

# **Tvangsmedisinering i psykiatrien**

**Adgangen til tvangsmedisinering etter phlsvl. § 4-4**

**Kandidatnummer: 179670**

**Veileder: Bjørn Henning Østenstad**

Antall ord: 12 948



**JUS399 Masteroppgave**

**Det juridiske fakultet**

**UNIVERSITETET I BERGEN**

**08.12.13**

# Tvangsmedisinering i psykiatrien

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning	
1.1 Problemstilling.....	s. 4
1.2 Innledning.....	s.4
1.3 Effekt og bivirkninger av tvangsmedisinering.....	s.6
1.3.1 Effekt av tvangsmedisinering.....	s.6
1.3.2 Bivirkninger av tvangsmedisinering.....	s.7
1.4 Avgrensing.....	s.9
1.5 Metode.....	s.10
2. Tvangsmedisinering i psykiatrien	
2.1 Etske og rettslige dilemmaer.....	s.11
2.2 Verdier som ligger til grunn for bestemmelsene om samtykke.....	s.12
2.3 Brukererfaringer.....	s.14
2.4 Vilkår for samtykkekompetanse etter pasrl. § 4-3.....	s.20
2.4.1 Innledning.....	s.20
2.4.2 Bortfall av samtykkekompetansen etter pasrl. § 4-3.....	s.20
2.4.3 Pasientens forståelseevne.....	s.21
2.4.4 Informert samtykke.....	s.22
2.5 Psykisk helsevernloven.....	s.24
2.6 Tvangsmedisinering.....	s.31
2.7 Materielle vilkår etter phlsvl. § 4-4 .....	s.32
2.7.1 Faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis .....	s.32
2.7.2 Forutgående undersøkelse .....	s.32
2.7.3 «Frivillighet» .....	s.33
2.7.4 Minste inngreps prinsipp.....	s.34
2.7.5 Manglende samtykkekompetanse, vilkår for tvang etter pasrl.? .....	s.35
2.8 Alternative behandlingsmetoder .....	s.36
2.8.1 Brukerstyrte plasser for mennesker som er godt kjent av psykisk helsevern s.37	
2.8.2 Soteria House .....	s.38
2.8.3 Earth House .....	s.39
3. Oppsummering .....	s.41
4. Litteraturliste	
4.1 Lover .....	s.43
4.2 Konvensjoner .....	s.43
4.3 Forskrifter .....	s.43

4.4 Lovforarbeid .....	s.43
4.5 Dommer .....	s.44
4.6 Litteratur .....	s.44
4.7 Nettdokument .....	s.46

# 1 Innledning

## 1.1 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er «[b]ruk av tvangsmedisinering i det psykiske helsevernet». Fokuset vil her ligge på en rettsdogmatisk vinkling.

Oppgavens tittel tar sikte på å utdype i hvilken utstrekning helsepersonellet i det psykiske helsevernet har adgang til å utøve tvangsmedisinering ovenfor pasienter underlagt psykisk helsevern, og hvilke vilkår som må innfris for at det skal åpnes for tvangsmedisinering.

Videre vil det også behandles hvilke virkninger og bivirkninger tvangsmedisinering kan få for pasienten. Avslutningsvis vil det under punkt 2.8 kort redegjøres for noen alternative behandlingsformer som er utprøvd i Norge og utlandet.

## 1.2 Innledning

I vårt samfunn vil tvang innenfor det psykiske helsevernet begrunnes enten ut fra hensynet til individet eller ut fra hensynet til samfunnet, eller en tredjemann. Der lovgiver kommer til at de hensyn som vil bli ivaretatt ved bruk av tvang veier tyngre enn de hensyn som taler mot bruk av tvang, og det foreligger en hjemmel for å gjennomføre de ønskede tiltak, da vil det være tale om paternalisme.<sup>1</sup>

Dersom et inngrep begrunnes i hensynet til vedkommende eget beste, vil det foreligge en individuell paternalisme<sup>2</sup> og dersom et inngrep begrunnes i hensynet til omgivelsene vil det

---

<sup>1</sup> Kjønstad, A. (2005) s. 383

<sup>2</sup> Kjønstad, A. (2005) s. 420

foreligge en sosial paternalisme.<sup>3</sup> Psykisk helsevernloven åpner for alle nyansene av paternalisme.

Det kreves her hjemmel for inngrep i andres privatsfære. Dette blir understreket både av legalitetsprinsippet og i den Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen av 21.05.1999 nr 30. Retten enhver person har til personlig frihet fremgår av EMK art. 5.

Den personlige autonomi og selvbestemmelsesrett er svært sentrale verdier i vårt samfunn, og det vil være bred enighet om at dette er verdier som må ivaretas. Og det vil således være naturlig at det stilles strenge krav for inngrep i disse verdiene.<sup>4</sup>

Å tilstrebe at pasienten fortsatt besitter en evne til å fatte en beslutning er en viktig verdi, og således vil det ideelle være at pasienten får være med på å fatte avgjørelser angående egen helse. Videre fremgår det av pasrl. 4-1 at krav om samtykke er hovedregelen, og at eventuelle unntak fra denne må begrunnes med hjemmel i lov eller annet gyldig rettsgrunnlag.

Det som vil være fokus for oppgaven vil være de problemer som kan oppstå for pasienten ved tvangsmedisinering, slik som bivirkninger.

Tvangsmedisinering vil ofte være det inngrepet som vil bli oppfattet som det mest krenkende, i forhold til blant annet tvunget vern. Pasienten mister kontrollen og selvbestemmelsesretten over sin egen kropp, i tillegg til tanker og følelser. Her er det tale om et fysisk inngrep som gjerne vil oppfattes som svært krenkende for idividets personlige sfære.

Psykisk helsevern tilsier spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av personer på grunnlag av en psykisk lidelse, jf. phlsvl. § 1-2 første ledd, i tillegg til pleie og omsorg av personer med en psykisk lidelse. Phlsvl. regulerer både frivillig og tvunget psykisk helsevern. Den klare hovedregel er likevel at det skal foreligge frivillighet i form av et samtykke fra pasientens side.

---

<sup>3</sup> Kjønstad, A. (2005) s. 420

<sup>4</sup> Syse (2007) s.205

## 1.3 Effekt og bivirkninger av tvangsmedisinering

Antipsykotika vil ha både effekt og bivirkninger for pasientene, spørsmålet blir således om effekten vil veie opp for de bivirkninger som måtte oppstå for pasienten. I det følgende vil det kort redegjøres for de vanligste effekten og bivirkningene som oppstår ved bruk av antipsykotika.

### 1.3.1 Effekten av tvangsmedisinering

For å behandle psykiske lidelser, som schizofreni og andre langvarige psykiske lidelser, vil behandlingen alltid bestå av en kombinasjon av omfattende psykososiale tiltak, hvor forutsigbarhet, struktur og kontinuitet står sentralt. Flere psykososiale behandlingstiltak for pasienten og pasientens pårørende har en veldokumentert effekt ved at de bedrer langstidsforløpet og lindrer akutte episoder.<sup>5</sup>

Antipsykotika er de viktigste legemidlene i den medikamentelle behandlingen av schizofreni. Det som er den sentrale virkningsmekanismen i alle antipsykotika er at de hemmer/lammer den signalmekanismen mellom de ulike hjerneceller som skjer ved dopamin. En kan dele de generelle kliniske aspektene av antipsykotika i 5 komplekse og innbyrdes avhengige terapeutiske virkningskomponenter: uspesifikk sedativ virkning, spesifikk dempende virkning, antipsykotisk virkning, psykostimulerende og antidepressiv virkning.<sup>6</sup>

Den uspesifikke sedative virkningen er uspesifikk av den grunn at den ligner på tretthet, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, i tillegg til avspenning som man også vil se ved bruk av andre medikamenter. Denne effekten vil være sterkest i starten av behandlingen, og kan bli borte ettersom tiden går. Men for enkelte vil en økt tretthet og søvnbehov vare over lengre tid, og i noen tilfeller over flere år.<sup>7</sup> Et økt søvnbehov og tretthet kan for mange oppleves som en plagsom bivirkning, men er neppe svært forstyrrende for pasienten, så lenge medikamentet har den ønskede virkningen på psykosen.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> NOU 2011:9 s. 110

<sup>6</sup> Lingjærde, O. (2006)

<sup>7</sup> NOU 2011:9 s. 110

<sup>8</sup> NOU 2011:9 s. 110

Spesifikk dempende virkning er det som særpreger antipsykotika, og blir av Lingjærde<sup>9</sup> kalt for hypokinetisk-indifferent syndrom. Denne virkningen innebærer redusert driftsenergi, nedsatt spontan aktivitet, hemming av reaksjoner, i tillegg til en økning i likegyldighet ovenfor ytre stimuli, men det kan også forekomme en økning i likegyldighet i forhold til egne følelser og tanker. Pasientene blir med andre ord mindre urolige, opphissede og aggressive, og i større grad likegyldige i forhold til følelsesmessige stimuli.<sup>10</sup> Også her vil bivirkningen være av en plagsom karakter, men er neppe forstyrrende i den grad at en ønsker å avslutte behandlingen av den grunn.

Antipsykotisk virkning tilsier at hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og/eller vrangforestillinger kan bli dempet eller fjernet. En slik virkning vil komme sakte, og vil ikke nødvendigvis ha en sammenheng med hvilken grad av de spesifikke og uspesifikke dempende effektene man ønsker oppstår i. Disse virkningene kan komme i løpet av dager, eller i løpet av uker eller måneder. Dette kommer an på i hvilken grad pasientens psykose er kronisk eller ikke.<sup>11</sup> Her er det tale om virkninger i form av demping eller fjerning av hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og/eller vrangforestillinger. Dette vil som oftest være virkninger som er ønskelige fra pasienten og helsepersonellet.<sup>12</sup>

Psykostimulerende virkning vil som oftest oppstå blant pasienter som er preget av negative symptomer, slik som autisme, apati, kognitiv svikt etc.<sup>13</sup>

Antidepressiv virkning kan en finne hos andregenerasjons antipsykotika, og denne kan ha en positiv effekt på depressive symptomer som for eksempel oppstår ved schizofreni. I de tilfeller hvor pasienten har en psykotisk depresjon vil det bli gitt antipsykotika i tillegg til antidepressiva.<sup>14</sup>

### 1.3.2 Bivirkninger av tvangsmedisinering

---

<sup>9</sup> Lingjærde, O. (2006)

<sup>10</sup> NOU 2011:9 s. 110

<sup>11</sup> NOU 2011:9 s. 110

<sup>12</sup> NOU 2011:9 s. 110

<sup>13</sup> NOU 2011:9 s. 110

<sup>14</sup> NOU 2011:9 s. 110

Bivirkninger som følge av bruk av antipsykotika kan være mange og alvorlige. De viktigste bivirkningene av antipsykotika er psykiske, metabolske og motoriske bivirkninger.

