

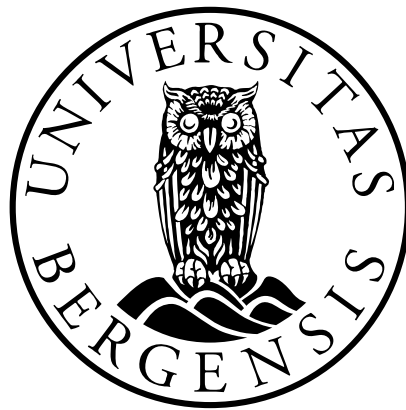
# Rettssikkerhet og tvang

*På hvilken måte påvirker tvangslovgivningen  
rettssikkerheten til psykisk utviklingshemmede og  
demente?*

Kandidatnummer: 192771

Veileder: Hans Nikolai Førde

Antall ord: 11819



JUS399 Masteroppgave

Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

2. Juli 2014

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	3
1.1	Emne og problemstilling.....	3
1.2	Aktualitet.....	5
1.3	Sentrale begreper.....	6
1.3.1	Helserett.....	6
1.3.2	Samtykke.....	7
1.3.3	Tvang.....	9
1.3.4	Rettsikkerhet.....	11
1.4	Avgrensninger.....	12
1.5	Rettskildebildet.....	13
1.5.2	De mest aktuelle rettskildene.....	13
1.5.3	Andre lovbestemmelser som omhandler tvang.....	15
1.6	Metodologisk tilnærming til problemstillingen.....	17
2	Hoveddel.....	18
2.1	Gjennomgang av pasrl. § 4A-1 og hol. § 9-1.....	18
2.1.1	Pasrl. § 4A-1.....	18
2.1.2	Hol. § 9-1.....	19
2.2	Gjennomgang av pasrl. § 4A-3 og hol. § 9-5.....	20

2.2.1 Pasrl. § 4A-3.....	20
2.2.2 Hol. § 9-5.....	24
2.2.3 Generelle betraktninger.....	27
2.3 Noen utvalgte hensyn i helseretten.....	28
2.3.1 Rettssikkerhet.....	29
2.3.2 Autonomi.....	32
2.3.3 Effektivitets- og ressurs hensyn.....	34
3 Avslutning.....	36
3.1 Rettssikkerhetsmessige utfordringer.....	36
3.2 Personlige bemerkninger.....	37
Litteraturliste.....	40

# 1 Innledning

## 1.1 Emne og problemstilling

Denne oppgaven omhandler rettsikkerheten til psykisk utviklingshemmede og demente. En person med psykisk utviklingshemming har nedsatt intellektuell eller nedsatt mental kapasitet. ICD-10<sup>1</sup> (International Classification of Diseases) definerer psykisk utviklingshemming som en “tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.” Det er ca 2 % av befolkningen som har en moderat form for psykisk utviklingshemming, mens 0.3 – 0.5 % har alvorlig utviklingshemming.<sup>2</sup> I NEL (Norsk elektronisk legehåndbok) er demens definert som “en felles betegnelse på organiske sykdommer i hjernen som kjennetegnes ved kronisk og irreversibel intellektuell og mental svikt i affektive og konative (viljemessige) funksjoner.”<sup>3</sup> I Norge er det ca 70 000 personer med demens.<sup>4</sup> Hvert år får ca 10 000 personer denne sykdommen.<sup>5</sup>

Utfordringene de to aktuelle pasientgruppene har i hverdagen vil i stor grad påvirke deres evne til å ta vare på seg selv og sin egen helse. Mange av pasientene mister evnen til å se hva som er til det beste for seg, og pårørende og helsepersonell står derfor svært sentralt i deres liv. Dette vil også medføre at man som individ ønsker å beskytte pasientene etter beste evne, herunder å ivareta både deres helse samt deres rettsikkerhet. I behandlingssøyemed må dermed disse pasientene tidvis motta helsehjelp mot deres vilje. *På hvilken måte påvirker så tvangslovgivningen rettsikkerheten til psykisk utviklingshemmede og demente?* Dette vil være hovedproblemstillingen for oppgaven.

---

<sup>1</sup> ICD-10, Kapittel V, F70-F79

<sup>2</sup> Norsk helseinformatikk, <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/psykisk-utviklingshemming-2847.html?page=2>

<sup>3</sup> NEL, 2013, <http://nevro.legehandboka.no/demens-og-delir/demens-32490.html>

<sup>4</sup> Helsedirektoratet, <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>

<sup>5</sup> Helseetaten, Oslo kommune, <http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/eldre/geriatrik/ressurssenter/om-demens-og-alderspsykiatri/demens/>

I juridiske felt som i stor grad omhandler etiske spørsmål vil rettssikkerhet stadig stå i en særstilling og skape debatt. Helselovgivningen er i stor grad basert på etiske normer og gjennom rettsliggjøring skapes allmenn aksept for disse. I tidsskrift for den norske legeforening trekker Ohnstad frem samspillet mellom jussen og etikken. ”I erkjennelsen av at leger forvalter samfunnsmessige verdier og goder, har man funnet grunn til å sette rettslige rammer rundt virksomheten. Det er for enkelt å si at denne makten primært skal utøves på et etisk beslutningsgrunnlag. I alle andre deler av offentlig virksomhet er makt- og myndighetsutøvelse nøye regulert gjennom rettsregler som setter grenser for den enkeltes handlefrihet. Dette beror på en rettssikkerhetsbetraktning: Vesentlige beslutninger som griper inn i folks rettssfære, skal ikke overlates til forvaltningens skjønnsmessige vurderinger.”<sup>6</sup> Det må foreligge rettslige rammer rundt etiske vurderinger samtidig som de etiske normene er med på å forme jussen. Slik illustreres symbiosen mellom juss og etikk.

Utviklingen av Norge som velferdsstat har medført at staten i visse tilfeller må sette i gang tiltak mot pasienters vilje i behandlingsøyemed. Retten til selvbestemmelse og personlig autonomi står sterkt i vårt samfunn, både i norsk lovgivning og internasjonale menneskerettigheter. Til tross for at vi har et grunnleggende ønske om å begrense bruk av tvang og makt ses slike vedtak på som en nødvendighet i helse-Norge. Nødvendigheten av tvangsvedtak og hensynet til pasientenes beste og ivaretagelse av individenes selvbestemmelsesrett representerer en dypere verdimessig konflikt bestående av etikk og spenninger. Denne konflikten er høyst nødvendig å ta høyde for på det juridiske plan, og det er i stor grad denne konflikten som blir gjennomgående tema for oppgaven.

Lovgiver har gjennom ulike former for reguleringer forsøkt å ivareta disse hensyn og det har derfor de siste årene kommet flere nye lover som skal regulere nettopp disse situasjonene. Lovverket er imidlertid nokså fragmentarisk. Det er både sektorspesifikke og diagnostiske regler som går om hverandre, noe som kan gjøre det vanskelig å orientere seg i lovverket. Dette utgjør et faremoment i forbindelse med rettssikkerheten til pasientgruppene, og det er nødvendig med en avklaring av innhold og hensikt med reglene.

---

<sup>6</sup> Ohnstad B. “Jus eller etikk?”. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2005 (nr. 20) <http://tidsskriftet.no/article/1276810/>

Målet for denne oppgaven er å se nærmere på tvangsbestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven<sup>7</sup> (pasrl.) og helse- og omsorgstjenesteloven<sup>8</sup> (hol.) og forsøke å kartlegge hvordan disse bestemmelse ivaretar eller ikke ivaretar rettssikkerheten til pasientgruppene. Et sentralt spørsmål er hva som ligger i de nåværende bestemmelsene og hvordan dette stemmer overens med den tvangsbruk som faktisk forekommer per dags dato. Videre vil det være fokus på hvilken lovgivningsteknikk som vil ivareta pasientene på best mulig måte.

## 1.2 Aktualitet

Bruk av tvang og makt overfor personer som mangler samtykkekompetanse er relevant i tiden. Både jurister og helsepersonell har satt spørsmålstegn ved anvendelse av tvang og hvordan man på hvilken måte kan sikre at pasientene får en sikker håndtering.

Vi har siden 2009 sett en økende tendens til bruk av tvang fra 1687 vedtak i 2009, 2075 i 2010, 2367 i 2011 til 2715 vedtak i 2012. Flere har tolket denne økningen til at det ikke de facto gjennomføres mer tvang enn tidligere, men at tvangen i større grad blir fattet i samsvar med loven og gjeldende regler om vedtak.<sup>9 10</sup> Samtidig viser flere til at det fortsatt i stor grad forekommer mye tvang som ikke blir fattet i samsvar med loven. I Tidsskrift for Den Norske legeforening, 18/2013, s 1935 har Reidar Pedersen, Marit Helen Hem, Elisabeth Gjerberg og Reidun Førde foretatt en kvalitativ undersøkelse (heretter kalt ”undersøkelsen”) i forbindelse med den nye lovgivningen.<sup>11</sup> Undersøkelsen er basert på fokusgruppeintervjuer med totalt 65 sykehjemsansatte og må dermed tolkes deretter. Gjennom intervjuene kom det frem at tvang forekom hyppig, men også at det ble fattet få vedtak. Studiedeltakerne var usikre på praktiseringen av det nye lovverket og ga uttrykk for at kravene til vedtak er urealistiske. En god del av tvangen som ble omtalt er ulovlig. Denne undersøkelsen belyser noen av problemene den nye lovgivningen omfatter. Eksempelvis kom det frem at tvang benyttes av

---

<sup>7</sup> Lov nr. 63/1999 (Pasient- og brukerrettighetsloven eller pasrl.)

<sup>8</sup> Lov nr. 30/2011 (Helse- og omsorgstjenesteloven eller hol.)

<sup>9</sup> Statens Helsetilsyn. Tilsynsmelding 2012. 2013

<http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf>

<sup>10</sup> Statens helsetilsyn. Tilsynsmelding 2011.

[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/tall\\_fakta\\_2011.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/tall_fakta_2011.pdf)

<sup>11</sup> Pedersen R, m.fl. “Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning”. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2013 (nr. 18). <http://tidsskriftet.no/article/3067360> (heretter referert til som undersøkelsen)

hensyn til andre, av mangel på ressurser og til tross for at det ikke er fattet vedtak eller lignende. Dersom helsepersonell ikke kjenner grensene for tvangsbruk vil det kunne oppstå situasjoner som kan være svært uheldige og som vil påvirke rettssikkerheten til pasientene. Derfor er det viktig at lovverket er tydelig og lett forståelig for de aktuelle behandlere.

