan tolkes som en presumsjon for samtykkekompetanse synes videre å være opplagt. Forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven er knappe i omtalen av vilkåret. Under henvisning til ordlyden uttales det at "det skal [...] en del til" for at samtykkekompetansen bortfaller. Videre uttales det i samme avsnitt at dersom det foreligger tvil, må resultatet bli at pasienten beholder retten til å samtykke eller å nekte å motta et tilbud om helsehjelp.<sup>85</sup> Uttalelsene kan tolkes for å trekke i ulike retninger, da departementet på den ene siden peker på at tvil generelt fører til at samtykkekompetansen er i behold, samtidig som det er vanskelig å utlede noen terskel fra uttalelsen om at det skal "en del til".

Forarbeidene til endringer i psykisk helsevernloven gir ikke særlig veiledning i forståelsen av vilkåret, men departementet velger å opprettholde "åpenbart"-vilkåret til fordel for det mildere beviskravet "overveiende sannsynlig", som forestått av Paulsrud-utvalgets flertall.<sup>86</sup> I utvalgets utredning av tvangsreglene tolkes vilkåret for å være strengere enn, og som minimum likestilt med, beviskravet i strafferetten.<sup>87</sup> Dette innebærer at det må være "heva over rimeleg tvil" at pasienten mangler forståelse for samtykket, herunder også nektelsen.<sup>88</sup> Forarbeidene til endringer i psykisk helsevernloven, som bygger på Paulsrud-utvalgets utredning, uttrykker ikke noen motstand til dette synspunktet. Selv om departementet ikke uttrykkelig tar stilling til spørsmålet, ender de som nevnt opp med å gå bort ifra en endring av rettstilstanden, jf. forslaget til innføring av "overveiende sannsynlig" som beviskrav.<sup>89</sup> Samlet sett kan dette tale for at lovgiver tok sikte på at enhver rimelig tvil ville være tilstrekkelig for at beviskravet ikke anses oppfylt - i alle fall med hensyn til kompetansevurderinger med utgangspunkt i psykisk helsevernloven §§ 3-2, 3-3 eller 4-4. Dette kan imidlertid ikke vektlegges i avgjørende retning da argumentet ikke bygger på en positiv uttalelse fra lovgivers side.

Også i Høyesterett har terskelen blitt tolket for å være høy ved spørsmålet om bortfalt samtykkekompetanse. I Rt. 2010 s. 612 (Sårstell) uttalte førstvoterende i et obiter dictum at det på grunn av pasientens valg "i mer ekstreme tilfeller [kan] oppstå spørsmål om bortfall av

---

<sup>85</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133.

<sup>86</sup> Prop.147 L (2015-2016) s. 20 og NOU 2011: 9 s. 156 og 235.

<sup>87</sup> NOU 2011: 9 s. 156 og 235 og Østenstad, Vedlegg 3 til NOU 2011: 9 s. 315.

<sup>88</sup> Østenstad, Vedlegg 3 til NOU 2011: 9 s. 317, med videre henvisning til Strandbakken, *Uskyldspresumsjonen: "In dubio pro reo"* Fagbokforlaget 2003 s. 381-382, jf. s. 356-367.

<sup>89</sup> Prop.147 L (2015-2016) s. 20.

selve samtykkekompetansen".<sup>90</sup> Dette er imidlertid ikke en uttalelse som er spesielt godt egnet til å kaste lys over kompetansevurderingen i pbrl. § 4-3 andre ledd. Dette begrunnes i at hva som anses som "mer ekstreme tilfeller" vanskelig kan fastsettes objektivt, og gir slik sett bare uttrykk for en isolert betraktning som på mer generelt plan fremhever hensynet til pasienters autonomi og selvbestemmelse. I HR-2018-2204-A, som inngående tar for seg kriteriene for manglende samtykkekompetanse, nøyer retten seg med å vise til vilkåret, for deretter å legge til grunn som vurderingstema at "hvorvidt [...] beviskravet er oppfylt, må vurderes ut fra hvordan den enkelte personen fremstår og hva vedkommende gir uttrykk for".<sup>91</sup> Dommen gir med andre ord ingen tolkningsbidrag til hvor strengt "åpenbart"-vilkåret skal forstås.