Om psykiske bivirkninger er det uttalt i NOU 2011:9 s. 113 at;

*«[a]lle antipsykotiske midler kan gjøre pasienten sløv, uopplagt og apatisk, særlig ved høy dose eller langvarig bruk. Økt ro og likegyldighet overfor en u håndterlig psykisk krise er en ønsket virkning, men den samme likegyldigheten er ofte uønsket i andre henseender. Også positive og motiverende følelser, som glede, entusiasme, sympati og seksuell lyst kan bli dempet. Det kan være vanskelig å skille disse bivirkningene fra grunnlidelsen, særlig dersom det oppstår likegyldighet overfor avflatningen av følelsene. Å trappe ned eller slutte med antipsykotika er et vanlig mottiltak mot likegyldighet. Det ser ut som om fast bruk av førstegenerasjons antipsykotiske midler i vedlikeholdsbehandlingen av bipolare lidelser er forbundet med høyere forekomst av depressive episoder enn det man ser ved placebo.»<sup>15</sup>*

Om metabolske bivirkninger er det uttalt i NOU 2011:9 s. 114 at;

*«[a]lle antipsykotiske midler, men framfor alle olanzapin og klozapin, er forbundet med risiko for vektøkning, glukoseintoleranse og forhøyet nivå av kolesterol og triglyserider i serum (metabolsk syndrom). Disse bivirkningene kan gjøre seg gjeldende etter noen få uker og blir som oftest et økende problem gjennom det første året man tar medisinen. Etter dette pleier i alle fall vektøkningen å stabilisere seg. Disse bivirkningene øker faren for å utvikle diabetes og hjertesykdom og kan være til hinder for fortsatt bruk av midlene. Noen midler gir forhøyet nivå av prolaktin i blodet med risiko for konsekvenser som melkesekresjon, bortfall av menstruasjon og nedsatt seksuell interesse.»<sup>16</sup>*

Om metabolske bivirkninger er det uttalt i NOU 2011:9 s. 114 at;

*«Antipsykotiske midler kan gi motoriske bivirkninger, såkalte ekstrapyramidale symptomer. Faren for slike bivirkninger varierer mellom de ulike preparatene. De kan komme i form av akutte dystonier, der pasienten får ukontrollerte muskelvridninger, oftest i hals eller ansikt. Dette oppleves som skremmende, men går over av seg selv dersom man ikke tar mer medisin. Vanligere er det med lavgradige, men langvarige bivirkninger i form av parkinsonisme – symptomer som minner om dem man ser ved Parkinsons sykdom. Pasienten kan få stive muskler og ledd, skjelving, lite mimikk, sikling og vansker med å starte*

---

<sup>15</sup> Ahlfors UG, Baastrup PC, Dencker SJ, Elgen K, Lingjaerde O, Pedersen V, Schou M, Aaskoven O (1981). S.169 – 171

<sup>16</sup> NOU 2011:9 s. 114



*bevegelser. Endret bevegelsesmønster bidrar til at personen blir iøynefallende annerledes. Disse bivirkningene er som oftest doseavhengige og vil minke om dosen blir redusert.*

*Ukontrollerte bevegelser kan være varige bivirkninger og oppstår etter lengre tids bruk av antipsykotiske midler. De blir kalt tardive dyskinesier. De kan være svært skjemmende, og vanlige utslag er smatting, at en rekker tunge eller får kraftige tyggebevegelser. Det er usikkert hvor hyppig dette forekommer, og mye tyder på at problemet er avhengig av hvilket preparat man bruker, hvor lenge man tar det og hvor høy dose man bruker.»<sup>17</sup>*

Som en ser av uttalelsene her kan bivirkningene være mange og svært alvorlige, og disse vil utvilsomt påvirke livet og hverdagen til pasientene. Og ikke minst virke hemmende i flere situasjoner. Pasienten kan av den grunn oppleve større ubehag og ekskludering fra samfunnet som følge av bivirkninger, enn hva han/hun har opplevd som følge av den psykiske lidelsen. Spørsmålet som da reises er hvorvidt en eventuell bedring vil veie opp for disse bivirkningene, og om lidelsen i utgangspunktet er så belastende for pasienten at å holden den i sjakk vil veie opp for de bivirkninger som kan forekomme.

#### 1.4 Avgrensing

I denne oppgaven vil fokuset ligge på tvangsmedisinering etter phlsvl. § 4-4, og det vil således avgrenses mot tvangsinnleggelse, tvungen observasjon og «uformell tvang». Det er de materielle bestemmelsene som her er tema, og de prosessuelle vilkårene faller således utenfor oppgavens tema.

«Tvangsmedisinering» betyr at «[p]asienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke», jf. phlsvl. § 4-4 fjerde ledd. Denne typen «legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. I følge phlsvl. §4-4 annet ledd bokstav a kan legemiddelbehandling bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.»

---

<sup>17</sup> NOU 2011:9 s. 114

For pasienter som er underlagt tvangsmedisinering kan denne behandlingen bli opplevd som et større inngrep enn hva frihetsberøvelse i en institusjon oppleves som. Dette vil oppgaven gå nærmere inn på.

## 1.5 Metode

Ved tolkningen og anvendelsen av bestemmelsene som omhandler bestemmelsene for det psykiske helsevernet står de forvaltningsrettslige prinsippene, herunder legalitetsprinsippet, sentralt.<sup>18</sup> Drøftelsene vil av den grunn ta utgangspunkt i lov og forskrift, med et videre fokus på lovforarbeider og rettspraksis.

Der det er tale om offentlige inngrep ovenfor enkeltpersoner og, eller, grupper, vil de internasjonale menneskerettighetene ha betydelig rettslig betydning. Ved vedtakelsen av psykisk helsevernloven, herunder phlsvl. §4-4, er det tatt hensyn til disse forpliktelsene, og det forutsettes av den grunn at disse forpliktelsene ligger til grunn for bestemmelsene om tvungen behandling. Nettopp av denne grunn vil ikke de internasjonale menneskerettighetene bli drøftet selvstendig i denne oppgaven, i tilknytning til de problemstillingene som phlsvl. §4-4 reiser.

I det oppgaven behandler vilkårene for tvangsmedisinering etter norsk rett, vil kildene i hovedsak være nasjonale. Vilårene for behandling etter phlsvl. §4-4 er ikke behandlet mye i Høyesterett, da de fleste av sakene behandles etter phlsvl. §3-3. Men i enkelte saker er virkningene av antipsykotisk medikament et tema indirekte. Blant annet ved krav om utskrivning fra tvunget vern og vurderingen om det er den «klart beste løsning[en]»jf. phlsvl. § 3-3 nr.6. Der rettspraksis knyttet til phlsvl. § 3-3 kan kaste lys over vilårene i phlsvl. § 4-4 vil denne praksisen bli behandlet videre i oppgaven. I litteraturen er heller ikke bestemmelsen behandlet i stor grad, noe som vesentlig har snevret inn kildekretsen.

Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (heretter pasrl.), nærmere bestemt bestemmelsene i kapittel 4 og 4A, vil bli brukt som bakgrunnsrett. Hovedfokuset vil ligge på Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr 62 (heretter phlsvl.), § 4-4.

---

<sup>18</sup> Kjønstad, A. og Syse, A. (2005) s.389

## 2 Tvangsmedisinering i psykiatrien

### 2.1 Etske og rettslige dilemmaer

Å yte helsehjelp og omsorg til personer som ikke ønsker dette, og som motsetter seg hjelpen og omsorgen vil reise problemstillinger, både etiske og juridiske. Prinsippet om det ukrenkelige menneskeverdet har sitt utspring i en lang historisk tradisjon, og er blitt videreutviklet av naturrettens filosofer, slik som Voltaire og Locke på 1700-tallet.<sup>19</sup>

Prinsippet om det ukrenkelige menneskeverdet er også et sentralt prinsipp i helseretten, og dette begrenser mellom annet myndighetenes adgang til å foreta inngrep i personers rettsfære. Et utslag av dette prinsippet er prinsippet om respekt for den enkeltes personens integritet. Denne integriteten er et uttrykk for den retten som bor i alle personer til å ha en egen privat sfære, og til å bli respektert for de vurderinger og ønsker som de uttrykker, selv om de ikke besitter evnen til å ta rasjonelle valg.<sup>20</sup>

For at de offentlige myndigheter skal kunne gripe inn i enkeltpersoners rettsfære oppstiller det ulovfestede legalitetsprinsippet et krav om at det må foreligge hjemmel i lov.<sup>21</sup> Dette understrekes også av phlsvl. § 4-2 første ledd der det blir slått fast at «[r]estriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige». Men legalitetsprinsippet viser også til at enkeltindividets selvbestemmelsesrett ikke er absolutt, i den forstand at denne retten kan begrenses med et gyldig rettsgrunnlag, jf. pasrl. § 4-1 første ledd. Phlsvl. § 4-4 oppstiller et slikt grunnlag for å kunne gripe inn i personens rettsfære, for å yte helsehjelp eller omsorg, uten samtykke.

Da phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 3 oppstiller hjemmel for bruk av tvang ovenfor personer med «alvorlig sinnslidelse» har lovgiver valgt å frata disse personene selvbestemmelsesretten i enkelte tilfeller der det gjelder deres liv og helse. Spørsmålet blir da hva det er som legitimerer dette innhugget i enkeltindividets selvbestemmelsesrett.

---

<sup>19</sup> NOU 2004:18 s.51

<sup>20</sup> NOU 2004:18 s.51

<sup>21</sup> Kjønstad, A. og Syse, A. (2005) s.389

Sykdomsbildet til personer med en «alvorlig sinnslidelse» kjennetegnes ved at det kan foreligge en kognitiv svikt i funksjonsevnen. Slik som schizofreni, depresjon etc. Som en følge av at pasienten har en slik lidelse vil han/hun ikke nødvendigvis oppfatte hvilken risiko det vil være å ikke motta helsehjelp, og denne motstanden kan skyldes manglende innsikt i hans/hennes eget sykdomsbilde. Det etiske dilemmaet som da oppstår er om en skal velge å unnlate å gi nødvendig helsehjelp til personer som behøver det, eller om en skal frata dem retten til å nekte å ta imot helsehjelp.

Prinsippet om det ukrenkelige menneskeverdet og enkeltindividets selvbestemmelsesrett gjelder for alle personer, også de med en «alvorlig sinnslidelse». De vil som alle andre ha rett til i utgangspunktet å bestemme over sitt eget liv og helse. Dette prinsippet vil i utgangspunktet tale imot tvang, men på den annen side kan respekten for menneskeverdet opptre som et argument for å frata en pasient deres nektingsrett. Dette på grunnlag av at pasienten ikke selv ser hvordan den «alvorlig[e] sinnslidelse[n]» påvirker hans/hennes helse. Og i andre tilfeller kan det være andre hensyn som gjør seg gjeldende, slik som hensyn til samfunnet forøvrig, både når det gjelder helse og sikkerhet.

Manglende innsikt vil ikke alltid være tilstrekkelig for å kunne legitimitere inngrep i pasientens rettsfære, den manglende innsikten må være kvalifisert, og phlsvl. § 4-4 oppstiller et krav om pasienten må mangle samtykkekompetanse. Det aktuelle inngrepet må videre være «undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis», jf. phlsvl. § 4-4 første ledd.

Den spenningen som oppstår mellom pasientens selvbestemmelsesrett og hensyn til samfunnet øvrig, vil være konstant, og det vil av denne grunn være viktig at lovgiver og rettsanvender er bevisst på denne konflikten. Der det blir lagt for stor vekt på selvbestemmelsesretten vil pasienter som rent objektivt har behov for nødvendig helsehjelp ikke motta dette. Og der det legges for stor vekt på andre hensyn, slik som hensyn til samfunnet, både når det gjelder helse og sikkerhet, kan dette føre til at tvang benyttes i større grad enn hva som strengt tatt er nødvendig.

## 2.2 Verdier som ligger til grunn for bestemmelsene om samtykke

En klar hovedregel om krav til samtykke ved helsehjelp fremgår av pasrl. kap 4. Det fremgår tydelig av pasrl. § 4-1 at helsehjelp kan «bare gis med pasientens samtykke», men denne

bestemmelsen åpner også for unntak som fremgår av særlovgivningen, herunder feks. Psykisk helsevernloven.

Adgangen til å kunne samtykke til helsehjelp for pasienten er forankret i hvert enkelt individ sin autonomi eller selvbestemmelsesrett om man vil. Autonomi, frihet og verdighet for det enkelte individ er en overordnet verdi i vårt samfunn, og disse verdiene er forankret i Den Europeiske Menneskerettskonvensjon (EMK). EMK art 5 omtaler individets rett til frihet og sikkerhet, og viser til at den personlige frihet ligger i kjernen av de interesser som har beskyttelse etter EMK. Dette blir også underbygget av det internrettslige legalitetsprinsipp. Med andre ord kreves det en lovhjemmel for at en skal kunne foreta en innskrenking i denne rettigheten.

EMK art. 8 annet ledd åpner imidlertid for tvangsbehandling så lenge den har hjemmel i lov og er nødvendig i et demokratisk samfunn for å verne innbyggernes helse. Det fremgår av EMK art 8 annet ledd at "[t]here shall be no interference by a public authority with the exercise of this right except such as is in accordance with the law and is necessary in a democratic society in the interests [...] for the protection of health or morals".