## **1.3 Sentrale begreper**

I det følgende vil jeg foreta en gjennomgang av noen sentrale begreper for denne oppgaven og fastlegge innholdet i disse.

### **1.3.1 Helserett**

Helseretten er en del av forvaltningsretten og er en samlebetegnelse for de rettsregler som er knyttet til sykdom og helse.<sup>12</sup> Rettsreglene regulerer hele helsevesenet og hvilke plikter og rettigheter aktørene i helsevesenet har. Med aktører menes både pasienter og helsepersonell, og rettsreglene omfatter både prosessuelle og materielle bestemmelser for organisering, administrering, plikter og rettigheter samt pasientens rettsstilling.

Innenfor helseretten er det flere rettsprinsipper som gjør seg særlig gjeldende. Blant annet respekten for liv og menneskeverd, selvbestemmelse, personvern, taushets- og informasjonsplikt og forsvarlighet. Effektivitet, ressurs- og økonomihensyn er også viktige hensyn innenfor helseretten. Det mest sentrale hensynet i denne fremstillingen er imidlertid hensynet til rettssikkerhet. Da spesielt rettssikkerheten til de svakere grupper av pasienter som er avhengig av helsehjelp og behandling.

Rettssikkerheten ivaretas blant annet gjennom regler om samtykke og selvbestemmelse, taushets- og informasjonsplikt samt generelle bestemmelser med krav til forsvarlighet.

---

<sup>12</sup> Store norske leksikon, helserett 10.08.12. <http://snl.no/helserett>

### 1.3.2 Samtykke<sup>13</sup>

En naturlig språklig forståelse av ”samtykke” innebærer en slags godkjenning, tillatelse eller aksept av noe. I et helserettlig perspektiv omfatter imidlertid begrepet samtykke en hel del mer enn den naturlige språklige forståelsen tilsier.

Henriette Sindig Aasen skriver på s. 43 i ”Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling” at utgangspunktet ved en medisinsk undersøkelse eller andre medisinske tiltak vil være å bedre helsetilstanden for pasienten. En forutsetning for at slike tiltak skal oppfattes som et gode av pasienten, er at pasienten selv ønsker eller aksepterer tiltaket. Dette er det enighet om. Det er videre enighet om at slik aksept er viktig også for at helsevesenet skal ha den tillitt som er nødvendig for at det skal være velfungerende. Aasen skriver videre at dersom en person ”utsettes for behandling som hun ikke har akseptert, vil inngrepet kunne oppleves som, og også være, både en fysisk og psykisk krenkelse, selv om behandlingen objektivt sett er egnet til å bedre eller opprettholde pasientens helsetilstand”. Et samtykke vil imidlertid ”transformere en ellers rettsstridig handling til en rettmessig handling, så sant samtykket oppfyller de krav som må oppstilles under de foreliggende omstendigheter”.<sup>14</sup>

Pasient- og brukerrettighetsloven har stadfestet kravet til samtykke i § 4-1. Kort fortalt er hovedregelen at samtykke er nødvendig for at en handling, da for eksempel et kirurgisk inngrep, ikke skal være rettsstridig. I § 4-1 stilles det videre krav om at det aktuelle samtykket må være basert på nødvendig informasjon om helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Samtykket må være informert.

Informert samtykke<sup>15</sup> innebærer at pasienten skal ha tilstrekkelig informasjon om inngrep, behandling, omfang, følger m.m (avhengig av type behandling) for å kunne gi et reelt samtykke til den aktuelle helsetjenesten. Kravet om informasjon er ”en generell

---

<sup>13</sup> NOU 2005: 1 Avsnitt 13.

<sup>14</sup> Aasen HS. 2000. ”Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling”. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. s. 43.

<sup>15</sup> Ot.prp. nr 27 (2002-2003) Avsnitt 12.17.3.



gyldighetsbetingelse, som henspiller på samtykkets kvalitet som reelt og selvstendig viljesuttrykk snarere enn på dets form”.<sup>16</sup>

For å kunne gi et informert samtykke må man ha samtykkekompetanse og man må ha forstått hva man samtykker i.

I pasrl. § 4-3 redegjøres det for hvem som har samtykkekompetanse. Av første ledd, bokstav a, følger utgangspunktet at myndige personer har samtykkekompetanse såfremt ikke annet følger av lov. Det samme gjelder for mindreårige over 16 år. Dersom den mindreårige er under 16 år vil foreldrene eller de som innehar foreldreansvaret kunne samtykke på vegne av den mindreårige, jf. § 4-4.

For pasienter mellom 16 år og myndighetsalder som har mistet samtykkekompetansen gjelder § 4-5. Her følger det at foreldre eller andre med foreldreansvar har rett til å samtykke på vegne av de. Dersom omsorgen for pasienten ligger hos barneverntjenesten etter barnevernloven<sup>17</sup> § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelpen. Av tredje ledd følger det at helsehjelp ikke kan gis dersom pasienten motsetter seg dette, men mindre annet følger av særlige lovbestemmelser som for eksempel kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven. Et unntak følger av § 4-7 som omhandler pasienter som er fratatt rettslig handleevne etter vergemålsloven § 22. Her kan vergen samtykke på vegne av pasienten dersom pasienten selv ikke kan samtykke. For pasienter som er myndige, men ikke innehar samtykkekompetanse vil reglene i § 4-6 komme til anvendelse.

Av § 4-3 annet ledd, følger det videre at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykke omfatter. Av ordlyden følger for det første at man ikke trenger å miste samtykkekompetansen til alle områder, samt at det er et strengt vilkår ettersom det må være ”åpenbart” at pasienten ikke forstår. Det skal dermed være svært liten tvil om at pasienten ikke forstår betydningen av samtykket og den behandlingen eller hjelpen det innebærer. Den strenge terskelen innebærer at dersom man

---

<sup>16</sup> Aasen HS. 2000. “Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling”. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. s. 50, avsnitt 3.

<sup>17</sup> Lov nr. 100/1992 Barnevernloven

ikke kan være sikre på pasientens manglende forståelse av omfanget av samtykke, bør ikke samtykkekompetansen falle bort. Dette støttes også av forarbeidene.<sup>18</sup>

Som nevnt i avsnittet overfor trenger man ikke miste samtykkekompetansen til alle områder, og man kan også gjenvinne den så snart man forstår begrunnelsen for helsehjelpen igjen. Dette innebærer at demente, som er en av pasientgruppene i fokus for denne oppgaven, kan miste samtykkekompetansen sin hva gjelder for eksempel medisiner, men at pasienten fortsatt innehar samtykkekompetansen hva gjelder for eksempel tannpuss. På en god dag kan en dement inneha fullstendig samtykkekompetanse, mens pasienten neste dag kan miste samtykkekompetansen helt eller delvis dersom sinnstilstanden er svekket.<sup>19</sup>

Det er helsepersonellet som arbeider med pasienten og yter helsehjelpen som innehar myndighet til å avgjøre spørsmålet om pasienten har samtykkekompetanse. Av § 4-3 tredje ledd følger det at helsepersonellet skal legge forholdene ”best mulig til rette” for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelpen, jf. § 3-5. Det følger videre at de ved tilretteleggingen skal se hen til pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn. § 3-5 utdyper kravet til informasjonens form. Bakgrunnen for disse kravene om informasjon og tilpasning til pasientens individuelle forutsetninger er at pasienten i størst mulig grad skal kunne forstå betydningen av helsehjelpen slik at samtykkekompetansen ikke bortfaller.

### 1.3.3 Tvang

Aasen uttaler at ”tvang er, uansett formål for øvrig, en form for kvalifisert og utilbørlig påvirkning overfor den andre, for å få denne til å handle eller til å la være å handle på en bestemt måte, eventuelt til å ”tåle” noe personen under normale omstendigheter ellers ikke ville og ikke måtte ha tålt”.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) kap. 12. Til § 4-3.

<sup>19</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) side 36

<sup>20</sup> Aasen HS. 2000. ”Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling”. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. s. 54, 4. avsnitt.

Jan Frifthjof Bernt har definert tvang som ”fysisk eller psykisk maktutøving som brukes for å overvinne motstand fra den tvungnes side”.<sup>21</sup>

Tvang er tett knyttet opp mot begrepet samtykke, og grensedragningen for hva som er tvang og hva som skal regnes som et fravær av samtykke kan være vanskelig å trekke. Dette vil imidlertid ikke være gjenstand for diskusjon i denne oppgaven.

Det må også trekkes en nedre grense for hva som regnes som tvang. I forarbeidene<sup>22</sup> listes en inndeling av den kvalifiserte tvang og ut fra dette kan vi legge til grunn at for eksempel henstillinger, anmodninger og lett berøring ikke skal regnes som tvang.<sup>23</sup>

Av hol. § 9-2 defineres tvang som ”tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt”.

Hva gjelder tvangstiltak etter de to aktuelle tvangsparagrafene i henholdsvis pasrl. § 4A-3 og hol. § 9-5, vil indirekte tvang likestilles med direkte tvang. Forarbeidene nevner ben- og armholding som eksempel på tvang. Videre trekkes det som nevnt overfor en nedre grense mot leiing, oppmuntring og andre former påvirkning som ikke oppfattes som tvang etter loven.<sup>24</sup>

Det nevnes i denne sammenheng at forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven<sup>25</sup> § 4 må være oppfylt ved vedtak om tvang. Dette følger også av forarbeidene.

---

<sup>21</sup> Bernt JF m.fler. 2000. Sosial trygghet og rettsikkerhet - under sosialtjenesteloven og barnevernstjenesten (2. utgave): Fagbokforlaget s. 266.

<sup>22</sup> NOU 1991: 20 Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming s. 51-52 og s. 54-55

<sup>23</sup> Aasen HS. 2000. “Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling”. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. s. 54, 5. avsnitt.

<sup>24</sup> Ot.prp. nr.64 (2005-2006) s.44

<sup>25</sup> Lov nr. 64/1999 (Helsepersonelloven hlspl)

### 1.3.4 Rettssikkerhet<sup>26</sup>

Gjennom grunnloven og maktfordelingsprinsippet fikk rettssikkerheten en stødig plass i vårt samfunn. Innenfor forvaltningsretten, herunder helseretten, står begrepet svært sentralt.

En presis definisjon kan være vanskelig å oppstille ettersom begrepet kan sies å spille ulike roller i for eksempel strafferetten og forvaltningsretten. En del aspekter ved begrepet er det allikevel generell konsensus om, og i det følgende vil det bli redegjort for en del av disse.