Forutsetningen fra forarbeidene om at "det skal [...] en del til" for at samtykkekompetansen bortfaller har blitt lagt til grunn i rundskriv fra Helsedirektoratet, hvor det også uttales at dersom "helsepersonellet [er] i tvil, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt å nekte å motta behandling".<sup>92</sup> Isolert sett bidrar ikke dette til en ytterligere avklaring vilkåret, sml. uttalelsen i pasient- og brukerrettighetsloven som peker på samme løsning ved tvil.<sup>93</sup>

Senest i oktober 2019 tok også Sivilombudsmannen i en uttalelse stilling til beviskravet.<sup>94</sup> Uttalelsen gjaldt Fylkesmannen i Trøndelag sitt vedtak om tvangsmedisinering etter phvl. § 4-4.<sup>95</sup> I det aktuelle vedtaket ble det konkludert med at pasienten "ikke virker å forstå, anerkjenne, resonnerer eller kan ta et veloverveid valg for den aktuelle helsehjelpen". Ombudsmannen kom til at bruken av formuleringen "ikke virker å forstå" kunne tolkes som at Fylkesmannen hadde anvendt feil beviskrav, i tillegg til at vilkårene i pbrl. § 4-3 andre ledd ikke var nevnt i vedtaket.<sup>96</sup> Ombudsmannen konkluderte så med at det "ikke [er] tilstrekkelig med overveiende eller klar sannsynlighetsovervekt for å konstatere at personen mangler tilstrekkelig forståelseevne" og at "beviskravet ikke [er] oppfylt" dersom det foreligger tvil. Ombudsmannen gir her anvisning på en løsning i tråd med ordlyden, det vil si at selv den minste tvil i vurderingen vil kunne føre til at samtykkekompetansen må anses for å være i behold.

---

<sup>90</sup> Rt. 2010 s. 612 avsnitt 30.

<sup>91</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 40 og 65.

<sup>92</sup> IS-1-2017 s. 15.

<sup>93</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133.

<sup>94</sup> Sivilombudsmannens uttalelse SOM-2018-2278.

<sup>95</sup> Uttalelsen er også relevant her ettersom innholdet i kompetansevurderingen er det samme etter phvl. § 3-3.

<sup>96</sup> SOM-2018-2278 s. 5-6.



Gjennomgangen av rettskildematerialet viser at ordlyden "åpenbart" isolert sett taler for en svært høy terskel. Uklarheten knytter seg til at forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven i liten grad bidrar til en avklaring av hvilken grad av tvil som kreves for at samtykkekompetansen fortsatt er tilstede. Uttalelsen om at "det skal [...] en del til" for at samtykkekompetansen bortfaller tilsier at terskelen er lavere enn hva som kan utledes av vilkårets ordlyd. Dette synspunktet kan imidlertid, etter min mening, nyanseres med uttalelsen om at man ved tvil må falle tilbake på at pasienten er samtykkekompetent.<sup>97</sup> Rettspraksis fra Høyesterett gir som vist ikke særlig veiledning, jf. uttalelsen om at samtykkekompetansen bortfaller i "mer ekstreme tilfeller".<sup>98</sup> Ombudsmannens bidrag om at "overveiende eller klar sannsynlighetsovervekt" ikke er tilstrekkelig for at samtykkekompetansen bortfaller underbygger den språklige forståelsen av vilkåret. Samtidig begrenses dette argumentet ved at Sivilombudsmannens uttalelser ikke er rettslig bindende, og har dermed begrenset rettskildemessig vekt.

De ulike rettskildene gir med andre ord ikke et fullstendig og entydig bilde av hvilken grad av tvil som kreves for at samtykkekompetansen er i behold. Med bakgrunn i legalitetsprinsippets vekt som tolkningsprinsipp er det likevel nærliggende å legge til grunn en løsning som er i tråd med ordlyden. Dette innebærer at man står igjen med en rettsregel hvor selv den minste tvil vil måtte føre til at samtykkekompetansen er i behold. Hvorvidt det er holdbart å basere kompetansevurderingen på et så strengt beviskrav de lege ferenda, er et annet spørsmål.<sup>99</sup>

I forlengelsen av dette anses det som interessant å se nærmere på hvordan vilkåret har blitt praktisert i lagmannsrettene, herunder hvor listen legges i praksis for å bevise bortfalt samtykkekompetanse.

#### **4.5.2 Lagmannsrettens tolkning av beviskravet**

Som nevnt har vilkåret om manglende samtykkekompetanse sjelden vært gjenstand for behandling i Høyesterett, og dommen som er tilgjengelig bidrar ikke til en klargjøring av vilkåret.<sup>100</sup> På den annen side har vi mange avgjørelser hvor lagmannsrettene tar stilling til kompetansevurderingen, herunder også beviskravet. Dette må imidlertid modifieres noe, da

---

<sup>97</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133.

<sup>98</sup> Rt. 2010 s. 612 avsnitt 30.