Utgangspunktet er derfor at ethvert menneske selv har full bestemmelsesrett over dets eget liv, helse og frihet. Videre tilsier legalitetsprinsippet at ethvert inngrep i en persons rettssfære og integritet krever et gyldig rettsgrunnlag.<sup>22</sup> Dette er i tillegg også lovfestet i pasrl. §4-1, hvor det kreves samtykke for å kunne gi pasienten «helsehjelp», med unntak av de tilfeller der helsehjelpen er «påtrengende nødvendig», jf. Lov om helsepersonell av 02. juli 1999 nr. 64 (heretter hlspl.).

Definisjonen av «helsehjelp» finner vi i pasrl. § 1-3 bokstav c «handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell».

Krav om samtykke fra pasientens side tilsier at helsepersonellet viser en respekt for pasientens integritet og menneskeverd. På samme tid vil en pasient som viser vilje og motivasjon gjennom et samtykke, kunne oppleve større tillit og et bedre samarbeid med helsepersonellet, noe som i sin tur kan resultere i en bedring for pasienten, pasienten kan således få en bedre behandlingsopplevelse. Kravet til samtykke kan således sies å ha en etisk

---

<sup>22</sup> Kjønstad, A., Syse, A. (2005) s. 389

og helsefaglig begrunnelse<sup>23</sup>. Dette er fordeler som oppstår der en oppstiller et samtykkekrav, pasienten føler seg nærmere og tryggere på helsepersonellet, og samarbeidet kan av den grunn bli bedre.

For at et samtykke skal kunne legges til grunn må det være gyldig, jf. pasrl. § 4-1 første ledd. For det første må pasienten være samtykkekompetent, jf. «[h]elsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke», jf. pasrl. § 4-1 første ledd, videre vil samtykket bare være gyldig så lenge pasienten har mottatt «nødvendig informasjon om sin helsetilstand» og blitt informert om «innholdet i helsehjelpen», jf. pasrl. § 4-1 første ledd annet punktum. Videre må samtykket være frivillig, og ikke fremtvunget.

### 2.3 Brukererfaringer

Brukererfaringer blir her tatt med på grunn av deres sammenheng med det verdimeslige. Ut ifra selvbestemmelsesretten er det viktig ved utformingen av lovverket og i praksis å høre på brukererfaringene og hvordan brukerne har opplevd tvangen.

Erfaringer fra brukerne kan en samle inn ved innhenting av tale eller skrift, og i noen tilfeller kan det også være tale om fortellinger som viser til hvordan pasientene har erfart og vurdert den hjelpen de har mottatt fra det psykiske helsevernet. Det kan også benyttes spørreskjema for å systematisere pasientene sine opplevelser av tvang<sup>24</sup>.

Innenfor kunnskapsfeltet psykisk helse er brukernes erfaringskunnskap tradisjonelt lite vektlagt. Dette kan være fordi lovgivningen og faglitteratur vektlegger sykdomssynet, og at den psykiske lidelsen i all hovedsak blir ansett som å være en sykdom eller en dysfunksjon i hjernen<sup>25</sup>.

I det følgende vil det kort redegjøres kort for noe av den kunnskapen som finnes om brukererfaringer i Norge, med utgangspunkt i NOU 2011:9 kapittel 10.

---

<sup>23</sup> Ot.prp. 12 (1998-99) s. 80

<sup>24</sup> NOU 2011:9 s. 121 avsnitt 10.4

<sup>25</sup> NOU 2011:9 s. 121

Det ble gjennomført pasienttelling i 2003 og 2007, disse gjennomføres hver fjerde til femte, ble det også utlevert spørreskjema til de som var innlagt for døgntilbud i psykisk helsevern på registreringsdagen. Her har bare hver fjerde pasient som er underlagt tidsubestemt tvangsinnleggelse har besvart undersøkelsen, mens blant de frivillige innlagte er det større respons<sup>26</sup>. Selv om det kun er hver fjerde som har besvart undersøkelsen blant pasienter underlagt tidsubestemt tvangsinnleggelse, er dette likevel et stort materiale i det at det foreligger spørreskjemabesvarelser fra mer enn 200 personer som mener de er formelt tvangsinnlagt og over 300 personer som ikke ønsket innleggelse (dette tilsvarer 17 prosent av respondentene)<sup>27</sup>.

En slik undersøkelse kan vise hvordan pasienter som er underlagt døgntilbud i psykisk helsevern på denne aktuelle dagen, svarer på undersøkelsen om behandlingen. Denne rapporten viser få og små endringer mellom 2003 og 2007, og av den grunn kan en tillegge større tillit til de funnene som her er blitt gjort<sup>28</sup>.

De pasientene som er innlagt for første gang ser på innleggelsen som frivillig i større grad enn pasienter som har vært innlagt en eller flere ganger tidligere<sup>29</sup>.

Det at en pasient har flere innleggelse bak seg kan være en indikasjon på at det foreligger en alvorlig lidelse, eller det kan være en indikasjon på at behandlingen ikke har vært like vellykket som ønsket. På grunn av dette er det ikke uventet at det er færre av de pasientene som har vært innlagt tidligere opplever innleggelsen som frivillig. Samtidig kan en se en trend i den retning at de som har vært innlagt tidligere aksepterer dette og ønsker en ny innleggelse ved en eventuelt ny krise<sup>30</sup>. Da oppgavens tema er tvangsmedisinering, vil nettopp tvangsmedisinering være fokuset her.

Det blir i NOU 2011:9 s. 123 avsnitt 10.4.2 uttalt at:

*«I tillegg til å finne tall på hvor mange innlagte som opplever uønsket behandling eller krenkelser, finnes også forskning og andre vitnesbyrd om hvordan enkelte opplever å være underlagt tvang i psykisk helsevern. Dybdeintervju, skriftlige fritekstsvare og andre kvalitative metoder kan være egnet til å si noe om hvordan tvang kan oppleves og hvilken betydning tvang kan ha for enkelte personer. Innholdsrike beskrivelser av tvang i psykisk helsevern finnes også i ulike enkeltberetninger. En del slik kvalitativ kunnskap er tatt med, ikke for å*

---

<sup>26</sup> NOU 2011:9 s. 121

<sup>27</sup> Bjerkan, AM., Pedersen, PB., Lilleng, S. SINTEF Teknologi og samfunn: Rapport 4/09

<sup>28</sup> NOU 2011:9 s.121

<sup>29</sup> Bjerkan, AM., Pedersen, PB., Lilleng, S. SINTEF Teknologi og samfunn: Rapport 4/09 s.139

<sup>30</sup> NOU 2011:9 s.121

*beskrive at det er slik det er, men for at vise at slik kan det også være. Kunnskap av hvordan tvang oppleves av noen, er relevant kunnskap for hvordan bestemmelser om tvang bør være. Ettersom det har blitt lagt større vekt på brukermedvirkning i helsetjenesten, har det også utviklet seg et syn på at brukerkompetanse og brukervurderinger er kompetanse og kunnskap som må være en del av premissene for hvordan helsetjenester skal lovreguleres, utformes og gis til den enkelte.»<sup>31</sup>*

Slik det fremgår av beskrivelsen av antipsykotika, under punkt 1.3.1, vil bruken av disse oppleves ulikt fra bruker til bruker.

I NOU 2011:9 s. 125 avsnitt 10.4.5 blir det referert til Arnhild Lauveng som beskrev sin erfaring slik;

*«Følelsen av å bli gitt medikamenter så jeg mistet kontrollen over egne tanker, min egen hjerne, var forferdelig. Å ta medikamenter frivillig for å få litt fred, er noe helt annet».<sup>32</sup>*

Videre blir det i NOU 2011:9 s. 125-126 avsnitt 10.4.5 vist til resultater og tilbakemeldinger fra en undersøkelse som samlet pasienterfaringer fra [www.askapatient.com](http://www.askapatient.com).

*«De som beskrev hvordan medikamentene hjalp dem, la særlig vekt på trøtthetsvirkningen. En del utsagn beskrev oppstemthet eller behagelig avslapning. Roligere humør og bremsing av tankeprosessene var nyttig for noen. Andre hadde nytte av redusert intensitet og påvirkning av psykotiske symptomer og reduksjon av uønskede tanker. Eksempler på slike responser var: «Medikamentet reddet livet mitt ved å gi meg søvn, slik at nervesystemet mitt fikk hvile». «Hjerneaktiviteten ble redusert, bremsset ned tankestoffet». Risperidon «dempet intensiteten av indre stemmer», eller medikamentet «stopper de negative tankene mine og følelsene som blir sterkere og overvelder meg». Flere forteller om tap av interesse sammen med positive effekter: «Selv om jeg følte meg veldig bra, følte det som om jeg hadde absolutt ingenting å snakke om». Risperidon « reduserte de overdrevne bekymringene mine, men nå ser jeg ikke ut til å bry meg noe særlig om noe som helst lenger». Dette viser at positive og negative virkninger og positive og negative aspekter av samme virkning kan være tilstede hos samme pasient.»<sup>33</sup>*

---

<sup>31</sup> NOU 2011:9 s.123

<sup>32</sup> NOU 2011:9 s.125

<sup>33</sup> NOU 2011:9 s. 125-126



At opplevelsene rundt dette varierer fra pasient til pasient vises det til i en oppsummeringsartikkel om tvangsmedisinering, og sinne, redsel og hjelpeløshet var vanlige følelser overfor tvangsmedisineringen<sup>34</sup>. Enkelte uttrykker også en bekymring for at medikamentene er giftige<sup>35</sup>.

At tvangsmedisinering innebærer en sterkt integritetskrenkelse for mange pasienter, og at det ble overvurdert av sykepleierne hvor mange pasienter som aksepterte tvangsmedisineringen i ettertid, ble bekreftet av en svensk undersøkelse av Haglund, K., Von Knorring, L., Von Essen, L. Pasientene vurderte selv, i motsetning til sykepleierne, at det fantes flere alternativer til tvangsmedisinering<sup>36</sup>.

Det er kommet erfaringskunnskap om behovet for tvangsmedisinering og behovet for det fra utvalgets medlemmer. Dette utsagnet gjenspeiler den erfaringen flere pårørende sitter igjen med;

*«Han ble skrevet ut fra sykehuset, han ville ikke bruke medisiner, og når de fjernet tvangen, sluttet han med dem. Da ble han syk igjen etter kort tid.» (NOU 2011:9 s.126)*

Det er en del opplevelser og erfaringer fra enkelte brukere som er svært negative, både i forhold til virkningen av medikamentene og omstendighetene rundt bruken av disse.