Kjernen i begrepet rettssikkerhet er forholdet mellom borgerne og myndighetene.

Enkeltindividet skal beskyttes mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, samtidig som vedkommende skal ha mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser. Kravet om forutberegnelighet går i korte trekk ut på at lovreglene skal være utformet på en slik måte at man lett kan innrette seg etter de og forstå hva de innebærer. På den lovtekniske siden vil forutberegnelighet gjerne innebære en forenkling av lovverket slik at differensierte regler for ulike tilfeller vil bli erstattet av klare og mindre skjønnspregede regler. Samtidig som forutberegnelighet er viktig for å sikre sin rettsstilling og ivareta rettssikkerheten, vil vi se i diskusjonsdelen nedenfor, at det både er for- og motargumenter for en lovteknisk forenkling.

All offentlig myndighetsutøvelse skal ha hjemmel i lov. Dette følger av legalitetsprinsippet som er et grunnleggende prinsipp i norsk rett og har nær sammenheng med rettssikkerhet. Prinsippet har kommet til uttrykk i en rekke høyesterettsdommer og har grunnlovs rang. Dette innebærer at man ikke kan fravike prinsippet ved alminnelig lov. Dersom man ønsker å fravike legalitetsprinsippet må grunnloven endres. Innenfor helseretten og andre rettsområder hvor det rettsgode som skal beskyttes er individets personlige sfære, frihet og autonomi står legalitetsprinsippet desto sterkere. Kravet til en klar hjemmel skjerpes og tilfellet som behandles må helt klart falle innenfor ordlyden av bestemmelsen. I Rt. 1995 s. 530, Fjordlaks dommen, uttaler førstvoterende at ”kravet til lovhjemmel må nyanseres blant annet ut fra hvilket område en befinner seg på, arten av inngrepet, hvordan det rammer og hvor tyngende

---

<sup>26</sup> NOU 2009: 15 Avsnitt 7.

det er overfor den som rammes”. Videre må utøvelsen følgelig være i overensstemmelse med loven. Man kan kalle det rettsriktige avgjørelser. I en stat hvor myndighetene har mulighet til å treffe vedtak overfor borgerne vil rettssikkerhet forsøke sikre at disse vedtakene og inngrepene ikke er vilkårlige, urimelige eller uforsvarlige. Reglene som ivaretar disse hensynene blir gjerne kalt rettssikkerhetsgarantier.

Man kan dele opp rettssikkerhet i prosessuell og materiell rettssikkerhet. Prosessuelle rettssikkerhetsregler skal sikre at avgjørelsene og at prosessen omkring disse er forsvarlige og trygge. Materiell rettssikkerhet sikrer de grunnleggende rettighetene individene har overfor staten. Her er det tale om kravene til reglenes innhold.

I denne oppgaven vil det være størst fokus på de materielle rettsreglene. Noen aspekter ved rettssikkerhetsgarantiene vil bli trukket inn, men hovedfokus vil være hva reglene om tvang innebærer. Ettersom tvang om makt er et område som åpner for særlig inngripende vedtak, vil kravene til rettssikkerheten være desto høyere.

## **1.4 Avgrensninger**

Oppgaven omhandler bruk av tvang overfor aldersdemente og psykisk utviklingshemmede personer. Andre pasientgrupper som også kan omfattes av lovverket vil ikke behandles nærmere i oppgaven. De to viktigste lovene med rettsregler som omhandler bruk av tvang mot disse to pasientgruppene er pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven og da særlig henholdsvis kapittel 4A og kapittel 9 i de nevnte lovene. Det vil tidvis være nødvendig å henvise til andre bestemmelser enn de ovennevnte, dog bare for å belyse spesielle rettslige spørsmål eller klargjøre for rettssituasjonen og sette tvangsbestemmelsene i perspektiv.

Hovedfokus vil ligge på det materielle aspektet ved reglene. Ettersom oppgaven søker å belyse hva som omfattes av tvangsbestemmelsene og hvordan dette påvirker rettssikkerheten til pasientgruppene, er det naturlig å gå inn på de materielle bestemmelsene. Det nevnes at overgangen mellom de materielle og prosessuelle bestemmelsene er nokså flytende og i visse deler av oppgaven kan de prosessuelle reglene også bli omtalt.

For øvrig ser oppgaven på somatisk behandling slik at psykisk helsevernlov ikke vil bli anvendt i oppgaven.

## 1.5 Rettskildebildet

I det følgende vil de aktuelle rettskildene for oppgaven gjennomgås. I punkt 1.5.1 vil rettskildene som har tjent som direkte bidrag nevnes, mens punkt 1.5.2 vil bestå av en oversikt av det øvrige rettskildebildet.

### 1.5.1 De mest aktuelle rettskildene

I helse retten befinner man seg på lovregulert område. Primær rettskilde vil dermed være lovttekst.<sup>27</sup> Hvor lov er primær kilde vil lovens ordlyd være utgangspunktet for den rettslige vurderingen. Nyere lovgivning innenfor helse retten skal være systematisk bygd opp og valg av ord og uttrykk er dermed som regel bevisste valg fra lovgivers side.<sup>28</sup> Dersom ordlyden er uklar eller ikke gir tilstrekkelig innsikt, kan den aktuelle bestemmelse tolkes i tråd med kapitlets formål.

I anledning denne oppgave er spesielt to lover innen norsk lovgivning særlig aktuelle. Tvangsvedtak overfor demente reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven, mens tvang overfor psykisk utviklingshemmete reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven. Det er henholdsvis kapittel 4A og kapittel 9 i de ovennevnte lovene som er mest aktuelle i forhold til problemstillingen i oppgaven. Andre bestemmelser fra disse lovene kan også være aktuelle for å fastlegge rettstilstanden og nyansere rettskildebildet, da særlig bestemmelsene om samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven.

Ettersom de aktuelle norske lovene er relativt nye, foreligger det ikke særlig rettspraksis som kan sies å være direkte relevant for denne oppgaven. Under vurderingen av hva som skal kreves av tiltak for å unngå tvang, vil jeg nevne fusa-dommen<sup>29</sup> for å sette kravet i perspektiv.

---

<sup>27</sup> Nygaard N. 2004. "Rettsgrunnlag og standpunkt" 2.utgave, Universitetsforlaget s. 177.

<sup>28</sup> Kjønstad A. 2005 "Helse rett-pasienters og helsearbeideres rettsstilling", 2.utgave 2007, Gyldendal Norsk Forlag, s. 59

<sup>29</sup> Rt. 1990 s. 874

Videre vil huleboerdommen<sup>30</sup> tjene som et eksempel på tvang, dog på et annet rettsgrunnlag enn det som foreligger i denne oppgaven. Som med fusa-dommen, vil huleboerdommen gjennomgå for å sette tvangsreglene i perspektiv. Journaldommen<sup>31</sup> vil også bli nevnt under punktet personlig autonomi, som et bilde på hvordan helseeretten har utviklet seg hva gjelder pasienters rettigheter og krav man kan stille.

Forarbeider som er godt gjennomarbeidet kan fungere som en rettskilde med stor tyngde, da denne er uttrykk for lovgiverviljen og kan bidra til klarhet i hva som ligger i bestemmelsene. Dette følger av alminnelig juridisk metode. Ettersom forarbeidene ser ut til å være godt gjennomarbeidet, og det på generell basis ikke er ment noen forandring i rettsstilstanden fra de gamle lovene, vil forarbeidene til disse tillegges mye vekt som tolkningsbidrag ved anvendelsen av tvangsbestemmelsene. Videre vil rundskriv også tjene som en kilde for å klarlegge innholdet i rettsreglene.

Forarbeidene til de aktuelle lovene og lovene de har erstattet er dermed relevante rettskilder. De mest sentrale for denne oppgaven er ot.prp.nr.64 (2005-2006) og ot.prp. nr. 55 (2002-2003). Andre forarbeider som tjener som bidrag til denne oppgaven er ot.prp. nr. 57 (1995-1996). Videre vil også ot.prp. nr. 58 (1994-1995) belyse rettsstilstanden. Øvrige forarbeider fremkommer av litteraturlisten. Til tross for at disse forarbeidene omhandler opphevede kapitler, vil de fortsatt være relevante som tolkningsbidrag til de nye lovene. Videre er rundskriv fra helsedirektoratet vedrørende kapittel 4A relevant, (Rundskriv IS-10/2008) da spesielt ettersom det ikke foreligger noe særlig rettspraksis på området. Rundskriv 08/2004 bidrar til å fastlegge tolkningen og innholdet tvangsbestemmelse. Mangelen på rettspraksis fører til at det dermed er mer legitimt å tillegge rundskrivene vekt.

Juridisk litteratur er også relevant for denne oppgaven. Til tross for at juridisk litteratur har begrenset rettskildemessig vekt er det allikevel egnet til å belyse problemstillingene i oppgaven. Det har blitt skrevet flere avhandlinger og bøker innenfor temaet. Østenstad, Aasen, Bernt og Syse, er aktive bidragsytere til debatten om rettssikkerhet for disse gruppene. Generelt for disse kan nevnes at de ser på rettssikkerhet som et viktig element i

---

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

<sup>31</sup> Rt. 1977 s. 1035

debatten om tvangsreglene og at de hver for seg ønsker å ivareta pasientgruppene på en best mulig måte.

Litteraturen som har vært mest relevant for oppgaven er spesielt boken til Bjørn Henning Østenstad «Heimelsspørsmål i behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente»<sup>32</sup>. Også Østenstad med “Bruk av tvang mot psykisk utviklingshemma: under yting av kommunale sosial- og helsetenester”<sup>33</sup> har vært relevant. Videre har boken til Henriette Sinding Aasen<sup>34</sup> vært aktuell under forståelsen av samtykkekompetansevurderingen. Aslak Syse med ”Rettsikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmete: rettigheter, vern, og kontroll som rettslige virkemidler”<sup>35</sup> og Jan F. Bernt med fler Med boken “Sosial trygghet og rettsikkerhet - under sosialtjenesteloven og barnevernstjenesten”<sup>36</sup> har også bidratt til denne oppgaven. Annen litteratur har også tjent som særlig bidragsyttere, dog i mindre grad enn de ovennevnte.

Tilsynsrapporter vil også tjene som et bidrag til oppgaven for å kartlegge bruk av tvang i praksis.