<sup>99</sup> Det rettspolitiske aspektet ved vilkåret drøftes nærmere avslutningsvis.

<sup>100</sup> HR-2018-2204-A.

det har vist seg flere tilfeller hvor lagmannsretten ikke forholder seg eksplisitt til beviskravet, men lener seg på tingrettens vurderinger.

Et eksempel på dette finnes i LG-2018-178964, som gjaldt et krav om utskrivning fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Vurderingen av samtykkekompetanse er kortfattet, og følgende sitat utgjør lagmannsrettens vurdering i sin helhet:

"Lagmannsretten finner videre at A mangler samtykkekompetanse etter § 3-3 nr. 4. Det vises til tingrettens begrunnelse som også er dekkende for lagmannsrettens syn på dette punkt. Det vises ytterligere til tremånederskontroll av 12.12.2018 og den begrunnelse som er gitt der som lagmannsretten er enig i. "

Samme tendenser kommer til uttrykk i LB-2018-90933 hvor det i innledningen konstateres at "lagmannsretten er kommet til samme resultat som tingretten, og kan i stor grad tiltre tingrettens bemerkninger". Ved selve vurderingen av samtykkekompetanse nøyer retten seg med følgende konklusjon: "Med den lidelsen lagmannsretten har funnet at hun har, har hun heller ikke samtykkekompetanse. Så vel under innleggelsene som overfor lagmannsretten har A vist at hun ikke har noen innsikt i sin egen sykdom og situasjon." Også her lener lagmannsretten seg på tingrettens vurderinger. Det bemerkes at én dommer valgte å dissentere i denne saken, men dette knyttet seg til helhetsvurderingen i phvl. § 3-3 første ledd nr. 7. Avgjørelsen ble anket til høyesterett, men ble ikke tillatt fremmet.<sup>101</sup>

Som et siste eksempel kan det vises til avgjørelsen i LG-2018-85750, hvor følgende begrunnelse legges til grunn for kompetansevurderingen:

"Lagmannsretten finner det videre klart at A ikke har samtykkekompetanse slik dette er definert i psykisk helsevernloven § 3-3. Hun har ikke lagt for dagen noen sykdomsinnsikt. Også på dette punkt kan lagmannsretten fullt ut bygge på det tingretten har gitt uttrykk for."

Hva som nærmere ligger i tingrettens vurderinger er ikke gjort tilgjengelig i domspremissene i de ovennevnte avgjørelsene, slik at denne typen avgjørelser ikke bidrar til å kaste lys over forståelsen av beviskravet i praksis. Hva gjelder sistnevnte sitat, gir dette uttrykk for et særtrekk som går igjen i flere av avgjørelsene: at lagmannsretten anvender begrepet "klart"

---

<sup>101</sup> Jf. beslutning HR-2019-728-U.

som en presisering av "åpenbart"-kravet. Hvorvidt en slik begrepsbruk kan sies å være i tråd med øvrige rettskildefaktorer vil bli underlagt en nærmere drøftelse.

### 4.5.3 Bruken av begrepet "klart" som tolkningspresisering

Begrepet "klart" blir anvendt for å presisere beviskravet i en rekke saker, deriblant i LG-2019-23757, jf. "etter bevis ført i saka finn lagmannsretten det klart at A manglar samtykkekompetanse" og på samme måte i LB-2019-76160, jf. "Lagmannsretten mener det er klart at A mangler samtykkekompetanse". I LG-2018-64339 kan samme rettsanvendelse påvises, jf. "Lagmannsretten finner det klart at A er uten samtykkekompetanse på grunn av hans psykiske lidelse", men i denne saken i kombinasjon med en gjengivelse av "åpenbart"-vilkåret som utgangspunkt for kompetansevurderingen. Det samme var tilfellet i LE-2017-157101, hvor det ble lagt til grunn at det var "klart at A ikke [hadde] samtykkekompetanse".

En naturlig språklig forståelse av begrepet "klart" tilsier at det henvises til en alminnelig sannsynlighetsovervekt. Som vist til i kapittel 4.4.1 ovenfor valgte departementet å gå bort fra Paulsrud-utvalgets forslag om "overveiende sannsynlig" som beviskrav under hensyn til at dette ville medføre en endring i rettsstilstanden.<sup>102</sup> I lys av dette gir lagmannsrettene gir uttrykk for å legge listen noe lavere i de ovennevnte sakene enn hva "åpenbart"-vilkåret gir anvisning på.