Kogstads<sup>37</sup> materiale har blant annet disse beskrivelsene av erfaringer med medikamentell behandling<sup>38</sup>;

*«Jeg måtte ta noen medisiner som fikk meg til å kaste opp minst to ganger i uka. Jeg sa til dem at det var på grunn av medisinerne, men de lyttet ikke til meg. Jeg måtte bruke*

---

<sup>34</sup> NOU 2011:9 s.125

<sup>35</sup> Jarrett M, Bowers L, Simpson A. (2008), s.538 – 548

<sup>36</sup> Haglund, K., Von Knorring, L., Von Essen, L. (2003). s. 65 – 72

<sup>37</sup> Kogstad, R. (2011)

<sup>38</sup> NOU 2011:9 s. 127

*medisinene i fire år. Det ble stoppet da enda flere bivirkninger dukket opp. Da sluttet jeg også å kaste opp. Mye smerte kunne vært unngått om de hadde lyttet til meg»<sup>39</sup>.*

Medlemmer i utvalget formidlet også ikke-publiserte erfaringer slik som;

*«Bivirkning av medisiner fører til sterk overvekt, håravfall og at tennene løsner. Jeg har lagt på meg nesten 40 kilo i de årene jeg har mottatt medikamentell behandling»<sup>40</sup>.*

*«Det å få diagnosen (...) virker på mange måter som å få en dødsdom. Jeg har opplevd å bli umyndiggjort, devaluert og utstøtt fordi jeg har fått et psykiatrisk stempel det ikke er mulig å komme unna. Behandlingen jeg får på akuttavdelingen, opplever jeg som krenkende og ødeleggende. Det er en krevende oppgave å medisinere bort min vilje og overbevisning, for jeg er ekstremt sta. Siden mine behandlere tror at det er jeg som har en vrangforestilling, velger de å bruke tvang for å behandle meg etter sin egen sykdomsforståelse og definisjon».<sup>41</sup>*

*«Nå opplever jeg at den medikamentelle behandlingen på akuttavdelingen blir uutholdelig, nesten som tortur».<sup>42</sup>*

*«Så ble jeg tvangsmedisinert. Med sprøyte. Ikke lenge etter fikk jeg fysiske bivirkninger i form av hjerteflimmer og vann i lungene. Jeg fikk også et epileptisk anfall med besvimelse og kramper. Da bestemte jeg meg for at jeg måtte prøve å spytte ut noen av pillene igjen ellers ville «behandlingen» denne gangen trolig ta livet av meg. Jeg sendte selvfølgelig inn en skriftlig klage til kontrollkommisjonen, med anke videre til Fylkeslegen, men disse instansene har større tillit til behandlende lege enn de har til meg, så jeg fikk avslag»<sup>43</sup>.*

I en norsk rapport fra 2006 er en sterk negativ vurdering fra en pårørende gjengitt<sup>44</sup>;

---

<sup>39</sup> Kogstad, R. (2011)

<sup>40</sup> NOU 2011:9 s.127

<sup>41</sup> NOU 2011:9 s.127

<sup>42</sup> NOU 2011:9 s.127

<sup>43</sup> NOU 2011:9 s.127

<sup>44</sup> NOU 2011:9 s.127

*«Mange av disse pasientene er ikke så veldig syke i utgangspunktet, men blir sykere av den behandlingen de får i dette systemet, som består av giftige piller, tvang og stigmatiserende diagnoser. Den første tvangsinnleggelsen blir som regel ikke den siste. Pasientene kommer inn i en ond sirkel av fortvilelse, hjelpeløshet og håpløshet. Og blir møtt med mer giftige kjemikalier og tvang»<sup>45</sup>.*

Disse vurderingene er eksempler på hvor sterkt enkelte som har hatt negative erfaringer med psykisk helsevern kan oppleve tvangsmedisinering og bruken av antipsykotika. Dette vil ikke være representative erfaringer, men det vil trolig være en kilde til enkelte deler av den polariserte debatten som pågår om behandlingstvilkåret. Disse erfaringene som her er blitt uttrykt kan ikke oppveies av like mange, eller flere, positive erfaringer. Lovgiver og helsetjenesten må gjøre det de kan for å redusere, og aller helst, fjerne grunnlaget for at slike opplevelser oppstår av hensyn til de brukerne det angår. Dette vil være ett av flere hensyn som må vurderes for å få til en endring<sup>46</sup>.

Disse erfaringene med antipsykotika viser at det handler om mer enn ønskede og uønskede virkninger av medikamenter. Antipsykotiske medikamenter blir tatt i en konkret livssituasjon der en opplever makt og avmakt, og det er andre helsespørsmål, tap av autonomi og minskede valgmuligheter grunnet psykisk lidelse og behandling, som vil påvirke situasjonen<sup>47</sup>.

Videre blir det uttalt i NOU 2011:9 s.128 at:

*«En del mennesker med alvorlig psykisk lidelse er uenig i at psykofarmaka skal ha en så sentral plass i psykisk helsevern. Når pasienten ikke selv har rett til å trekke seg eller oppsøke annen hjelp, innebærer dette en risiko for at svakt skjønn, feilvurderinger eller feil diagnose oftere får større og mer langsiktige konsekvenser enn det ville fått innen andre deler av helsetjenesten, der pasienten kan trekke seg fra behandlingen dersom bivirkningene overskygger positive virkninger.»<sup>48</sup>*

---

<sup>45</sup> Pedersen, K.L. (2006)

<sup>46</sup> NOU 2011:9 s.127

<sup>47</sup> NOU 2011:9 s.128

<sup>48</sup> NOU 2011:9 s.128

## 2.4 Vilkår for samtykkekompetanse etter pasrl. § 4-3

### 2.4.1 Innledning

For at det skal la seg gjøre å basere helsehjelpen på pasientens samtykke må det foretas en konkret vurdering for å kunne fastslå hvorvidt pasienten har tilstrekkelig kompetanse til å kunne fatte et vedtak angående den aktuelle bestemmelsen.

Formell samtykkekompetanse er noe som alle personer over 16 år har, såfremt de ikke er umyndiggjort, jf. pasrl. § 4-3 første ledd bokstav a og b. Det som her reguleres er hvorvidt pasienten besitter tilstrekkelig kompetanse til å kunne fatte et vedtak angående den aktuelle bestemmelsen.

### 2.4.2 Bortfall av samtykkekompetansen etter pasrl. § 4-3

For at det skal foreligge et gyldig samtykke forutsettes det ikke bare at pasienten har formell kompetanse, men pasienten må også være i stand til å reelt innse og forstå innholdet i samtykket, og de konsekvenser som kan utløses av de ulike handlingsvalg som blir gjort. Pasrl. § 4-3 annet ledd åpner med dette som bakgrunn for at «[s]amtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser [...] åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.»

Det er vilkåret «psykisk forstyrrelse[...]» som vil være det vesentlige i den videre fremstillingen av oppgaven.

Her vil det i hvert tilfelle måtte foretas en konkret helhetsvurdering hvor tiltakets art, de ytre omstendigheter og pasientens kompetanse til å forstå situasjonen og å fatte en avgjørelse må vurderes. I tillegg må helsepersonellet i disse tilfellene foreta en vurdering av hva som faglig vil være forsvarlig i tråd med helsepersonelloven (heretter hlspl.) § 4.

Siden en persons evne til å ta avgjørelser angående egen helse kan variere i ulike situasjoner, og i forhold til hvilket tiltak det er tale om, fremgår det av pasrl. § 4-3 annet ledd at det for å bli fratatt samtykkekompetansen ikke er tilstrekkelig med enhver reduksjon i

forståelsesevnen, jf. lovteksten. «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser [...] åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.» Det må her være åpenbart at pasienten er ute av stand til å fatte begrunnelsen for den helsehjelp samtykket gjelder, og hva samtykket vil innebære, dette vil tilsi «tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen»<sup>49</sup>. Det vil derfor foreligge en meget høy terskel for å kunne anse kompetansen som bortfalt, både helt og delvis. Dette tilsier at i de tilfeller det skulle foreligge noe som helst tvil om pasientens forståelsesevne, så skal pasienten regnes for å ha samtykkekompetanse, og skulle pasienten vise motstand mot helsehjelpen så må denne motstanden respekteres. Det vil senere i oppgaven drøftes hvorvidt retten til å samtykke for pasienten blir motsvart med en rett til å nektefor den som er samtykkekompetent.

### 2.4.3 Pasientens forståelsesevne

For å kunne vurdere hvorvidt en person har samtykkekompetanse må en derfor vurdere personens forståelsesevne. I en del tilfeller vil det være opplagt at det foreligger manglende forståelsesevne, dette for eksempel i de tilfeller det er tale om bevisstløse eller komatøse pasienter. I andre tilfeller kan det være mer usikkert, og det må da foretas en konkret vurdering. Her er det i første rekke viktig å få klarlagt hva det er pasienten skal ha forståelse om. Dersom en legger ordlyden i pasrl. § 4-3 annet ledd til grunn kreves det at pasienten har en forståelse av «hva samtykket omfatter».

Dette er i forarbeidene blitt presisert med at pasienten må ha en forståelse av «begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt» i tillegg til «tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen»<sup>50</sup>. Det vil også forutsettes at pasienten har en noenlunde forståelse av helsetilstanden sin for å også kunne forstå begrunnelsen for helsehjelpen. Men om pasienten har en redusert innsikt i sin egen helsetilstand så behøver ikke dette å tilsi at pasienten ikke i tilstrekkelig grad vil forstå begrunnelsen for helsehjelpen, eller de nærmere implikasjoner av denne. Derfor vil det ikke være noe automatikk eller rettslig påkrevd at det foreligger et samsvar mellom pasientens samtykkekompetanse og dens innsikt i egen helsetilstand.

---

<sup>49</sup> Ot. prp. (1998-99) s. 133

<sup>50</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 133

For at en pasient skal kunne miste sin samtykkekompetanse må det være «åpenbart» at han/hun ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for helsehjelpen, og hva et eventuelt samtykke vil omfatte. Slik som tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen<sup>51</sup>.

Ordlyden i vilkåret «åpenbart» tilsier en høy terskel, der det skal være nærmest utvilsomt at pasienten ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for helsehjelpen, og hva et eventuelt samtykke vil omfatte.

Videre så må et eventuelt bortfall av forståelseevnen ha en bestemt årsak, dette seg være fysisk eller psykisk forstyrrelse, senil demens eller psykisk utviklingshemning, jf. phlsvl. § 4-4 I utgangspunktet vil ikke det at en person har en av de nevnte tilstandene i seg selv være nok til at samtykkekompetansen faller bort. Her må en altså kunne bevise at pasienten på grunnlag av denne tilstanden åpenbart er ute av stand til å fatte begrunnelsen for helsehjelpen og hva samtykket innebærer, noe som nødvendigvis ikke behøver å være tilfellet i enhver situasjon. Graden av samtykkekompetanse vil variere, jf. «helt eller delvis bortfalle», jf. pasrl. § 4-3 annet ledd.

Loven oppstiller videre et krav om at det må foreligge en årsak for bortfall av samtykkekompetansen, det er kun i de tilfeller der pasienten på grunn av sinnslidelse, fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning ikke er i stand til å forstå begrunnelsen at samtykkekompetansen faller bort, jf. pasrl. § 4-3 annet ledd. Dersom det foreligger en mindre psykisk reduksjon i forståelseevnen, slik som lettere alderdomsvekkelse, er dette ikke tilstrekkelig. Det må i ethvert tilfelle foretas en konkret helhetsvurdering, jf. Rt. 1993 s. 249.

Dersom helsepersonellet er i tvil om pasienten har samtykkekompetanse skal pasienten normalt ha rett til å samtykke, eventuelt nekte behandling, jf. pasrl. § 4-3 tredje ledd. Helsepersonellet skal ut ifra pasientens alder, modenhet etc, legge forholdene til rette for at pasienten på egenhånd kan fatte en avgjørelse om helsehjelp. Med mindre noe annet er klarlagt skal en ta høyde for at pasienten har samtykkekompetansen intakt.

#### 2.4.4 Informert samtykke

---

<sup>51</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-99) s. 133

For at pasienten skal kunne forstå begrunnelsen for helsehjelpen og se de ulike konsekvensene av ulike handlingsvalg, er det en forutsetning at pasienten har fått tilstrekkelig og god nok informasjon om ens egen helsetilstand, mulige årsaker og prognose, innhold og effekt, samt mulige risikoer og bivirkninger av helsehjelpen, jf. pasrl. § 3-2 om pasienters rett til informasjon, og hlspl. § 10 om helsepersonells plikt til å gi denne informasjonen. Det er arbeidsgiver som har det overordnede ansvaret for å sikre forsvarlige rutiner angående informasjon til pasienter i helseinstitusjoner, jf. spesialisthelsetjenesteloven (heretter sphlsl.) § 3-7 og forskrift 1. desember 2000 nr. 1218 om pasientansvarlig lege m.m. At pasientene mottar tilfredsstillende informasjon er på denne måten et viktig premiss både i forhold til vurderingen av samtykkekompetanse og i forhold til gyldigheten av samtykket, jf. pasrl. § 4-1 første ledd annet punktum.

Videre må også bestemmelsene i pasrl. Kap 3 sees i sammenheng med bestemmelsene om samtykke i pasrl. Kap 4.

Her er det ikke et krav om at pasienten skal sitte på all mulig tenkelig informasjon om helsehjelpen, men pasienten må ha mottatt og forstått den informasjonen som er nødvendig for å etablere et forsvarlig grunnlag for å fatte en beslutning, jf. pasrl. § 3-2 første ledd. Dette kravet til informasjon må imidlertid avpasses etter de ulike situasjoner. Dette må blant annet gjøres ved akuttinnleggelser og ved øyeblikkelig hjelp, i disse tilfellene vil det være tilstrekkelig at det informeres om tiltakets art og eventuelle alvorlige komplikasjoner og risikoer. Her vil det ikke foreligge et krav om informert samtykke, jf. hlspl. § 7, der helsepersonell straks skal «gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig».