## 1.5.2 Andre lovbestemmelser som omhandler tvang

Helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp er en av bestemmelsene som fritar for straffansvar til tross for at pasienten ikke har samtykket. Av den følger at ”helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. [hjelpen skal gis] [...] selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen”.

---

<sup>32</sup> Østenstad BH. 2011. “Heimelsspørsmål I behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente: *Rettslege og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrep utan gyldig samtykke*”: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke (heretter referert til som Østenstad, Heimelsspørsmål)

<sup>33</sup> Østenstad BH. 2000. “Bruk av tvang mot psykisk utviklingshemma: *under yting av kommunale sosial- og helsetenester*”: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

<sup>34</sup> Aasen HS. 2000. “Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling”. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

<sup>35</sup> Syse A m. fl, 1995. ”Rettsikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmete: *rettigheter, vern, og kontroll som rettslige virkemidler*”: Gyldendal s. 415

<sup>36</sup> Bernt JF m.fler. 2000. “Sosial trygghet og rettsikkerhet - under sosialtjenesteloven og barnevernstjenesten”. (2. utgave) Fagbokforlaget



Straffeloven<sup>37</sup> § 222 regulerer utgangspunktet om at tvang er straffbart. Av den følger at den som ved ”rettsstridig adferd eller ved å true med sådan tvinger noen til å gjøre, tåle eller undlate noget, eller som medvirker hertil” kan straffes. Også nødrett bestemmelsen i § 47 er relevant å trekke inn her, som en straffrihetsgrunn. Av § 47 følger at ”ingen kan straffes for Handling, som har foretaget for at redde nogens Person eller Gods fra en paa anden Maade uafvendelig Fare, naar Omstændighederne berettigede ham til at anse denne som særdeles betydelig i Forhold til den Skade, som ved hans Handling kunde forvoldes”.

Straffeloven § 222 regulerer rettsstridig tvang, mens § 47 åpner for at noen type tvang, foretatt ved nødrett, kan være rettmessig.

Videre vil menneskerettighetene tjene som et bakteppe ved utforming av lovregler om tvang, samt anvendelse av de aktuelle bestemmelsene. Norge har forpliktet seg til å følge EMK<sup>38</sup> og til at de norske regler skal være i samsvar med disse, jf. Grunnloven<sup>39</sup> § 110. Av menneskerettsloven § 2 følger at flere internasjonale konvensjoner er inkorporert som norsk lov. Konvensjonene er *lex specialis* og skal ved motstrid gå foran annen lov jf. § 3. Det bemerkes allikevel at ved klar motstrid mellom konvensjon og ny lovgivning vil loven trolig gå foran. Innenfor dette området er det særlig tre artikler som er relevante.

Av EMK art 3, som omhandler tortur, følger det at ingen skal bli ”subjected to [...] inhuman or degrading treatment”.

Av EMK art 5, som omhandler retten til frihet og sikkerhet, følger det at ”no one shall be deprived of his liberty” uten etter samsvar med lov

Av EMK art 8, som omhandler retten for privatliv og familieliv, følger det at det ikke skal være noen ”interference” i privatlivet uten etter samsvar med lov og er nødvendig for beskyttelse av helse eller retter og friheter for andre.

I denne oppgave vil ingen av de omtalte bestemmelsene analyseres eller ses nærmere på. Allikevel har jeg valgt å nevne de, hovedsakelig for å belyse det rettslige bakteppe.

---

<sup>37</sup> Lov 22. mai 1902 nr. 10 (straffeloven)

<sup>38</sup> Lov nr. 30/1999 (menneskerettighetsloven)

<sup>39</sup> Kongerigetets Norges Grundlov av 17. mai 1814

## **1.6 Metodologisk tilnærming til problemstillingen**

Videre i oppgaven vil jeg foreta en gjennomgang av de aktuelle tvangsparagrafene. Deretter vil jeg knytte de aktuelle paragrafene opp mot generelle juridiske hensyn og kartlegge hvordan disse gjør seg gjeldene i lovteksten.

Til sist skal jeg foreta en oppsummering av de rettssikkerhetsmessige utfordringene lovreguleringen byr på, før jeg avslutningsvis vil komme med bemerkninger og egne synspunkter på hvordan man på en best mulig måte kan regulere dette rettsområdet.

## 2 Hoveddel

I denne delen skal jeg gjennomgå relevante hensyn innenfor helseretten og hvordan de spiller inn på og viser seg i lovgivningen. Det vil først bli foretatt en rask gjennomgang av bestemmelsene for bruk av tvang i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Det vil ikke bli anledning til å foreta en dyptgående analyse av vilkårene, ettersom dette vil være for tidkrevende. Etter vilkårene har blitt redegjort for vil jeg se på hvordan disse materielle vilkårene gir uttrykk for de mest vesentlige hensynene innenfor feltet.

### 2.1 Gjennomgang av pasrl. § 4A-1 og hol. § 9-1

#### 2.1.1 Pasrl. § 4A-1

Bestemmelsen i § 4A-1 er formålsbestemmelsen i kapittelet som regulerer bruk av tvang overfor demente. Av bestemmelsen følger det:

*”Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.*

*Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.”*

Formålsbestemmelsen har fokus på grunnleggende rettigheter samtidig som den åpner for bruk av tvang. Som nevnt overfor er utgangspunktet at helsehjelp bare gis dersom pasienten har gitt samtykke, jf. pasrl. § 4-1. Kapittel 4A representerer dermed et unntak fra denne hovedregelen slik at pasienter som motsetter seg nødvendig helsehjelp allikevel kan motta behandling forutsatt at de øvrige vilkår er oppfylt.

Av formålsparagrafen følger det videre at man ønsker å unngå bruk av tvang dersom det er mulig. Dette ønsket kommer også til uttrykk i § 4A-3 hvor det oppstilles flere og relativt strenge vilkår for bruk av tvang. Av Rundskriv IS-10/2008 uttales det at “Formålet om forebygging og begrensnings av tvang kommer til uttrykk gjennom strenge vilkår for å yte

helsehjelp med tvang, særskilte saksbehandlingsregler og regler om overprøving og kontroll.” Videre skal ikke tvangstiltak “brukes for å spare ressurser eller på grunn av mangelfull kompetanse.” Det fremheves også at “på bakgrunn av pasientens utsagn og oppførsel og den kjennskap helsepersonell og pårørende har til pasienten, må det legges til rette for at pasienten kan utøve sin selvbestemmelsesrett så langt som mulig.”<sup>40</sup>

Som formålsparagrafen viser, har lovgiver lagt seg på en linje hvor beskyttelse av viktige menneskerettslige verdier står i fokus. Ved anvendelse av tvang etter § 4A-3 tjener dette som et bakteppe og tolkningsbidrag for hvor grensene skal gå. Lovgiver har her satt standarden for hva som ligger til grunn for bestemmelsene og hvilke hensyn som er viktige.

### **2.1.2 Hol. § 9-1**

Paragraf 9-1 er formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven. Denne lyder:

*”Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.*

*Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.*

*Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.”*

Denne bestemmelsen er i stor grad liknende formålsbestemmelsen i pasrl. § 4A-1, med unntak av noen språklige nyanser. Begge formålsbestemmelsene setter fokus på at man ønsker å begrense bruken av tvang. Ivaretagelse av selvbestemmelsesretten står sentralt i begge formålsbestemmelsene jf. bruk av ”så langt som mulig” i begge paragrafene. Østenstad påpeker at dette må forstås som at alle personer, også de med begrenset innsikt i

---

<sup>40</sup> Rundskriv IS-10/2008

konsekvenser, i utgangspunktet blir regnet for å ha en rett til å bestemme selv.<sup>41</sup> Dette har også Syse, rettssikkerhet og livskvalitet, s. 415 støttet oppom.

Formålet er todelt for begge bestemmelsene, nemlig å hindre vesentlig helseskade/skade og forebygge og avgrense bruk av tvang. I forarbeidene til sosialtjenesteloven, som også vil være relevante for helse- og omsorgstjenesteloven, fremheves det at økonomiske hensyn ikke skal være relevante.<sup>42</sup> Dette fremheves også i Rundskriv IS-10/2004. Det potensielt problematiske omkring dette vil bli diskutert under punktet effektivitets- og ressurs hensyn nedenfor.

## 2.2 Gjennomgang av pasrl. § 4A-3 og hol. § 9-5

### 2.2.1 Pasrl. § 4A-3

Pasrl. § 4A-3 regulerer adgangen til bruk av tvang overfor demente. Av bestemmelsen følger:

*”Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.*

*Opprettholder pasienten sin motstand, eller vet helsepersonellet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand, kan det treffes vedtak om helsehjelp dersom*

- a) en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og*
- b) helsehjelpen anses nødvendig, og*
- c) tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen*

*Selv om vilkårene i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp bare gis der dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten. I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse.”*

Av første ledd, første setning følger det at tillitsskapende tiltak må ha vært forsøkt med mindre det er åpenbart formålsløst. Ordlyden tilsier at man skal forsøke å få pasienten til å

---

<sup>41</sup> Østenstad, Heimelsspørsmål s. 103

<sup>42</sup> Ot.prp. nr. 57 (1995-1996), pkt. 2

stole på helsepersonellet og at de tar en avgjørelse om behandling som er til det beste for pasienten. Av forarbeidene følger det at det også, i tillegg til å forsøke å få pasienten til å tillate inngrepet, omfatter et krav om å tilrettelegge tjenestetilbudet.<sup>43</sup> Videre følger det blant annet av rundskriv IS-10/2008 s. 26-27 at god forklaring av bakgrunnen for helsehjelpen og en innsats i å få pasienten til å forstå hva som foregår er eksempler på tillitsskapende tiltak. Samtidig vil det være god hjelp om pasienten føler seg trygg på helsepersonellet og kjenner de godt. Ordlyden ”åpenbart formålsløst” vitner om svært høy terskel for å unnlate et forsøk på tillitsskapende tiltak, jf. ”åpenbart”. Dette er i tråd med formålet om å unngå bruk av makt og tvang.

Videre må pasienten ha ytt ”motstand”. Av forarbeidene<sup>44</sup> følger at fysisk og verbal motstand er likestilt. En må ved vurderingen av om pasienten yter motstand ta hensyn til pasientens helsetilstand og den faktiske muligheten pasienten har til å ytre seg enten verbalt eller fysisk. Graden av motstand vil være relevant for helhetsvurderingen etter tredje ledd.