På den annen side kan uttalelsen i forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven tale for dette synspunktet, da uttalelsen om at "det skal [...] en del til" ikke nødvendigvis må tolkes for å være langt unna standarden "klart", og slik sett ramme denne graden av tvil.<sup>103</sup>

Ombudsmannens uttalelse trekker i motsatt retning. Ut ifra et fra det mer til det mindre-argument kan ikke begrepet "klart" aksepteres som presisering av beviskravet når ombudsmannen legger til grunn at det heller "ikke [er] tilstrekkelig med overveiende eller klar sannsynlighetsovervekt".<sup>104</sup> Med andre ord kan bruken av begrepet "klart" være egnet til å etterlate et inntrykk av en feilaktig rettsanvendelse, og videre at begrepet ikke kan likestilles eller sammenlignes med "åpenbart", i alle fall i juridisk sammenheng.

Et annet særtrekk som går igjen i lagmannsrettens avgjørelser er bruken av begreper som "utvilsomt" og "ikke tvilsomt", jf. henholdsvis LG-2018-145309 og LB-2018-168570. Også i

---

<sup>102</sup> Prop.147 L (2015-2016) s. 20.

<sup>103</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s. 133.

<sup>104</sup> SOM-2018-2278 s. 8.

disse tilfellene kan det stilles spørsmål ved hvor legger lagmannsretten listen for hvilken grad av tvil som vil måtte føre til at samtykkekompetansen anses for å være i behold.

I LG-2019-159979 legges det til grunn, under henvisning til ombudsmannens uttalelse i SOM-2018-2278, at vilkåret "gir anvisning på et svært strengt beviskrav for at samtykkekompetanse ikke foreligger". I subsumsjonen kommer lagmannsretten til at "det [er] *utvilsomt* at A mangler samtykkekompetanse til å treffe avgjørelse om psykisk helsehjelp" (min kursivering). Terskelen fastsettes tilsvarende i LB-2019-152106, jf. formuleringen "beviskravet er [...] svært strengt". Lagmannsretten baserer dette standpunktet på pasient- og brukerrettighetsloven, sammenholdt med ombudsmannens uttalelse i SOM-2018-2278. I lys av gjeldende rett kan det tas til orde for at begrepet "utvilsomt" i motsetning til begrepet "klart" i større grad kan anses for å være i tråd med de minimale kravene til tvil som "åpenbart"-kriteriet oppstiller.

Avgjørelsen i LG-2018-35336 er en særlig relevant avgjørelse å trekke frem i relasjon til beviskravet. Grunnen til dette er at avgjørelsen per dags dato er den eneste hvor pasienten blir ansett for å være samtykkekompetent under henvisning til beviskravet. Det kan dermed stilles spørsmål ved om det er forhold ved den rettslige vurderingen i denne saken som skiller seg ut fra øvrige saker.

Som grunnlag for konklusjonen ser lagmannsretten først hen til ordlyden, hvor det legges til grunn at "begrepet "åpenbart", viser at loven oppstiller et strengt beviskrav, og at det kreves noe mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt." At lagmannsretten tolker vilkåret som "noe mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt" kan i første omgang tyde på at listen legges for lavt sammenlignet med gjeldende rett. På den annen side underbygger lagmannsretten tolkningen med å vise til rundskriv IS-1/2017, hvor det heter at "siden beviskravet («åpenbart») er så høyt, vil mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, vurderes som samtykkekompetente". Til tross for at det kan påvises "klare holdepunkter for at A har redusert samtykkekompetanse" konkluderer lagmannsretten med at han har gjenvunnet denne som følge av god effekt av medikamenter.

Avgjørelsene som vist til ovenfor viser at lagmannsretten tolker beviskravet på flere ulike måter, og at hvilken grad av tvil som aksepteres i kompetansevurderingen tidvis er svært forskjellig.

## Avsluttende bemerkninger

I relasjon til sistnevnte vurdering vil det avslutningsvis bli gjort rede for rettspolitiske synspunkt ved rettstilstanden i relasjon til vurderingen av beviskravet for bortfalt samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven.

Som vist til i kapittel 4.5.1 kan det ut fra det samlede rettskildebildet legges til grunn en svært streng tolkning av beviskravet, om enn med noe usikkerhet. Spørsmålet om det er holdbart å basere kompetansevurderingen på et så strengt beviskrav de lege ferenda, har blitt drøftet av Paulsrud-utvalget i 2011 og senest av Tvangslovutvalget i 2019.