Det vil her være viktig at helsepersonellet kommuniserer informasjonen til pasienten slik at han/hun forstår denne. Hvorvidt pasienten forstår informasjonen vil også avhenge av når den er blitt gitt og hvilke opplysninger som er blitt gitt.

I hvilken grad pasienten vil forstå den informasjonen han mottar vil i tillegg kunne avhenge av hvordan helsepersonellet har kommunisert denne informasjonen til pasienten, hvilke opplysninger som er blitt gjort og hvilket tidspunkt dette har blitt gjort på. Hvor mye tid som avsettes til pasienten i forbindelse med at denne informasjonen blir overgitt vil også kunne spille inn i forhold til evnen til å forstå informasjonen. Dette er grunnen til at det er blitt presisert i pasrl. § 3-5 at informasjonen skal «være tilpasset mottakerens individuelle

forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn». Så i denne vurderingen må det tas hensyn til alder, modenhet, psykiske tilstand, språk, funksjonsnivå etc. Videre skal informasjonen gis på en «hensynsfull måte», jf. pasrl. § 3-5 første ledd annet punktum.

Det kan ikke unnlates å gi informasjon fordi dette vil være tungvint eller krevende å gi, et eksempel på dette er ved behov for hjelpemidler. Her må helsepersonellet finne en egnet og hensynsfull måte å gi informasjonen på, og så godt det lar seg gjøre sikre at pasienten har forstått innholdet av informasjonen, og betydningen av disse. Dette tilsier at forholdene må legges til rette for å på best mulig måte optimalisere pasientens evne til å kunne fatte den informasjonen som er blitt gitt, og således fremdeles ha sin samtykkekompetanse i behold, jf. pasrl. § 4-3 tredje ledd annet punktum.

Det fremgår av pasrl. § 4-3 tredje ledd første punktum at det er «den som yter helsehjelp» som avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse. Som utgangspunkt vil dette være den som iverksetter helsehjelpen og som har det faglige ansvaret for behandlingen. En avgjørelse om manglende samtykkekompetanse skal være «begrunnet og skriftlig», og om «mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende», jf. pasrl. § 4-3 fjerde ledd.

## 2.5 Psykisk helsevernloven

For det første kommer bestemmelsen i phlsvl. § 4-4 bare til anvendelse der pasienten er underlagt «tvunget psykisk helsevern», jf. phlsvl. § 4-4 første ledd. Pasienter som er frivillig innlagt etter phlsvl. kap 2, underlagt tvungen observasjon, plassert i institusjon (etter sosialtjenesteloven eller barnevernloven) eller personer som etter straffeprosessloven er underlagt rettspsykiatrisk observasjon, kan det derfor ikke treffes et slikt vedtak mot. De eneste et slikt vedtak kan rettes mot, er de som er underlagt tvunget psykisk helsevern, dvs. har oppfylt kravene i phlsvl. §3-3.

For at tvangsbehandling etter phlsvl. § 4-4 skal kunne komme til anvendelse må vilkårene i phlsvl. § 3-3 være innfridd. Av denne grunn vil vilkårene i phlsvl. § 3-3 i det følgende bli gjennomgått i grove trekk.



Unntak fra hovedregelen om at helsehjelp krever samtykke finner vi i phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 3. Her blir det som hovedvilkår oppstilt at pasienten må ha en «alvorlig sinnslidelse», videre blir det i bokstav a og b oppstilt to tilleggsvilkår for utøving av tvang.

Hovedvilkåret «alvorlig sinnslidelse» er et rettslig uttrykk og vil ikke samsvare med noen medisinsk diagnose. Dette vilkåret har vært uforandret siden loven fra 1961, og således vil forarbeider til 1961-loven og tidligere rettspraksis fortsatt være av relevans. Aktive, psykotiske tilstander vil nok gjerne være det som ligger i kjernen av vilkåret «alvorlig sinnslidelse»<sup>52</sup>. Men dette er ikke et særlig klart avgrenset vilkår, og en vil ofte havne i en gråsoner der det vil kunne være vanskelig å skulle plassere pasienten enten i boksen som en person med en «alvorlig sinnslidelse» eller utenfor.

I Ot.prp. nr.11 (1998-1999) s.77 står det uttalt at:

*«[i] faglitteraturen er psykoser vanligvis forklart som sinnslidelser 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».*

Begrepet er imidlertid ikke eksakt og velavgrenset. Psykisk utviklingshemming vil ikke inngå i begrepet psykose.

I Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) blir det også vist til et rundskriv av 10. august 1988 der Helsedirektoratet har uttalt at «man vil stå overfor en helhetsvurdering, hvor ikke bare selve sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg, må tillegges stor vekt. Utgangspunktet er at karakteravvik - herunder psykopati - i alminnelighet ikke kan anses som alvorlig sinnslidelse, men det kan være hjemmel for å tvangsinnlegge personer med svære karakteravvik, hvor lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen.»

Dette tilsier at en ved vurderingen av hvorvidt en pasient lider av en «alvorlig sinnslidelse» må foreta en konkret helhetsvurdering av pasientens tilstand, og det vil ikke være tilstrekkelig at pasienten kan omtales som «psykotisk», flere hensyn vil her spille inn ved vurderingen. Herunder hvorvidt pasienten ikke klarer å forstå og/eller mestre virkeligheten,

---

<sup>52</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.79-80

eventuelt de tilfeller hvor pasienten ikke er tilstede i virkeligheten på lik linje med andre mennesker.

I rettspraksis har det blitt vurdert dithen at «alvorlig sinnslidelse» etter loven også kan foreligge i tilfeller der pasienten har en kronisk psykotisk grunnlidelse uten aktive symptomer på psykose, dersom mangelen på symptomer skyldes antipsykotisk medisinering. Dette var tilfelle i Rt. 1993 s. 249, og Rt. 2001 s.1481. Dette tilsier at selv om den psykotiske tilstanden holdes i sjakk ved medisinering, og pasienten er symptomfri i flere år, vil han eller hun fremdeles falle inn under hovedvilkåret «alvorlig sinnslidelse», og kan således oppleve tvang<sup>53</sup>.

Phlsvl. § 4-3 første ledd nr. 3 bokstav a blir det oppstilt et bedrings- og forverringsalternativ. I tillegg til at der må foreligge en «alvorlig sinnslidelse» må pasienten etter bokstav a «få[...] sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert», eller der det er «stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret». Videre blir det oppstilt et annet tilleggsvilkår i bokstav b der pasienten «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». I tillegg til at det må foreligge en «alvorlig sinnslidelse» må et av de to tilleggsvilkårene være oppfylt, dvs. enten behandlingskriteriet eller farekriteriet. I det videre vil hovedfokuset ligge på bedringsalternativet, da dette vil være det mest vesentlige i forhold til tvangsmedisinering. Dette på grunnlag av at tvangsmedisineringen skal ta sikte på å bedre helsen til pasientene.

Etter phlsvl. § 3-3 første ledd nr.3 bokstav a både et bedringalternativ og et forverringsalternativ. Bedringsalternativet, phlsvl. § 3-3 første ledd bokstav a, tilsier at pasienten vil få sin mulighet til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert dersom tvunget psykisk helsevern ikke finner sted. Det som her må vurderes er i hvilken retning tilstanden vil utvikle seg uten tvunget psykisk helsevern, sammenlignet med hvordan utviklingen vil være under tvunget psykisk helsevern. Vurderingen her er ment som et fremtidsperspektiv, der en må forsøke å se hvordan fremtiden for pasienten vil bli henholdsvis med og uten psykisk helsevern. Vilkårene «helbredelse» eller «vesentlig bedring» tilsier en høy terskel for hvilke bedringsutsikter som må foreligge for at en kan gripe inn på bakgrunn av dette vilkåret. Terskelen er høy, og det vil kreves utsikter for en kvalifisert bedring før inngrep kan rettferdiggjøres ut fra dette vilkåret<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> NOU 2011:9 s.36

<sup>54</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.83-84

Tidligere forelå det et krav om at pasientens utsikter til bedring skulle forspilles om han/hun ikke ble underlagt tvunget psykisk helsevern. Dette ble ansett som et for strengt vilkår, siden det her ikke ville være muligheter for å gripe inn ovenfor pasienten før det hadde gått for langt, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s.79. Dette tilsier at det nå er tilstrekkelig at pasientens bedringsutsikter uten tvunget psykisk helsevern blir i «betydelig grad redusert»<sup>55</sup>. Dersom en legger ordlyden i «betydelig grad redusert» til grunn tilsier dette at det må foreligge fare for en vesentlig forverring av pasientens mentale helse. Terskelen for at helsevernet skal kunne gripe inn er således relativt høy, men ikke like høy som at pasientens utsikter skal «forspilles».

Her er det ikke bare vurderingen av hvorvidt pasientens bedringsutsikter blir i «betydelig grad redusert» som kan reise problemer. Tidsperspektivet, dvs hvor langt inn i fremtiden utsikten til bedring skal strekke seg, vil også være problematisk. I Hagen mfl. «Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer», Oslo 2002 s.156, har det blitt reist spørsmål om hvilket tidsperspektiv som skal legges til grunn i forhold til bedringsutsiktene, dvs hvor langt fremover i tid utsiktene til bedring skal strekke seg. Her blir det anført at hensynet til at tvang ikke skal utøves på et svevende grunnlag, tilsier at det bør kreves at de aktuelle utsiktene reduseres i forholdsvis nær fremtid. Det vil likevel ikke være naturlig, eller ønskelig, å sette en fast tidsgrense, så her må det foretas en konkret vurdering av den faglige ansvarlige, men det er viktig at en ikke ser for langt frem i tid. Dette vil også kunne føre til en økt bevissthet om at behandling gjennom tvunget psykisk helsevern krever en viss progresjon ut fra allerede definerte behandlingsmål<sup>56</sup>.

Forrverringsvilkåret i phlsvl. § 3-3 første ledd bokstav a tilsier at pasienten uten tvunget psykisk helsevern sannsynligvis i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret. Dette alternativet vil være særs aktuelt i de tilfeller der pasienten ved hjelp av behandling er kommet til sitt optimale nivå, og man frykter for tilbakefall i nær fremtid dersom pasienten ikke lenger er under tvunget psykisk helsevern. Terskelen her er ganske høy, det skal mye til for at en skal nekte en pasient som har blitt behandlet optimalt og blitt ansett som bra over lengre perioder, en mulighet til å prøve seg på en situasjon uten tvunget psykisk helsevern<sup>57</sup>. Også her må det foreligge en konkret helhetsvurdering, i de situasjoner hvor faren er helt overhengende, bla ved at det er åpenbart at pasienten kommer til å slutte med medisiner ved en eventuell utskrivelse.

---

<sup>55</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.84

<sup>56</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.84

<sup>57</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.84-85

Forrverringsalternativet er svært inngripende ovenfor pasienten, og derfor blir det stilt svært strenge krav til muligheten for forverring. Det første kravet er at forverringen må inntreffe «i meget nær framtid», jf. phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a.

Kravet om at forverringen må skje i løpet av «meget nær framtid» er ikke det eneste kravet under forrverringsalternativet. Videre er det et krav om at pasientens tilstand må bli «vesentlig forverret», jf. phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a. Her vil ikke enhver forverring være tilstrekkelig, det må være tale om en kvalifisert forverring. I tillegg er det et krav om at det må foreligge en «stor sannsynlighet» for forverring. Dette tilsier at det må foreligge mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt. Det er helst i situasjoner hvor det psykiske helsevernet har vart over en tid at forrverringsalternativet vil være mest aktuelt<sup>58</sup>.

For at tvunget psykisk helsevern skal kunne finne sted må bedrings- eller forrverringsalternativet etter phlsvl. § 3-3 første ledd bokstav a eller farekriteriet etter phlsvl. § 3-3 første ledd bokstav b være innfridd. Her blir det i ordlyden uttalt at mulighet til helbredelse «eller» vesentlig bedring i betydelig grad redusert, dvs at det her ikke er åpnet for kumulering av vilkårene. Det er således tilstrekkelig at ett av alternativene er innfridd.