Av § 4A-3, annet ledd, bokstav a følger det videre at et vilkår for bruk av tvang er at ”unnlattelse av å gi helsehjelp[en] kan føre til vesentlig helseskade”. Dette innebærer at det blir stilt krav til konsekvensene av at helsehjelpen uteblir.<sup>45</sup>

Ordlyden ”helseskade” tilsier at det skal noe mer til enn bare en plage. Det skal være en konstaterbar skade, -altså en høyere terskel enn bare en mindre plage som for eksempel et utslett som svir. Av forarbeidene følger det videre at det i vilkåret ligger at en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til sykdom eller forverring.<sup>46</sup>

Muligheten for at helseskade også kan omfatte hygieniske problemer har vært oppe til diskusjon i teorien. Syse kan synes å være av den oppfatning at det i visse tilfeller kan hjemles inngrep der pasienten lukter slik at det vil være uakseptabelt for både pasient, medpasienter og den alminnelige trivsel.<sup>47</sup> Østenstad synes ikke å støtte dette synspunktet, da hygiene og

---

<sup>43</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 36

<sup>44</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 36

<sup>45</sup> ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 86

<sup>46</sup> Ot.ptp. nr. 64 (2005-2006) s. 38.

<sup>47</sup> Syse A, 2009 “Pasientrettighetsloven-med kommentarer”, 3. Utgave, Gyldendal Akademisk Forlag, s. 350 jf. S. 372.

påvirkning på andre ikke faller innenfor bestemmelsens anvendelsesområde.<sup>48</sup> I denne anledning vil huleboerdommen kunne tjene som et argument for at hygieniske årsaker kan være innbefattet. I den aktuelle dommen var spørsmålet om et sykehjem kunne utføre vask av pasient, skifte sengetøy og bandasjer på sår. Pasienten var samtykkekompetent og motsatte seg behandlingen. I høyesterett (dissens 3-2) falt de ned på at sykehjemmet kunne utføre tvangen. Begrunnelsen var blant annet at sykehjemmet måtte ha anledning til å stille vilkår ved institusjonsoppholdet, herunder rutiner for personlig hygiene. Det forelå i det konkrete tilfellet ikke noen klar hjemmel for anvendelse av tvang, noe som mindretallet påpekte var i strid med legalitetsprinsippet. Videre ble også tvangen begrunnet av hensyn til andre. Dette kan det stilles sterke spørsmålstegn ved, ettersom det i lovgivningen ikke åpnes for tvang på slikt grunnlag. Det nevnes at Østenstad har kritisert denne dommen på flere områder. Det vil imidlertid ikke være anledning til videre diskusjon av dommen, da den faller utenfor kjerneområdet av problemstillingen ettersom pasienten verken var dement eller psykisk utviklingshemmet, samt at han hadde sin samtykkekompetanse intakt.

Helseskaden må være ”vesentlig”. Ordlyden tilsier at skaden må ha et stort omfang. Videre tilsier ordlyden at skaden kan få alvorlige følger. Terskel må være høy, noe som også følger av forarbeidene.<sup>49</sup>

Østenstad<sup>50</sup> påpeker parallellen til helsepersonelloven § 7 som gir plikt til å hjelpe i situasjoner der det er ”påtrengende nødvendig”.<sup>51</sup> Det er klart at dersom hjelpen oppfyller vilkårene etter § 7 vil ikke bestemmelsen i § 4A-3 komme til anvendelse. Kravet om vesentlig helseskade vil således være litt lavere enn det som ligger i kravet i helsepersonelloven § 7. Østenstad påpeker imidlertid at terskelspørsmålet er noe usikkert. En dypere analyse av terskelen vil ikke bli foretatt da det faller utenfor hensikten med denne gjennomgang, og jeg nøyer meg her ved å slå fast at terskelen er høy jf. bruk av ”vesentlig” og helse”skade”.

Videre må helsehjelpen være ”nødvendig” jf. § 4A-3 annet ledd, bokstav b. Ordlyden tilsier at helsehjelpen må være sentral og essensiell for å forbedre tilstanden til pasienten. Av forarbeidene følger det at det av helsepersonell må foretas en skjønsmessig medisinsk faglig

---

<sup>48</sup> Østenstad, Heimelsspørsmål s. 384.

<sup>49</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 37

<sup>50</sup> Østenstad, Heimelsspørsmål s. 389 flg.

<sup>51</sup> Lov nr. 64/1999 (Helsepersonelloven)

vurdering for å avgjøre betydningen av helsehjelpen, da eventuelt betydningen av unnlåtelsen.<sup>52</sup> Etter forarbeidene<sup>53</sup> følger det at terskelen for hva som skal anses som nødvendig er lavere enn ”påtrengende nødvendig” i henholdsvis pasrl. § 2-1 og helsepersonelloven § 7 som nevnt overfor.

Av § 4A-3 annet ledd, bokstav c, følger vilkåret om forholdsmessighet. Dette innebærer at behovet for helsehjelpen skal stå i forhold til tiltaket som iverksettes. Forholdsmessighetskrav går igjen i mange deler av den norske og internasjonale lovgivningen, og innebærer generelt at man skal vurdere godene opp mot de potensielle negative følgene. I forarbeidene<sup>54</sup> nevnes det at tiltaket skal være klart mer positivt enn de negative konsekvensene av å bruke tvang for at forholdsmessighetskravet skal være oppfylt. Dette er Østenstad inne på i boken sin i forbindelse med forskjellen på forholdsmessighetsvurderingen og den avsluttende helhetsvurderingen som siste vilkår.<sup>55</sup> Det kan synes, etter forarbeidene, at det i realiteten ikke er en altfor stor forskjell på disse to siste vilkårene. På den annen side fanger helhetsvurderingen opp flere aspekter ved saken, slik at det synes fornuftig med forholdsmessighet som et eget krav.

Som nevnt over er siste vilkår for anvendelse av tvang en helhetsvurdering jf. § 4A-3 tredje ledd. Denne foretas når de øvrige vilkår for benyttelse av tvang er oppfylt. Av tredje ledd følger det at tvang bare kan benyttes der det ”etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsningen for pasienten”. Ved denne vurderingen skal det legges vekt på ”graden av motstand” og videre om det i ”nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse”. Helhetsvurderingen åpner for bruk av skjønn hos vedtaksansvarlig og setter en skranke for når tvang kan benyttes. I forarbeidene<sup>56</sup> fremheves viktigheten av en slik helhetsvurdering hvor pasientens beste skal stå i fokus. Bruk av ordlyden ”klart beste løsning” vitner om at man ved helhetsvurderingen må ha en overvekt av argumenter for at tvangen er til det beste. Forarbeidene fremhever også at pasientens subjektive opplevelse skal tas hensyn til. Dog må man også ta hensyn til det objektive ved behovet for hjelpen. Pasienter som mangler samtykkekompetanse, vil fra tid til annen kunne ha problemer med å se hva som er

---

<sup>52</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 86

<sup>53</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 40

<sup>54</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 40

<sup>55</sup> Østenstad, Heimelsspørsmål s. 630 flg.

<sup>56</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 41



til det beste for helsen deres på lang sikt, og det objektive behovet for helsehjelpen vil da kunne overveie pasientens subjektive opplevelse av at behandlingen er skummel eller ubehagelig. Graden av motstand må også vurderes. Man skal ved vurderingen av motstanden ta hensyn til pasientens evne til å uttrykke seg selv. Her har forarbeidene uttalt at ved særlig sterk motstand vil dette kunne være grunn nok til å unnlate å gi helsehjelpen ettersom forsvarlighetskravet etter hlspl. § 4 da ikke vil være oppfylt.

### **2.2.2 Hol. § 9-5**

Hol. § 9-5 regulerer bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming. Av bestemmelsen følger:

*”Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter kapitlet her settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.*

*Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte bruker eller pasient. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.*

*Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:*

- a) skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner*
- b) planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner*
- c) tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.”*

Bestemmelsen er en videreføring av sosialtjenesteloven § 4A-5<sup>57</sup> og fastlegger vilkårene for bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming. Bestemmelsen forutsetter at

---

<sup>57</sup> Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) s. 57 og Innst. O. nr. 14 (2003-2004) s. 7

man skal ha prøvd alternative løsninger for frivillig tiltak før tvang iverksettes. Dette samsvarer med kravet i pasrl. §4A-3 om at tillitsskapende tiltak skal være forsøkt.

Videre fastsetter § 9-5 at tvang bare kan brukes når det er ”faglig og etisk forsvarlig”. I forarbeidene fremheves det at “dette vilkåret gjelder både vedtakets innhold og ved gjennomføring av tiltak. Fag og etikk vil normalt inngå i hverandre, men slik loven er utformet, er etisk forsvarlighet et selvstendig krav. Dette kan innebære at tiltak som etter en faglig vurdering er forsvarlig, ikke uten videre kan anses som etisk forsvarlig.”<sup>58</sup> Det må altså foretas en konkret vurdering av tiltaket i hver enkelt sak. Hol. § 9-5 skiller seg her fra pasrl. § 4A-3 som ikke har et tilsvarende krav om faglig og etisk forsvarlig behandling.

Forsvarlighetskravet i pasrl. § 4-1 gjelder tilsvarende for tvang etter § 4A-3, slik at bestemmelsen allikevel kan synes å verne om de samme interessene. Kravet om faglig og etisk forsvarlighet vil gjelde både selve vedtaket og gjennomføringen av det. Behandlingen må i så måte være anerkjent og ha en medisinsk forankring for at den skal være forsvarlig. At det skal være etisk forsvarlig vitner om at generelle prinsipper som autonomi, selvbestemmelse og menneskeverd skal vektlegges. I annet ledd er det videre listet opp retningslinjer for denne vurderingen. Det skal legges vekt på hvor inngripende tiltaket er og det skal foretas en forholdsmessighetsvurdering. Disse retningslinjene samsvarer med henholdsvis annet ledd og tredje ledd i pasrl. § 4A-3 hvor en forholdsmessighets- og helhetsvurdering skal foretas.