Paulsrud-utvalget tolker som nevnt vilkåret for å være "strengere enn [beviskravet] som gjelder i strafferetten". Utvalgets flertall ønsket å innføre den mildere standarden "overveiende sannsynlig" og begrunnet dette med "de velferdsmessige konsekvensene for pasienter som overveiende sannsynlig mangler kompetanse", men der forståelsesmangelen samtidig ikke når opp til den høye terskelen som vilkåret "åpenbart" representerer.<sup>105</sup> Slike velferdsmessige konsekvenser kan for eksempel være at omfanget av svingdør-pasienter øker fordi pasienter i perioder hvor de under (liten) tvil anses som beslutningskompetente står fritt til å nekte behandling. Dersom en alvorlig psykisk lidelse forblir ubehandlet *kan* dette føre til at tilstanden forverres i slik grad at samtykkekompetansen senere bortfaller. Behandling (under tvang) kan imidlertid ikke initieres før dette er et faktum.

Tvangslovutvalget peker på beviskravet er "eksplisitt streng[t]" sammenlignet med standarden det opereres med i andre land, men at dette kan ha vært en konsekvens av at lovgivers fokus var på retten til å samtykke til helsehjelp, ikke til å nekte.<sup>106</sup> Hvorvidt beviskravet var for strengt ble også vurdert, og den velferdsmessige problemstillingen ble samtidig anerkjent i den forbindelse. Utvalget kom likevel til at beviskravet, slik det er formulert i dag, opprettholdes. Begrunnelsen for dette var at beviskravet har funksjon som en "kraftfull motvekt mot utglidning", og kan anvendes som verktøy for å "en avstiving av den rettslige skjønnsutøvelsen "både hos helsepersonell og kontrollinstansene.<sup>107</sup> Med andre ord anses behovet for et strengt beviskrav å eksistere under hensyn til å hindre at tvangsinngrep tas for lett på, og da særlig i helsevesenet. På den annen side er et worst case-scenario, som pekt på av utvalget, at også pasienter som ønsker helsehjelp lettere blir ansett for å ikke være

---

<sup>105</sup> NOU 2011: 9 s. 155.

<sup>106</sup> NOU 2019: 14 s. 449.

<sup>107</sup> NOU 2019: 14 s. 449.

samtykkekompetente etter "åpenbart"-kravet. Hvor aktuell denne problemstillingen er i praksis er imidlertid usikkert.

# Kildeliste

## Lover

Lov 17. mai 1814 Kongeriket Norges Grunnlov

Lov 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern (opphevet)

Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

## Forarbeider

Ot.prp.nr. 11 (1998–1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevernloven (psykiatriloven)

Ot.prp.nr. 12 (1998–1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

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

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

Innst.147 L (2016–2017) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)

Prop.147 L (2015–2016) Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)

NOU 2019: 5 Ny forvaltningslov. Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven)

NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten

## **Rettsavgjørelser**

### Høyesterett

Rt. 1987 s. 1495

Rt. 1988 s. 634

Rt. 1993 s. 249

Rt. 1995 s. 530

Rt. 2001 s. 752

Rt. 2001 s. 1481

Rt. 2010 s. 612

Rt. 2014 s. 801

Rt. 2015 s. 913

HR-2016-1286-A

HR-2018-2204-A

HR-2019-728-U

### Lagmannsrett

LF-2017-39507

LE-2017-157101

LH-2017-179830

LG-2018-19912

LG-2018-35336

LF-2018-45574

LG-2018-64339

LF-2018-47287

LB-2018-90933

LA-2018-56215

LF-2018-101451



LG-2018-85750  
LF-2018-120767  
LG-2018-145309  
LB-2018-168570  
LB-2019-1930  
LB-2019-2163  
LG-2018-178964  
LH-2018-176325  
LG-2019-23757  
LB-2019-53902  
LB-2019-76160  
LB-2019-125216  
LB-2019-152106  
LG-2019-159979  
LG-2019-157711  
LB-2019-179751

### **Rundskriv og uttalelser**

Helsedirektoratet, Rundskriv IS-9/2012 *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*

Helsedirektoratet, Rundskriv IS-8/2015 *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*

Helsedirektoratet, Rundskriv IS-1/2017 *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*

Sivilombudsmannen, Uttalelse SOM-2018-2278 *Tvangsmedisinering – beviskravet for manglende samtykkekompetanse*

### **Kilder fra internett**

Helsedirektoratet, statistikk på forekomsten av tvungent psykisk helsevern fra 2015-2018. Tilgjengelig fra: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/8a2ef4bf-abad-4b65->

847e-3ce4b1750677?e=false&vo=viewonly (lest 12.05.20)

Helsedirektoratet, *Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017*, Rapport IS-2888, utgitt februar 2020. Tilgjengelig fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)