Farekriteriet etter phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b viser til situasjoner der pasienten «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». Det er her ikke tale om materielle skader, men personskader<sup>59</sup>. De skader som vil falle inn under dette vilkåret er selvmordsfare, selvskading og ulike situasjoner som kan føre til overlast for pasienten. Men det er ikke bare en fare for seg selv pasienten kan utgjøre. Vilkaåret omfatter også fare for «andres liv eller helse». Dette tilsier skader som overstiger det rent bagatellmessige, ovenfor andre. Dette vilkaåret vil omfatte både fysisk og psykisk helsefare<sup>60</sup>. Heller ikke her tilsier ordlyden at en skal kumulere vilkårene, jf «eller». Det vil således være tilstrekkelig at det enten foreligger fare eget *eller* andre liv eller helse. Videre vil det heller ikke åpnes for kumulering av vilkårene dersom ingen av dem isolert sett er oppfylt, men de sett under ett kan gjenspeile en viss fare<sup>61</sup>.

Under dette vilkaåret skinner hensynet til samfunnet og dets interesser gjennom, jf. «andres liv eller helse». Her kommer det til uttrykk at det psykiske helsevernet ikke bare skal

---

<sup>58</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.85-86

<sup>59</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.87

<sup>60</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.87

<sup>61</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.87

beskytte pasienten, men det har også som ansvar å ivareta hensynet til vern av samfunnet.<sup>62</sup> Denne delen av farekriteriet må en se i sammenheng med det psykiske helsevernet sine oppgaver i forhold til strafferettslige særreaksjoner, jf. phlsvl. kap 5. Dette kapittelet åpner for at utilregnelige lovbrutere kan dømmes til tvunget psykisk helsevern, dette for å unngå nye lovbrudd<sup>63</sup>.

Videre vil det ikke være tilstrekkelig at både hovedvilkåret og et/flere av tilleggsvilkårene er innfridd, må det likevel etter phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 3 være «nødvendig» med tvunget psykisk helsevern. Her må det foretas en konkret helhetsvurdering av hvorvidt tvunget psykisk helsevern vil være det beste virkemiddelet for å hindre oppfyllelse av enten behandlingskriteriet eller farekriteriet, på grunnlag av sinnslidelse. Det skal med andre ord ikke foreligge andre virkemidler som er mindre inngripende eller alternativer som kan avhjelpe situasjonen. Det vil her være naturlig å se vurderingen av hvorvidt tvunget psykisk helsevern er «nødvendig» i sammenheng med phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 1 og nr. 6.<sup>64</sup>

Det fremgår av phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 1 at tvunget psykisk helsevern bare kan finne sted der frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt «uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette». Her er terskelen høy for at vilkåret «åpenbart formålsløst» skal være innfridd. Her kreves det mer enn en sannsynlighetsovervekt. Pasienten må her være fullstendig ute av stand til å samtykke til helsehjelpen.

Frivillighetsvilkåret viser at tvangsbruk kommer i annen rekke, og gir uttrykk for det minste inngreps prinsipp. Dvs at en skal velge det alternativet som er minst inngripende ovenfor pasienten. Samtykke er derfor den klare hovedregel for etablering av tvunget psykisk helsevern, jf. phlsvl. § 2-1. Således blir det oppstilt et krav om at det skal ha vært forsøkt å gi et behandlingstilbud på frivillig grunnlag, uten at dette fører frem, før tvunget psykisk helsevern kan finne sted<sup>65</sup>.

Videre fremgår det av phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 6 at selv om lovens øvrige vilkår er innfridd så kan tvunget psykisk helsevern bare finne sted der det etter «en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse». Her må det foretas en helhetsvurdering hvor det skal «legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende», jf. phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 6 annet punktum.

---

<sup>62</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.87

<sup>63</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.87

<sup>64</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.88

<sup>65</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s. 78-79

Hvorvidt de øvrige vilkårene er innfridd vil ikke være tilstrekkelig, en skjønnsmessig vurdering må foretas. Her skal det vurderes hvorvidt tvunget psykisk helsevern vil være det klart beste alternativet for pasienten. Her skal skjønnsmomenter som hensiktsmessighet og rimelighet få en plass i vurderingen<sup>66</sup>. I siste punktum blir det presisert at en i denne vurderingen skal vurdere «hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende», jf. phlsvl. § 3-3 første ledd nr. 6 siste punktum.

Her må det tillegges vekt hvorvidt pasienten har fått mulighet til å etablere et frivillig psykisk helsevern, i tillegg til pasientens tidligere erfaringer med psykisk helsevern og tvang<sup>67</sup>. Dersom pasienten fra før av har dårlig erfaring med både psykisk helsevern og tvang, vil ytterligere tvang kunne føre til enda dårligere erfaring med det psykiske helsevernet. Målet vil jo være å gi pasienten den beste behandlingen, samt en god behandlingsopplevelse. Når det kommer til kravet om en skjønnsmessig vurdering har dette blitt diskutert i Høyesterett ved flere anledninger.

I Rt. 1981 s.770 ble pasienten etter en skjønnsmessig vurdering utskrevet, dette til tross for at de øvrige vilkår i loven var innfridd. Høyesterett la i her vekt på at det var tale om en yngre mann som var plassert på en institusjon sammen med vesentlig eldre og sløvede mennesker. I Rt. 1988 s. 634, bedre kjent som «Huleboerdommen», ble pasienten også utskrevet etter en skjønnsmessig vurdering, selv om han ønsket å gjenoppta sin uteliggertilværelse i en jordhule. Dommen ble avsagt i sommerhalvåret, og på denne tiden ville en utskrivelse ikke medføre fare for hans psykiske eller fysiske helse.

Videre ble en pasient i Rt. 2001 s.752 utskrevet etter en skjønnsmessig vurdering. I dette tilfellet var forverringsalternativet oppfylt, men Høyesterett kom til at pasienten likevel burde få muligheten til å prøve seg uten tvunget psykisk helsevern. Her ble det vist til at rimelighetsbetraktninger stiller særlig sterkt i forhold til forverringsalternativet. Her hadde pasienten vært underlagt psykisk helsevern sammenhengende i flere år, og Høyesterett vektla her pasientens uttalte ønske og at han burde få muligheten til å «prøve seg» uten tvangsvern. Pasienten hadde ikke bolig, penger eller nettverk utenfor institusjonen, men dette ble ikke vektlagt. Her ble det fremhevet at det ikke var psykiatriens oppgave å se etter pasientens sosiale behov, etter psykisk helsevernloven. Men, for å imøtekomme pasientens sosiale behov introduserte Høyesterett her en mulighet til å holde pasienten tilbake i institusjonen i en måned etter forkynnelsen av dommen, slik at det kunne bli tilrettelagt et

---

<sup>66</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.89

<sup>67</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.89

tilbud for han utenfor institusjonen. En slik tilbakeholdsrett har ikke noe direkte støtte i loven, men synes gjort etter en *fra mer til det mindre*-betraktning<sup>68</sup>.

Den skjønnsmessige vurderingen vil være sentral i de tilfeller hvor bedrings- og forverringsalternativet er innfridd, i tillegg til farealternativet hvor det er fare for eget liv og helse. I de situasjoner hvor kriteriet «fare for [...] andres liv eller helse» er innfridd, er det i bestemmelsen gjort et unntak fra helhetsvurderingen. En kan likevel ikke se fullstendig bort fra hva som vil være det beste for pasienten, i de tilfeller hvor det foreligger fare for andre<sup>69</sup>. I Ot. prp. Nr.11 (1998-99) s.81 er det lagt til grunn at en helhetsvurdering vil bli mindre fremtredende i de tilfeller hvor begrunnelsen for tvangsinngrepet er fare for andres liv eller helse. I Rt. 2001 s. 1481 ble farekriteriet oppfylt, og Høyesterett forutsetter under henvisning til forarbeidene at det i en slik situasjon også skal foretas en skjønnsmessig vurdering. Men, hva som er til pasientens beste vil ikke bli vektlagt i like stor grad, i de tilfeller der tvangsvernet er begrunnet i hensynet til andres helse og liv<sup>70</sup>.

Tvunget psykisk helsevern etter phslvl.§ 3-3 vil bare gi en mulighet for tilbakeholdelse av pasienten. For å kunne foreta undersøkelse og behandling, slik som tvangsmedisinering, under gjennomføringen av tvunget psykisk helsevern er det oppstilt et krav om en særskilt hjemmel. Både undersøkelse og behandling skal, som med gjennomføring av psykisk helsevern forøvrig, baseres på samtykke fra pasienten som den klare hovedregel, jf. pasrl. § 4-1. Phslvl. § 4-4 gir grunnlag for å behandle pasienter innenfor det psykiske helsevernet, til tross for at det ikke foreligger noe samtykke etter pasrl<sup>71</sup>.

## 2.6 Tvangsmedisinering

For pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern, og tvangsmedisinering, vil de etiske og rettslige spørsmål som oppstår gjerne være knyttet til legitimiteten av bruken av tvangsmedisinering. Det må avgjøres hvorvidt alle de materielle og prosessuelle vilkårene er innfridd før tvangsmedisinering finner sted. Ved tvangsmedisinering vil det som regel benyttes svært inngripende legemidler for å redusere og fjerne symptomer som et ledd i behandlingen av alvorlige psykiatriske sykdommer.

---

<sup>68</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.90

<sup>69</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.91

<sup>70</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.91

<sup>71</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.91-92

Adgangen til å behandle pasienter uten deres samtykke finner vi i phlsvl. § 4-4 første ledd. Det fremgår av denne bestemmelsen at en «[p]asient under tvunget psykisk helsevern kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis». Som tidligere vist til så vil det at pasienten er underlagt «tvunget psykisk helsevern» etter phlsvl. § 3-3, være inngangsbilletten for at han/hun kan bli underlagt tvangsmedisinering etter phlsvl. § 4-4. Phlsvl. § 4-4 første ledd inneholder tre begrensninger.

## 2.7 Materielle vilkår etter phlsvl. §4-4

### 2.7.1 Faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis

Videre fastslår phlsvl. § 4-4 første ledd at behandling uten pasientens samtykke bare kan skje der de metoder som blir benyttet «klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis». Her finner en i ordlyden «klart» en retningslinje til hvordan vilkåret skal tolkes. Ved å benytte uttrykket «klart» viser lovgiver her til at en eksperimentell metode, eller en metode som ikke har så bred enighet innen sitt fagområde, vil falle utenfor hva som må ansees å være «klart» i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis<sup>72</sup>. Hvorvidt en metode er faglig anerkjent eller ikke vil være et spørsmål som psykiatrien selv må svare på. Legemidler som er «klart» i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis vil blant annet være antidepressiva og antipsykotika som vanligvis blir brukt ved behandling av depresjon og psykoser.

### 2.7.2 Forutgående undersøkelse

Det vil ikke være tilstrekkelig at den aktuelle behandlingen er i overensstemmelse med «faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis», jf. phlsvl. §4-4 første ledd. Det må i tillegg foretas en konkret vurdering av hvilke behov den enkelte pasient har (Ot.prp.nr.11 (1998-1999) s.108).

---

<sup>72</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s.142



Av denne grunn fastslår phlsvl. §4-4 fjerde ledd første punktum at pasienten må ha «vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling». Dette er et generelt vilkår, slik som kravet til frivillighet, som vil være gjeldende uavhengig av diagnosen pasienten er stilt. Denne undersøkelsen skal danne et grunnlag for å avklare pasientens tilstand og om behovet for behandling er reelt<sup>73</sup>.

Med hjemmel i phlsvl. §4-4 åttende ledd er Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m av 16. desember 2011 gitt. I psykisk helsevernforskriften § 20 er denne undersøkelsen regulert.

Det fremgår av forskriftens § 20 tredje ledd at «[i]nstitusjonen skal gjennom hele undersøkelsesperioden søke å få pasientens tillit slik at behandling kan gjennomføres med pasientens samtykke», og fjerde ledd annet punkt at det i de tilfeller det er tale om behandling med legemidler uten samtykke «skal undersøkelsen skje ved døgnopphold, med mindre den ansvarlige institusjon har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende medikasjon og virkningen av denne på pasienten».