Tvang og makt bare anvendes for å begrense ”vesentlig skade”. Terskelen skal være høy, jf. ”vesentlig”. I forarbeidene er nevnt ”omfattende fysisk skade som tjenestemottakeren påfører seg selv eller andre og ødeleggelse av gjenstander av betydelig verdi”. Videre er det ikke tilstrekkelig at tjenestemottakeren “opptrer med rop eller forstyrrende bevegelser hvis ikke dette skjer på en slik måte/på slike steder at det medfører vesentlig skade”.<sup>59</sup>

Vilkåret om ”vesentlig skade” skiller seg fra vilkåret i pasrl. § 4A-3 om ”vesentlig helseskade”. Av ordlyden kan det synes at hol. § 9-5 åpner for skader av annet omfang enn rene helseskader. Av forarbeidene til sosialtjenesteloven følger det at skadebegrepet omfatter

---

<sup>58</sup> Prop. 91 L (2010-2011) pkt. 36.2.4

<sup>59</sup> Ot.prp. nr.57 (1995-1996) s.16

ulike former for påvirkning.<sup>60</sup> Østenstad påpeker at forarbeidene setter svært vide rammer for hvilke rettsgoder som kan ha vern gjennom et inngrep gjennom uttalelsen ”det er ikke meningen å foreta noen avgrensning i forhold til type skade”.<sup>61</sup> Det er også uttalt at skader av immateriell art også omfattes av skadebegrepet.<sup>62</sup> Videre følger det av forarbeidene at det ikke skal tas hensyn til hvilke mulige forbedringer tiltaket kan forventes å innebære.<sup>63</sup> Skadebegrepet etter hol. § 9-5 favner dermed videre enn pasrl. § 4A-3.

I tredje ledd bokstav a, b, og c, følger en oversikt av tilfeller hvor tvang kan anvendes.

Av bokstav a følger det at tvang kan benyttes som ”skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner”. Etter en alminnelig forståelse av ordlyden kan det tilsi at tiltak bare kan iverksettes dersom man står ovenfor en akutt situasjon hvor faren er prekær. I forarbeidene påpekes det at det ikke gjelder noe krav om at skaden har oppstått.<sup>64</sup> Videre følger det at ” Det må imidlertid foreligge en nærliggende og påregnelig skademulighet. Det kan ikke dreie seg om hvilken som helst liten mulighet for at noe kan skje. Det må være en konkret faresituasjon som innebærer at risikoen må ha gitt seg konkrete uttrykk. Videre må det være sannsynlig at skaden vil oppstå i den enkelte situasjonen. Det er imidlertid ikke nødvendig at faren er overhengende, slik den er i en akutt nødssituasjon”. Forarbeidene skiller seg i så måte fra alminnelig forståelse ettersom ordlyden ikke er ment å bare favne om overhengende fare slik som i en akutt nødssituasjon.

Av bokstav b følger det videre at tvang kan anvendes ved “planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner”. Dette alternativet åpner for mer forberedte tiltak i henhold til repeterende handlinger pasienten utfører. Forarbeidene understreker at “slike tiltak skal være forberedte og gjennomtenkte”.<sup>65</sup>

Bokstav c åpner for bruk av tvang for å ”dekke brukerens eller pasientens grunnleggende

---

<sup>60</sup> Ot.prp. nr. 57 (1995-1996) s. 13 og 16.

<sup>61</sup> Østenstad Heimelsspørsmål, s 385 flg. Også jf. Ot.prp. nr. 57 (1995-1996) s. 16

<sup>62</sup> Ot.prp. nr. 57 (1995-1996)

<sup>63</sup> Ot.prp. nr. 58 (1994-1995) s. 39.

<sup>64</sup> Ot.prp. nr.55 (2002-2003) s.39

<sup>65</sup> Ot.prp. nr.55 (2002-2003) s. 39

behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak”. Av forarbeidene<sup>66</sup> presiseres det at opplæring og trening kun kan brukes i tiltak for å dekke pasientens grunnleggende behov. Adgangen til å bruke tvang og makt i atferdsendrende tiltak faller er ikke videreført i hol. Videre uttaler departementet<sup>67</sup> at det etter gjennomgang av høringsuttalelsene er behov for å begrense bruk av tvang i opplærings-, trenings- og behandlingstiltak. Samtidig er det behov for å ha en viss adgang til slik bruk av tvang, da særlig i forhold til barn og unge. Departementet understreker samtidig at ut over å dekke de nevnte grunnleggende behov, vil det ikke være anledning til bruk av tvang.

### 2.2.3 Generelle betraktninger

Etter en gjennomgang av de aktuelle vilkårene i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven kan en se at selv om bestemmelsene er relativt likt utformet, foreligger det allikevel noen forskjeller. Det kan stilles spørsmål ved bakgrunnen for at disse bestemmelsene er ulikt utformet og har til dels ulik ordlyd. Begge pasientgrupper tilhører, som nevnt innledningsvis, en gruppe individer som har et særlig sterkt behov for vern. Til tross for ulik diagnose, vil pasientene i stor grad ha lignende utfordringer hva gjelder sinnstilstanden og deres manglene forståelse av seg selv og omgivelsene. Problemet i praksis kommer også frem fra undersøkelsen<sup>68</sup> som ble nevnt innledningsvis i oppgaven. Den tydeliggjør at loven kanskje ikke favner alle situasjoner hvor tvang anses nødvendig. Samtidig er helsepersonell ofte usikre på grensene for tvangsbruk og mye uregelmessig tvang forekommer uten vedtak om det. Slik som bestemmelsene står nå vil det kunne være problematisk for pasienter, pårørende og helsepersonell å forstå forskjellen og likhetene ved de to tvangsbestemmelsene. Hva følgene av dette kan bli og på hvilken måte situasjonen kan bedres, vil jeg diskutere nærmere under punkt 3 i oppgaven.

---

<sup>66</sup> Ot.prp. nr.55 (2002-2003) s. 57

<sup>67</sup> Ot.prp. nr.55 (2002-2003) s. 31 og 32

<sup>68</sup> Pedersen R, m.fl. “Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning”. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2013 (nr. 18). <http://tidsskriftet.no/article/3067360>

## 2.3 Noen utvalgte hensyn i helseretten

I det følgende vil jeg foreta en gjennomgang av noen utvalgte hensyn i helseretten. Det må påpekes at det innenfor dette rettsområdet er flere hensyn som gjør seg gjeldende, og at det i den følgende fremstillingen er valgt tre hensyn på bakgrunn av oppgavens problemstilling. Hensikten med den videre fremstillingen er å se hvordan disse hensynene kommer til syne, blir ivaretatt og eventuelt kan bli bedre ivaretatt gjennom dagens lovgivning. Begrunnelsen for utvelgelsen av de aktuelle hensynene er følgende:

Rettsikkerhet er hovedtemaet og tjener som er ramme for denne oppgaven. Målsettingen er kartlegge hvordan rettsikkerheten til de aktuelle pasientgruppene blir påvirket gjennom tvangslovgivningen. Bakgrunnen for valget av rettsikkerhet som ramme er blant annet fordi rettsikkerhet er et såpass vidt begrep og således favner om flere andre viktige hensyn innenfor helseretten. Rettsikkerhet kan blant annet knyttes opp mot hensynet til selvbestemmelse, hensynet til personlig integritet, forutberegnelighet, frihet og likhet mv. Slik sett er det naturlig ta utgangspunkt i rettsikkerhet.

Videre vil hensynet til autonomi være gjenstand for diskusjon. Autonomi er tett knyttet opp mot rettsikkerheten. Samtidig springer hensynet til den personlige autonomi ut i reglene om samtykke. Disse reglene er relevante for ivaretagelse av rettsikkerheten til pasientene og på bakgrunn av dette ser jeg det som hensiktsmessig å foreta en gjennomgang av tvangsreglene i lys av hensynet til personlig autonomi.

Til sist vil jeg se hvordan effektivitets- og ressurs hensyn gjør seg gjeldende i tvangslovgivningen. Dette fordi de kan sies å representere en motvekt til de to ovennevnte hensynene. Effektivitets- og ressurs hensyn er ikke nødvendigvis hovedsakelig begrunnet i hensynet til pasienten, ettersom rent praktiske utfordringer på institusjon og for helsearbeidere kan spille inn på en slik vurdering. Det synes derfor naturlig å trekke inn disse hensynene for å nyansere de ulike bakgrunnene for lovgivningen, samt de praktiske utfordringene pasientbehandlingen byr på.

## 2.3.1 Rettssikkerhet

Ut fra gjennomgangen av formålsbestemmelsene i både pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven er det tydelig at lovgiver har ment å sette rettssikkerhet i fokus. Dette fremkommer både av de ovennevnte formålsbestemmelsene til tvangskapitlene samt av de generelle formålsbestemmelsene i henholdsvis pasrl. § 1-1 og hol. § 1-1. De tilsynelatende strenge vilkårene formulert i både pasrl. og hol. vitner også om et ønske om å beskytte pasientens rettssikkerhet. Imidlertid vil ikke alltid en intensjon, et formål eller ønske være tilstrekkelig til å ivareta rettssikkerheten for disse pasientgruppene. I det følgende vil jeg trekke frem noen momenter som kan påvirke rettssikkerheten i negativ forstand, samt påpeke hvordan den ivaretas gjennom bestemmelsene.

Vilkårene i pasrl. § 4A-3 er etter gjennomgangen i punkt 2.1.3 tilsynelatende gjennomtenkt og ivaretar rettssikkerheten til pasientgruppen demente. Noen utfordringer er det allikevel.

For det første kan man se på ordlyden ”åpenbart formålsløst”. Her har lovgiver gitt inntrykk av at man skal overholde en relativt høy terskel og i så måte kreve at tillitsskapende tiltak forsøkes såfremt det ikke er noen mulighet for at det vil bidra til unnløst av tvang.

Problemet med denne formuleringen er at ordlyden på mange måter er vag. Helsepersonell vil kunne få problemer med å ta stilling til når noe er ”åpenbart formålsløst”. Er det ”åpenbart” formålsløst når pasienten har en generell tendens til å utøve motstand mot de fleste helsemessige tiltak som foreslås? Kan helsepersonell vurdere det slik at hvis en pasient har sagt nei en behandling og mottatt den ved tvang tidligere så vil nye forsøk på tillitsskapende tiltak være formålsløse? Ved å bruke en slik formulering skaper man potensielle problemer blant helsepersonell som har ulike terskel for når noe oppleves som åpenbart formålsløst. Samtidig kan det være problematisk at helsepersonell ikke kjenner til generelle juridiske termer og i så måte kunne behøvd ytterligere retningslinjer for når noe faller innenfor den aktuelle ordlyden.