Forskriftens § 20 tredje ledd viser til at helsepersonellet gjennom hele perioden skal gjøre sitt ytterste for at pasienten skal få tillit til helsepersonellet og behandlingen. Dette fordi det er ønskelig at pasienten til slutt skal samtykke til behandlingen, og således være den som selv bestemmer over sin helse, jf. selvbestemmelsesretten.

### 2.7.3 «Frivillighet»

Bruk av tvang skal være en subsidiær løsning og psykisk helsevernloven oppstiller derfor et krav om det skal være forsøkt etablert et frivillig vern før en kan beslutte å benytte tvang, jf. phlsvl. § 3-3. Frivillighetsvilkåret vil således være et uttrykk for det minste inngreps prinsipp når ulike tiltak for å oppnå formålet på skal vurderes<sup>74</sup>.

---

<sup>73</sup> Ot.prp.nr.11 (1998-1999) s.108

<sup>74</sup> NOU 2011:9 s. 38

## 2.7.4 Minste inngreps prinsipp

Videre fremgår det av phlsvl. § 4-4 tredje ledd at undersøkelse og behandling uten eget samtykke kun kan skje når det er «forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen», eller det er «åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt». Et tilsvarende krav om at undersøkelse eller behandling uten samtykke kun kan skje der en har forsøkt å oppnå samtykke, eller at det er åpenbart at et slikt samtykke ikke kan eller vil bli gitt, følger også av phlsvl. § 3-3 nr. 1, og tilsvarende krav kan en finne også i andre deler av helselovgivningen.

Som et ledd i vurderingen av om det foreligger et reelt behov for tvangsmedisinering må det som tidligere nevnt undersøkes om det kan legges til rette for et alternativt behandlingstiltak. Det skal kun utøves tvang når dette er «strengt nødvendig», jf. phlsvl. §4-2 første ledd, og alternative tiltak som pasienten vil kunne samtykke til kan kun unnlates å gis i de tilfeller at alternative tiltak vil være «åpenbart umulig[e]» å tilby, jf. phlsvl. § 4-4 tredje ledd annet punktum.

Videre fremgår det at dersom det ikke er «åpenbart umulig», må det også vurderes om det er mulig å tilby «andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke», jf. phlsvl. § 4-4 tredje ledd annet punktum.

Her er det *minste inngreps-prinsipp* som kommer til uttrykk, og dette prinsippet utgjør et selvstendig vilkår for en behandling uten samtykke fra pasienten. Dette tilsier at pasienten i realiteten må få tilbud om å ta medisinene frivillig før et vedtak om behandling uten samtykke blir truffet. Tilbudet og pasientens respons må journalføres, slik at dette kan etterprøves om vilkåret faktisk er innfridd ved tvangsmedisinering. De tilfeller hvor det vil være adgang til å unnlate å forsøke å oppnå samtykke fra pasienten må være begrenset til de tilfeller hvor det vil være umulig å føre en dialog om samtykke med pasienten<sup>75</sup>.

Ordlyden i vilkåret «[å]penbart umulig» tilsier en høy terskel der det ikke skal være noe tvil om at det ikke er noen mulighet for å få pasienten til å samtykke selv. Videre vil vilkåret om at det må vurderes om det er mulig å «andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke» vise til at det må foretas en vurdering der en ser på om det finnes andre måter å gjennomføre behandlingen uten at det må benyttes tvang. Dersom

---

<sup>75</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s. 146

dette kan oppnås vil det igjen være pasienten som bestemmer over sin egen helse, jf. selvbestemmelsesretten. I dette ligger det at dersom pasienten ikke samtykker i å ta for eksempel medisiner, så må det gjøres en vurdering om det finnes andre tiltak som kan iverksettes, som kan bli gjennomført frivillig av pasienten og som kan bedre hans/hennes tilstand<sup>76</sup>.

Et slikt alternativt tiltak kan være å for eksempel la pasienten være under tvang, men uten at han/hun mottar behandling i institusjon. Slik som medisinerer under tvang, men i pasientens eget hjem eller på legekontor. For flere pasienter kan dette være ønskelig, da innleggelse på institusjon kan være svært krenkende for pasienter som er av den overbevisning at de ikke hører hjemme der.

### 2.7.5 Manglende samtykkekompetanse, vilkår for tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven?

Det fremgår av phlsvl. § 4-4 annet ledd at «[u]ten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep», før unntakene fra denne hovedregelen blir listet opp. Spørsmålet blir da om pasienten besitter en nektingsrett dersom han/hun er samtykkekompetent, på samme måte som han/hun besitter en rett til å samtykke.

Det fremgår av pasrl. § 4A-2 viser til når det kan benyttes tvang ovenfor pasienter som har fylt 16 år og som mangler samtykkekompetanse, denne bestemmelsen gjelder ikke for pasienter som har en psykisk lidelse, men i det problemstillingene knyttet til manglende samtykkekompetanse og bruk av tvang for en stor del er de samme vil det vises til pasrl. § 4A-2 her. Dersom en pasient uten samtykkekompetanse motsetter seg psykisk helsehjelp, så skal reglene i phlsvl. følges<sup>77</sup>. Dette vil da tilsi at det kan utøves tvang selv om pasienten motsetter seg hjelpen, og pasienten vil således ikke ha en nektingsrett på lik linje som han/hun har en rett til å samtykke.

Andre ledd inneholder et forbud mot undersøkelse og behandling, slik som er blitt listet opp i første ledd, når det er tale om et «alvorlig inngrep» ovenfor pasienten. Hva som faller inn under vilkåret «alvorlig inngrep» blir diskutert i forarbeidene til phlsvl. Her blir det blant

<sup>76</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s. 146

<sup>77</sup> Syse, A., *Norsk Lovkommentar, Pasientrettighetsloven* s.43

annet diskutert spørsmålet om elektrosjokkbehandling, psykokirurgiske inngrep og behandling med legemidler særskilt. Disse behandlingsformene omfattes utvilsomt av lovens vilkår «alvorlig inngrep»<sup>78</sup>.

I lovens forarbeider er det blitt uttalt at det er mulig å benytte seg av nødrett som hjemmel for å kunne utføre «alvorlige inngrep», en dette kun i svært spesielle situasjoner der pasienten, uten at tiltaket gjennomføres, vil befinne seg i livsfare<sup>79</sup>.

Behandling med legemidler vil naturlig nok være et «alvorlig inngrep», men det følger av unntaksregelen i phlsvl. § 4-4 annet ledd bokstav a at en slik behandling kan finne sted, uten samtykke, så lenge de nærmere angitte vilkårene er innfridd. Det er kun mulig å benytte legemidler som er «registrert i Norge», og disse legemidlene kan bare brukes i «vanlig brukte doser». I tillegg vil et krav om forholdsmessighet mellom fordelene ved behandlingen og mulige bivirkninger begrense adgangen til tvangsmedisinering<sup>80</sup>.

Når vi nå befinner oss utenfor nødrettens område foreligger det tre forutsetninger for å kunne benytte seg av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven. Etter phlsvl. §4A-2 første ledd må pasienten være fylt 16 år dvs. helserettlig myndig, mangle samtykkekompetanse og han eller hun må motsette seg helsehjelpen. De to siste vilkårene, mangle samtykkekompetanse og motsette seg helsehjelpen, skiller seg betydelig fra vilkårene for tvang etter phlsvl. §4-4.

Hvorvidt pasienten besitter personell kompetanse til å samtykke vil avhenge av hans eller hennes evne til å forstå den informasjonen som blir gitt angående egen helse og konsekvensene av behandlingstiltaket, og hans eller hennes evne til å sette seg inn i denne informasjonen. Det vil være ubetydelig hvilken diagnose pasienten har.

## 2.8 Alternative behandlingsmetoder

---

<sup>78</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s. 146

<sup>79</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s. 143-144

<sup>80</sup> Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008) s. 144

Det fremgår av forholdsmessighetsprinsippet i phlsvl. § 4-4 tredje ledd at en skal i det lengste unngå eller begrense tvang dersom det finnes andre tiltak som det kan være mulig å gjennomføre. Så lenge det er innenfor de rammer som er oppsatt for forsvarlig helsehjelp, skal en tilby pasienten flere ulike og tilgjengelige behandlingsmetoder som han/hun kan velge mellom, jf. pasrl. § 3-1 første ledd. Spørsmålet som da reiser seg er hvilke alternative behandlingsmetoder som kan være mulige å gjennomføre.

Det finnes alternative behandlingsformer innenfor det psykiske helsevernet, utover de tradisjonelle behandlingsformene. Det som er det sentrale her er at pasienter med psykiske lidelser blir tilbudt et lavterskelbehandlingstilbud, slik at de på denne måten kan forhindre at sykdommen ikke utvikler seg videre<sup>81</sup>.

### 2.8.1 Brukerstyrte plasser for mennesker som er godt kjent av psykisk helsevern

En slik alternativ behandlingsform er brukerstyrte plasser for mennesker som er godt kjent av det psykiske helsevernet. Dette er en ordning som Helse- og omsorgsdepartementet har fremhevet som et aktuelt frivillig alternativ til tvang. Slike brukerstyrte plasser finnes allerede flere steder i Norge, blant annet ved Jæren DPS. Effekten av dette tilbudet ved Jæren DPS er dokumentert og publisert<sup>82</sup>.

I NOU 2011:9 s. 129-130 er dette blitt uttalt om brukerstyrte plasser for mennesker som er godt kjent av psykisk helsevern;

*«Ved en sengepost for rehabilitering av mennesker med schizofreni ble to av elleve senger omgjort til brukerstyrte plasser. Pasienter som var kjent ved avdelingen, fikk etter avtale rett til å bruke disse plassene uten å gå om primærlegen. Medisinering skulle ikke endres. Hvis pasienten var underlagt tvang uten døgnopphold, ble det ikke gjort endringer i dette. Hos de 18 første pasientene som hadde avtale i minst ett år, ble innleggelsesprofil og bruk av tvangsinnleggelse registrert og sammenliknet med tilsvarende tidsperiode umiddelbart før avtalen om kriseplass. Resultatene viste at innleggelsesfrekvensen økte, men samlet liggetid falt med 33 prosent. Samlet tid for tvangsinnleggelse ble om lag halvert. Gjennomsnittlig*

---

<sup>81</sup> NOU 2011:9 s. 129

<sup>82</sup> NOU 2011:9 s. 129

*benyttet pasientene kriseplassen knapt fem ganger per år, og varigheten av hvert kriseopphold var på 2,5 døgn.»<sup>83</sup>*

Disse pasientene som fikk tilbud om en slik brukerstyrt plass på Jæren DPS, hadde alle alvorlige psykiske lidelser. Det finnes også andre DPS som tilbyr lignende tilbud til pasienter som har mindre alvorlige lidelser, som for eksempel emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse<sup>84</sup>.

I NOU 2011:9 s. 129-130 er dette blitt uttalt at;

*«Erfaringene tyder på at også disse pasientene, som kan oppleve å bli tvangsinnlagt for observasjon i forbindelse med suicidale kriser, kan nyttiggjøre seg av frivillige og selvbestemte tilbud istedenfor. Det finnes lite kvantitativ vurdering av slike tiltak, men de virker lite omstridt».<sup>85</sup>*

## 2.8.2 Soteria-House

Soteria House er en annen alternativt behandlingsmetode som er blitt utprøvd i USA. Om denne metoden ble det i NOU 2011:9 s. 130-131 uttalt at;

*«Soteria-prosjektet ble utviklet og evaluert blant annet av daværende leder for det amerikanske instituttet for schizofrenistudier ved National Institute of Mental Health, Loren Mosher. I Soteria-prosjektet bestod hjelpen av en liten boliglignende enhet for mennesker som nylig hadde fått schizofrenidiagnose. Husets sosiale miljø var viktig. De ansatte trengte ikke ha helsefaglig utdannelse, men personlige egenskaper som at de var tolerante, fleksible og lite dømmende. Prosjektet vektla den helbredende kraften i den hverdagslige relasjonen mellom mennesker, og brukte ingen teoretisk behandlingsmodell utover dette. Tilbudet var i utgangspunktet medikamentfritt, men åpnet for medikamenter i noen få nærmere definerte situasjoner.*

---

<sup>83</sup> Heskestad S, Tytlandsvik M. (2008) s. 32-35.