Av undersøkelsen ”bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning”, kom det også frem at helsepersonell er usikre på hva som skal regnes som ”vesentlig helseskade” etter pasrl. § 4A-3. Terskelen er som tidligere nevnt relativt høy, men det kan være vanskelig å trekke en nedre grense for hva ordlyden skal innebefatte. I undersøkelsen nevnes blant annet spørsmålet om

*når* mangel på stell kan føre til vesentlig helseskade. Spørsmål som ofte gikk igjen var ”når blir situasjonen alvorlig nok?”, ”hva er riktig inngrepstidspunkt?” og ”hvor sannsynlig og alvorlig skal mulig forverring være?”.<sup>69</sup> Som man ser ut fra disse erfaringene kan mangel på forståelse av hva som ligger i de juridiske begrepene påvirke rettssikkerheten til pasientene som behandles.

Når det gjelder begrepet ”vesentlig skade” i hol. § 9-5 vil det tenkes at helsepersonell har tilsvarende problemer med å klargjøre hva som ligger i skadebegrepet. Som nevnt overfor er skadebegrepet etter hol. § 9-5 videre formulert og fanger opp om flere situasjoner enn pasrl. § 4A-3. I forhold til rettssikkerheten til de psykisk utviklingshemmede kan dette være problematisk, da helsepersonell i teorien dermed kan utøve tvang for flere situasjoner enn det de kan for demente etter pasrl. § 4A-3. Samtidig vil de ulike formuleringene potensielt bidra til forvirring om innhold i lovreglene for ikke-juristene som skal fatte vedtakene. Dette problemet vil bli adressert nedenfor under punkt 3.

I forarbeidene<sup>70</sup> har det blitt fremhevet at i forarbeidene til sosialtjenesteloven kapittel 6A var utgangspunktet for departementets arbeid å lage et forslag til regler uavhengig av diagnose. Dette ble imidlertid fraveket ettersom det ut fra den kunnskapen som forelå på den tid var vanskelig å finne presise atferdskriterier uten å knytte de til andre forhold. Samtidig la departementet vekt på at det var i forhold til psykisk utviklingshemmede at behovet for lovregulering var særlig sterkt. Rådet fremhevet i sluttrapport at ettersom antall tjenestemottakere er høyst ulikt og ulike hensyn i forhold til ulike pasientgrupper gjør seg gjeldende, ville det være bedre å gi diagnosespesifikke regler for personer med utviklingshemming. Fylkesmannen i Oppland uttalte at ”Fylkesmannen ser behovet for et diagnoseuavhengig kriterium i loven. Det er derfor ønskelig at det gjøres en kartlegging av dette (eks. Autister)”. Lindås kommune la seg på same linje og påpekte også at man i ”den praktiske hverdag står en av og til overfor samme utfordringer med andre personer som ikke har denne diagnosen”. De påpekte videre at det vil være lite hensiktsmessig at en kan gripe inn overfor bruker med rett diagnose, men ikke overfor andre med lignende atferd. Norsk forbund for utviklingshemmede ønsket ikke felles regelverk og begrunnet dette særlig med den store forskjellen i reell livssituasjon for gruppene med demens og psykisk

---

<sup>69</sup> Undersøkelsen s. 1937

<sup>70</sup> Ot.prp. nr. 55 (2002-2003) s. 34/35

utviklingshemming. Departementet fremla så de diagnosespesifikke reglene, men påpekte at det vil være behov for å utrede videre om virkeområdet for reglene bør utvides til å gjelde andre grupper med liknende utfordrende atferd. Disse uttalelsene kan knyttes opp mot rettssikkerhetsbetraktninger. Diagnosespesifikke regler kan ivareta rettssikkerheten til den aktuelle pasientgruppen ved at reglene er spesialtilpasset atferd og utfordringer knyttet til denne. Samtidig vil også slike regler, da særlig i et etisk perspektiv, vise en forskjellsbehandling av pasientgrupper som kan virke uriktig. Terskelen for bruk av tvang bør i utgangspunktet ikke være forskjellig for ulike pasientgrupper. Den burde i stedet baseres på behovet for inngrep i den aktuelle situasjon, uavhengig av diagnose. Nærmere om denne diskusjonen om mine personlige betraktninger kommer jeg tilbake til under punkt 3.

Også i forhold til vilkåret om at helsehjelpen skal være ”nødvendig” kan det oppstå problemer med rettssikkerheten. Av undersøkelsen<sup>71</sup> kommer det frem at hvor noen tolker ordlyden svært restriktivt og strengt ved å bare vurdere tvang der det er betydelig fare for liv og helse, vil andre tolke vilkåret til å omfatte mindre helseskader. Et eksempel som ble nevnt i denne sammenheng er langvarig bruk av matbrett på stolen for å forebygge fall.<sup>72</sup> Langvarig bruk av brett vil kunne føre til at pasienten sitter for mye i stolen sin og at pasienten blir mer apatisk enn det som kunne vært tilfellet dersom helsepersonellet unnlot å bruke matbrett. Dette eksemplet illustrerer at bruk av tvang kan forekomme i tilfeller hvor det etter lovens ordlyd faller utenfor, -eller i alle fall ligger helt på kanten av begrepet.

Forholdsmessighetsvurderingen og helhetsvurderingen kan synes å være enklere å forholde seg til. Til tross for at dette også er tilsynelatende vide formuleringer som gir rom for brede vurderinger av flere hensyn synes det ut fra undersøkelsen at disse vilkårene ikke er de mest problematiske. Jeg vil allikevel påpeke at her, som ved de andre vilkårene, er mye overlatt til helsepersonellens skjønn. Med tanke på at det faktisk er helsepersonellet som innehar den faglige kompetansen til å vurdere helsetilstanden og behovet for hjelpen til pasienten vil det i så måte være naturlig at de selv foretar en bredere helhetsvurdering av situasjonen. Problemet her kan være at det skulle vært klarere ordlyd, herunder spesifisert hvilke hensyn som skal vektlegges. I hol. § 9-5 presiseres vurderingen ytterligere enn i pasrl. § 4A-3. Her fremheves det at man skal se hen til hva som er faglig og etisk forsvarlig, samt at det skal legges særlig

---

<sup>71</sup> Undersøkelsen, s. 1937

<sup>72</sup> Undersøkelsen, s. 1937, ramme 2



vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte pasient. Det kan dermed synes som at hol. § 9-5 er formulert på en slik måte at helsepersonell i større grad vet hva de skal vektlegge ved den endelige vurderingen.

Et annet problem i forhold til rettssikkerheten er skillet mellom somatisk og psykisk sykdom. Dette skillet vil bli diskutert mer inngående nedenfor under punkt. 3.

Et interessant aspekt å nevne i sammenheng med rettssikkerhet er kravet til og fokuset på rettssikkerhet i andre deler av lovgivningen. Om en ser på de strafferettslige reglene og prinsippene, vil man se at rettssikkerhet er særdeles viktig. Med bakgrunn i det er det strenge krav til klarhet og forut beregnelige lovregler. Hovedgrunnen til at dette er så viktig innenfor strafferetten er fordi det er snakk om frihetsberøvelse eller andre inngripende tiltak mot enkeltindivider. Men hva så med helseretten? Er det ikke snakk om inngripende tiltak i ens personlige sfære der også? Og frihetsberøvelse med tvangsinnleggelse eller låsing av dører mv.? Hvorfor er det ikke like strenge krav, eller tilnærmet like, til lovgivningen på dette området? Innenfor helseretten må man i tillegg forholde seg til svake menneskegrupper som i særlig grad trenger beskyttelse av loven. Et klarhetskrav på tilnærmet lik linje med strafferetten kan argumenteres for.

### **2.3.2 Autonomi**

Personlig autonomi går ut på å akseptere at individet innehar kompetanse til å ta egne valg. Personlig autonomi betyr enkeltindividets rett til å bestemme over forhold som gjelder dem selv.<sup>73</sup> Innenfor helse handler det mer spesifikt og medbestemmelse og medvirkning til egen behandling.

Autonomi blir stadig mer sentralt innenfor helsetjenesten og også generelt i norsk lovgivning. Fra å gå fra et rent paternalistisk syn i helseretten har vi gradvis gitt pasienter mer selvbestemmelse og tiltro til at pasienter selv vet hva som er best for dem selv. Journaldommen<sup>74</sup> gir et bilde på hvordan innstillingen har forandret seg. I denne dommen ble

---

<sup>73</sup> NOU 2004: 18. Avsnitt 6.7

<sup>74</sup> Rt. 1977 s. 1035

det fastlagt at pasienter på bakgrunn av alminnelige rettsgrunnsetninger har innsynsrett i sin egen journal uten å måtte kreve dette ved rettsavgjørelse. I dommen uttales at “hensynet til den enkeltes muligheter for å ordne tilværelsen for seg og sine og det alminnelige behov for rettssikkerhet tilsier at den som ønsker ytterligere informasjon utover hva legen meddeler ham, må gis medhold i dette”.<sup>75</sup> Dommen var et vendepunkt og et bilde på hvordan innstillingen til pasientens medbestemmelse og medvirkning og rettigheter har forandret seg fra det paternalistiske systemet vi hadde tidligere.

Av formålsbestemmelsene i pasrl. og hol. er det klart at man vektlegger pasientens personlige autonomi. Dette er også presisert i forarbeidene.

Hensynet til personlig autonomi blir godt ivaretatt gjennom den generelle bestemmelsen om samtykkekompetanse i pasrl. § 4-1, hvor det klare utgangspunktet er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke. Videre ivaretar de øvrige reglene om samtykke den personlige autonomi.<sup>76</sup> Også reglene om rett til medvirkning og informasjon i henholdsvis hol. § 9-3 og pasrl. kapittel 3, viser at lovgiver ønsker å ivareta den personlige autonomi.

Videre kan det argumenteres for at de strenge materielle vilkårene for anvendelse av tvangsparagrafene indirekte ivaretar hensynet til personlig autonomi, ettersom bruk av tvang ønskes unngått.