<sup>84</sup> NOU 2011:9 s.130

<sup>85</sup> NOU 2011:9 s.130

*Prosjektet var designet for forskning, ved at aktuelle pasienter ble randomisert til Soteria eller standardbehandling i psykisk helsevern. Det var ikke vesentlige forskjeller mellom Soteriagruppen og kontrollgruppen når det gjaldt demografi, prognose eller symptomintensitet når de ble rekruttert til forskningsprosjektet. Etter seks uker i behandling var det skjedd omtrent like stor bedring i begge gruppene. I kontrollgruppen fikk alle pasienter datidens adekvate medikamentelle antipsykotiske behandling og ble utskrevet med vedlikeholdsmedisinering, som over halvparten sluttet med i løpet av to år fra de kom inn i prosjektet. I Soteriagruppens første prosjektperiode (1971 – 76) hadde Soteriagruppen svært lav bruk av antipsykotiske medikamenter, mens det var noe høyere bruk i andre prosjektperiode (1976 – 82). Resultatene etter seks uker, et år og to år var nokså like for alle fire gruppene, men begge Soteria-gruppene hadde en mer selvstendig bosituasjon etter to år. Den første Soteria-gruppen hadde også i større grad betalt arbeid og færre reinnleggelser enn sin kontrollgruppe»<sup>86 87</sup>*

Dette tilbudet er et omstridt prosjekt, og det har foregått en kritisk debatt om hva evalueringen av prosjektet forteller<sup>88</sup>. Tiden pasienten oppholdt seg i Soteria-gruppen va 4 måneder lenger enn tiden pasientene oppholdt seg i kontrollgruppen, noe som kan gjøre åraskene til behandlingsresultatet noe vanskeligere å tolke<sup>89</sup>.

Avslutningsvis ble det i NOU 2011:9 uttalt at;

*«Soteria-prosjektet brukes som et eksempel på at det kan være forsvarlig å gi mennesker med schizofreni et tilbud som har sterk vekt på relasjonelle faktorer, og som oppmuntrer til å gå gjennom vanskene uten medikamenter så langt det lar seg gjøre.»<sup>90</sup>*

### 2.8.3 Earth House

En annen alternativ behandlingsmetode er Eart House, også dette utprøvd i USA. Dette er et døgntilbud for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, slik som bipolar lidelse og schizofreni. Den vanligste oppholdstiden er fra 3 til 24 måneder, og den største delen av pasientene er fra 18-40 år, og har hatt selvmordsforsøk, døgntilbud og langvarig

---

<sup>86</sup> Mosher, L.R. (1999) s. 142 – 149

<sup>87</sup> NOU 2011:9 s.130

<sup>88</sup> NOU 2011:9 s.131

<sup>89</sup> Wyatt, R.J. (1991) s. 325 – 351

<sup>90</sup> NOU 2011:9 s. 131

kontakt med det psykiske helsevernet. Flere av pasientene har også problemer med rusavhengighet i tillegg til psykiske lidelser<sup>91</sup>.

Om Earth House uttaler NOU 2011:9 s. 131-132 at;

*«[b]ehandlingen beskrives som komplementær helse- og undervisningstjeneste, med vekt på velvære, helse og livsstil, og pasientene betraktes som studenter. Virkemidlene er undervisning og aktiviteter innen ernæring og diett, sport og trening, litteratur og drama, støttegrupper og minimal, men grundig vurdert bruk av psykofarmaka. Det gis også kosttilskudd og allsidig og antatt sunn kost, med sikte på å gi hjernen forutsetninger for optimal fungering og tilheling.»*

Videre blir det uttalt i NOU 2011:9 s. 131 at;

*«Earth House tar studentenes vurdering av medikamenteffekter og bivirkninger på alvor. De vurderer at idealet om minimal bruk av psykofarmaka er en sentral motivasjonsfaktor for mange av brukerne, og at dette bidrar til god oppslutning om opplæringstiltak og husplikter. I en egenevaluering ble det opplyst om tilbud til 82 studenter med gjennomsnittsalder på 25 år, hvorav 70 prosent var menn og 30 prosent var kvinner. Nær 70 prosent var henvist fra sykehus, resten fra andre leger og pårørende. 45 prosent av studentene gikk ut av Earth House og kunne bo i egen tilpasset eller vanlig bolig, ha lønnet eller frivillig arbeid og ha venner.»<sup>92</sup>*

Om slike ernæringsfokuserede behandlingsmetoder blir det i NOU 2011:9 s. 131-132 uttalt at;

*«Hvorvidt ernæringsfokuserede behandlingstilnærminger vurderes som et godt alternativ eller et uforsvarlig tilbud, vil trolig farges av hvordan man vurderer effekten av tradisjonelle antipsykotiske medikamenter. Noen legger størst vekt på dokumentasjon for at antipsykotisk behandling er effektivt, både for kortsiktig bedring og som vedlikeholdsbehandling, og at bivirkningene mer enn oppveies av denne effekten. Da vil et tilbud med mål om minimal psykofarmaka og betydelig vekt på en svakt eller udokumentert ernærings- og kosttilskuddsbehandling kunne regnes som uforsvarlig. Andre legger vekt på dokumentasjon som tyder på at antipsykotika har kortsiktige symptomreduksjoner, men ledsages ikke av bedre langtidsforløp og kan gi alvorlige bivirkninger og sårbarhet for ny psykose ved seponering. Da vil et tilbud med vekt på minimal bruk av psykofarmaka, trening og sunn kost*

---

<sup>91</sup> NOU 2011:9 s. 131

<sup>92</sup> Fitch, L., La Roche, R. (1985) s. 136 – 142



*være et foretrukket alternativ, uavhengig av om effekten av kosttilskudd og diett har svak eller sterk dokumentasjon.»<sup>93</sup>*

### 3 Oppsummering

Oppgaven er i all hovedsak en utredning av de flytende grensene som finnes når det gjelder bestemmelsene om tvangsmedisinering etter phlsvl. § 4-4. Innen det psykiske helsevernet har helsepersonellet en videre fullmakt til å utøve tvang ovenfor pasientene, så lenge vilkårene i phlsvl. §§ 3-3- og 4-4 er innfridd, i forhold til hva helsepersonellet har fullmakt til å utøve ovenfor pasienter med somatiske lidelser.

De juridiske begrepene i, blant annet, psykisk helsevernloven er svært skjønnsmessige. Dette er begreper som «samtykkekompetanse», «alvorlig sinnslidelse», «alvorlig inngrep» etc. Ut ifra forarbeider, litteratur og rettspraksis er det blitt stilt opp momenter som krever at helsepersonellet foretar en helhetsvurdering i forhold til hver enkelt pasient. At helsepersonellet i hvert tilfelle må foreta en slik helhetsvurdering krever mye tid og arbeid av helsepersonellet. I tillegg vil vage og uklare begreper i bestemmelsene gjøre lovverket mer uoversiktlig og utilgjengelig for pasienter og pårørende.

Vilkårene som er listet opp i phlsvl. § 4-4 er svært strenge og de krever at det kontinuerlig blir kontrollert at disse vilkårene er innfridd til enhver tid. Dette kan være en krevende og omfattende oppgave for helsepersonellet, og det kan være naturlig å tenke at helsepersonellet ikke alltid har innsikt i regelverket, og at regelverket således kan virke uoversiktlig og utilgjengelig for helsepersonellet også.

Videre finnes det også alternative behandlingsmetoder slik som beskrevet under punkt 2.8. Brukerstyrte plasser for personer som er godt kjent av psykisk helsevern, Soteria Hose og Earth House er alternativer til den tradisjonelle behandlingen av psykiske lidelser. Disse tre alternative behandlingsmetodene viser at det er mulig å oppnå resultater som er positive for pasienten, og samfunnet forøvrig. Men dette krever en gjennomgang av lovverket, og en

---

<sup>93</sup> NOU 2011:9 s.131

endring av praksis over tid, der pasientene stadig får en større rolle i utviklingen av praksis og lovverk.

## 4 Litteraturliste

### 4.1 Lover

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.02.07.1999 nr.61
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 02.07.1999 nr 62
- Lov om Pasientrettigheter av 02.07.1999 nr.63

### 4.2 Konvensjoner

- Den Europeiske Menneskerettighetskonvensjon 21.05.1999 nr 30
- FN konvensjon 3.mai 2008 – Convention on the Right of Persons with Disabilities

### 4.3 Lovforarbeid

- Ot.prp. nr.11 (1998-1999) - Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)
- Ot.prp. nr. 12 (1998-99) - Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- NOU 2004:18 - Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene
- NOU 2011:9 – Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

### 4.4 Dommer

- Rt. 1981 s.770
- Rt. 1988 s. 634
- Rt. 1993 s. 249
- Rt. 2001 s.1481
- Rt. 2001 s.752

## 4.5 Forskrift

- Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet (Tvangsbehandlingsforskriften)
- Forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet
- Forskrift 1. desember 2000 nr. 1218 om pasientansvarlig lege m.m.
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. av 16. desember 2011 nr.1258

## 4.6 Litteratur

- Ahlfors UG, Baastrup PC, Dencker SJ, Elgen K, Lingjaerde O, Pedersen V, Schou M, Aaskoven O (1981). *Flupenthixol decanoate in recurrent manic-depressive illness. A comparison with lithium. Acta Psychiatrica Scandinavica vol 64,*
- Bjerkan, AM., Pedersen, PB., Lilleng, S. *Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 2003 og 2007.* SINTEF Teknologi og samfunn: Rapport 4/09
- Freeman, M.P., Hibbeln, J.R., Wisner, K.L., Davis, J.M., Mischoulon, D., Peet, M., Keck, P.E., Marangell, L.B., Richardson, A.J., Lake, J., Stoll, A.L. (2006). Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry, vol 67 (12)*
- Fitch, L., La Roche, R. (1985). Earth House: An Alternative for Persons Suffering from the Schizophrenias. *Journal of orthomolecular psychiatry, vol. 14, (2)*
- Hagen mfl. «Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer», Oslo 2002
- Haglund, K., Von Knorring, L., Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, Vol 10 (1)*
- Heskestad S, Tytlandsvik M. (2008) Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening vol 128 (1)*
- Hofer, A., Rettenbacher, M.A., Edlinger, M., Kemmler, G., Widschwendter, C.G., Fleischhacker, W.W. (2007). Subjective response and attitudes toward antipsychotic

drug therapy during the initial treatment period: a prospective follow-up study in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol; 116

- Høyer, G. (2009). Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern. Vedlegg til rapporten «Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven». Helsedirektoratet, Juni 2009.
- Jarrett M, Bowers L, Simpson A. (2008), Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of advanced Nursing*, vol 64 (6)
- Kogstad, R. (2011). Medisinering og (manglende) rettssikkerhet. I A. Kolstad og R. Kogstad (red): *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser*. Alpha forlag.
- Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, *Velferdsrett I*, 3. utgave, 1. opplag, 2005
- Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, 2. utgave, 1. opplag 2007
- Lingjærde, O., *Psykofarmaka. Medikamentell behandling av psykiske lidelser*. 5 utgave. 2006
- Moncrieff, J., Cohen, D., Mason, J.P. (2009). The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of Internet data. *Acta Psychiatrica Scandinavica Vol. 120*, (2)
- Mosher, L.R. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization. A personal and professional review. *The journal of nervous and mental disease*, vol 187
- Pedersen, K.L. (2006). Pårørendes opplevelse av politiassistert tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon. FOU-rapport, Diakonissehjemmets høgskole.
- Riedl, T.R. og Elde, W.D. *Psykisk helsevernloven med nøkkelkommentarer* Oslo 2008
- Aslak Syse – Utredning for Helsedirektoratet – januar 2009
- Syse, A., *Norsk Lovkommentar, Pasientrettighetsloven*
- Syse, A. *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 2. utgave, Oslo 2007.
- Wyatt, R.J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol 17 (2)
- «Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven» 06.2009

## 4.7 Nettdokument

- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/11/4.html?id=647745>
- [www.earthhouse.org](http://www.earthhouse.org)