Hva gjelder selve tvangsbestemmelsene, vil de av naturlige årsaker ikke i særlig stor grad tydeliggjøre vektleggingen av autonomihensynet. Tvangsbestemmelsen i pasrl § 4A-3 forutsetter at pasienten ikke har samtykkekompetanse og således ikke kan samtykke til inngrep. I hol. § 9-5 er dette ikke uttrykkelig forutsatt. I forarbeidene er det presisert at man ikke mister samtykkekompetansen sin automatisk ved å få diagnosen psykisk utviklingshemmet. Det må i hvert tilfelle foretas en vurdering av samtykkekompetansen. Hvordan påvirker så dette hensynet til personlig autonomi i sammenheng med tvangsbestemmelsen? Det har i teorien vært problematisert om det foreligger en nektingsrett for de psykisk utviklingshemmede. Hol. § 9-5 er i utgangspunktet formulert med tanke på nødssituasjoner i bokstav a og b. I en slik situasjon er det naturlig at diskusjonen om

---

<sup>75</sup> Rt. 1977 s. 1035, s 1047

<sup>76</sup> Se pkt. 1.3.2

Samtykke ikke vil bli satt på spissen ettersom det nettopp foreligger en nødssituasjon. Bokstav c hjemler imidlertid tvang på annet grunnlag. Det kan etter min mening i alle fall argumenteres for at det i tilfeller etter bokstav c foreligger en nektingsrett for pasientene dersom de innehar samtykkekompetanse. Muligens kan det også foreligge en slik nektingsrett til tross for at pasienten ikke nødvendigvis oppfyller kravene til samtykkekompetanse, såfremt pasienten har en delvis forståelse av hva nektingen av inngrepet vil innebære. Det er imidlertid usikkert hvor stor betydning dette har i praksis. Østenstad<sup>77</sup> har argumentert for at det bør foreligge nektingsrett, og at spørsmålet heller er hvilke krav som må stilles til en gyldig nekting. Dette vil det ikke bli anledning til å gå nærmere inn på ettersom det ville vært en stor selvstendig vurdering og det følgelig ikke er plass til denne i oppgaven.

### 2.3.3 Effektivitets- og ressurs hensyn

I utgangspunktet vil hensynet til effektivitet- og ressurs hensyn handle mest om de prosessuelle reglene som ikke er gjenstand for diskusjon i denne oppgaven. Hva gjelder de materielle vilkårene vil det likevel være naturlig å sette fokus på disse hensynene da de i praksis ofte kan tjene som en del av grunnlaget for bruk av tvang.<sup>78</sup>

Av forarbeidene<sup>79</sup> følger det at tvangstiltak aldri skal benyttes bare for å spare ressurser eller på grunn av mangelfull kompetanse. Dette setter føringer på helsepersonell som anvender tvang.

Videre følger det av forarbeidene til sosialtjenesteloven kapittel 4A at det ikke er tillatt å anvende tvang i de tilfeller hvor problemene kan løses ved endringer i pasientens øvrige tilbud. Det understrekes at det ikke er avgjørende om personen har forsvarlige tjenester, men om det er gjort tilstrekkelig forsøk på å fjerne eller begrense behovet for anvendelse av tvang.<sup>80</sup> Videre skal aldri bruk av tvang begrunnes og forsvares med økonomiske hensyn.<sup>81</sup>

Flertallet understreker videre at økonomiske hensyn eller effektivitetshensyn ikke skal ha

---

<sup>77</sup> Østenstad, Heimelsspørsmål s. 728 flg.

<sup>78</sup> Undersøkelsen, s. 1937

<sup>79</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 29

<sup>80</sup> Ot.prp. nr. 58 (1994-1995) s. 15

<sup>81</sup> Ot.prp. nr. 57 (1995-1996) s. 5

innvirkning på hva som er faglig og etisk forsvarlig i forhold til tjenestemottakeren.<sup>82</sup> Dette fremheves også i Rundskriv IS-10/2004.

Det som er problematisk, som også Østenstad<sup>83</sup> er inne på, er om man kan ta tolkningen som ligger til grunn i forarbeidene på ordet. Vi ser, blant annet av undersøkelsen som er nevnt tidligere, at det ofte er behov for å vektlegge effektivitet- og ressurs hensyn slik at det ikke går ut over de andre pasientene. Vi ser også at mye tvang er begrunnet i slike hensyn til tross for at de etter forarbeidene ikke skal vektlegges. Dette blir da et problem i praksis.

Et potensielt problem som kan oppstå i praksis er hvor strenge krav man skal stille til utprøvingen av frivillige tiltak etter tvangsbestemmelsene. Hva man innehar av ressurser og hvor mye tidskapitet man har vil være relevant for tolkningen av denne forutsetningen. Forarbeidene har også uttalt at det som er avgjørende for bruk av tekniske varslingsystemer skal være hva slags behov pasienten har for tilsyn og hjelp, ikke behovet tjenesteapparatet har for å spare penger, effektivisere eller lignende.<sup>84</sup> Ettersom forarbeidene synes å være nokså klare på det faktum at effektivitets- og ressurs hensyn ikke skal vektlegges kan lovgiver kritiseres for ikke å nevne noe om dette i lovtekst. Ettersom det er sannsynlig, og også kommer frem av den nevnte undersøkelsen, at det er naturlig for helsepersonell å vektlegge disse hensynene, vil unnlattelsen av å ta de med i loven skape problemer for rettssikkerheten til pasientene.

Risikoen for de potensielle rettssikkerhetsproblemene ville vært forminsket dersom lovgiver i tvangsbestemmelsene hadde presisert at slike hensyn ikke skal vektlegges. Undersøkelsen viser klart at dette skaper problemer i praksis og at både pasienter og helsepersonell lider av denne usikkerheten knyttet til regelverket.

---

<sup>82</sup> Innst. O. nr. 70 (1995-1996) s. 19

<sup>83</sup> Østenstad, Heimelsspørsmål s. 405 flg.

<sup>84</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) side 48

# 3 Avslutning

I det følgende vil jeg først foreta en oppsummering av de rettssikkerhetsmessige utfordringene lovverket byr på i punkt 3.1. Her vil jeg se på lovens fragmentariske karakter og trekke frem utvalgte problem innenfor helselovgivningen. Videre vil jeg avslutningsvis i punkt 3.2 komme med personlige bemerkninger om hva som kan gjøres for å bedre rettssikkerheten til de to pasientgruppene.

## 3.1 Rettssikkerhetsmessige utfordringer

Som gjennomgangen i oppgaven har vist, er det flere betenkeligheter ved utformingen av bestemmelsene og bruken av tvang overfor demente og psykisk utviklingshemmede. Vi ser at antall tvangsvedtak har økt. Om dette betyr at flere forstår og retter seg etter loven ved å vedta lovmessige tvangsvedtak eller om det betyr at loven i større grad enn tidligere gjøre det enklere å fatte slike vedtak er fortsatt usikkert.

Som et eksempel direkte knyttet til lovteksten vil jeg nevne skadebegrepet som er ulikt utformet i pasrl og hol. Til tross for at pasientgruppene har ulik diagnose, vil deres ferdigheter og mulighet til å ivareta sine egne interesser på best mulig måte være relativt like. At man da opererer med to ulike begreper skaper forvirring blant helsepersonellet som skal forholde seg til lovverket. Videre kan en spørre seg om man i større grad ønsker å tillate tvang overfor psykisk utviklingshemmede ettersom skadebegrepet i hol. er videre enn "helseskade" som gjelder for demente etter pasrl. § 4A-3. Det kan være at det er faglige begrunnelser for hvorfor man har et tilsynelatende strengere vilkår for demente enn psykisk utviklingshemmede, men slik jeg personlig ser det, burde det ikke være noe forskjell på terskelen her. En dement person som er utagerende kan i like stor grad utgjøre en fare for materiell skade som en person med psykisk utviklingshemming.

Videre vil jeg trekke frem et generelt problem innenfor helselovgivningen. Her har lovgiver valgt å gi både generelle og spesifikke lover som i stor grad overlapper og går om hverandre. Dette fragmentariske lovverket skaper unødig forvirring blant både pasienter som vil forutberegne sin egen rettsstilling og blant helsepersonell som må forholde seg til lovverket.

Det kan nevnes i denne sammenheng at lovgiver har gjort et opprydningsforsøk ved å oppheve kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven for å bli erstattet av helse- og omsorgstjenesteloven. Til tross for dette har vi fortsatt mange utfordringer i lovgivningen. Et eksempel jeg vil trekke frem, som illustrerer lovgivningsproblemet, er når en dement eller psykisk utviklingshemmet person også får psykiske lidelser. Om man skal utøve tvang mot en psykisk utviklingshemmet person befinner man seg i hol. kapittel 9. Men dersom den utviklingshemmede personen har fått en psykisk lidelse vil det være psykisk helsevernlov som regulerer tilfellet. Rent praktisk vil det nok være vanskelig å skille en potensiell ”ekstra” psykisk lidelse på toppen av den allerede svekkede sinnstilstanden, men dette er et problem som kan forekomme. Da det vil være vanskelig å skille mellom hva som er den reelle årsaken til motstanden hos pasienten, demensdiagnosen eller en annen psykisk lidelse, vil det da også være vanskelig å bestemme hvilket hjemmelsgrunnlag man skal benytte seg av. Gjennom dette eksemplet kan man se et problem som kommer av at lovverket er fragmentarisk og skiller mellom ulike diagnoser, noe som igjen kan virke negativt på pasienten som kanskje ikke blir behandlet etter riktig hjemmel. Dette påvirker følelig rettssikkerheten til pasientene ettersom det er vanskelig å forutberegne rettsstillingen og også fordi helsepersonell selv kan velge feil hjemmelsgrunnlag.

Det er etter dette klart at det er rom for forbedring i lovverket slik at rettssikkerheten i større grad kan ivaretas. I det følgende vil jeg komme med noen betraktninger på hva som kan gjøres for å bedre rettssikkerheten til disse utsatte pasientgruppene.

## **3.2 Personlige bemerkninger**

Som nevnt har vi et fragmentarisk lovverk tilpasset ulike situasjoner hvor helsepersonell må foreta flere skjønnsmessige vurderinger. Dette kan ha sine fordeler og ulemper. Det kan argumenteres for at ulikt lovverk for ulike situasjoner er bedre enn en samlet lov som ikke skiller på de ulike pasientgruppene.<sup>85</sup> Samtidig vil det kunne virke unaturlig å ha ulike tvangsparagrafer for demente, psykisk utviklingshemmede og psykisk syke personer. Til tross for ulike diagnoser har de alle like stort krav på ivaretagelse av egen rettssikkerhet og vern om sine interesser.

---

<sup>85</sup> Se uttalelse fra forarbeid, under punkt. 2.3.1

I denne diskusjonen kommer vi ned til et spørsmål som gjelder i alle områder av lovgivningen, med ulikt svar avhengig av hvilket rettsområde man befinner seg på. Ønsker vi generelle og vide formulering i bestemmelsene slik at de kan tilpasses ulike pasienter med ulikt behov eller ønsker vi klarere, rigide og mer forutsigbare regler som gjør det lettere å sette grenser for tvangsbruken?

Vi har sett av undersøkelsen at tvang blir brukt utenfor lovhjemlene i praksis.<sup>86</sup> Det fremheves blant annet at tvang av hensyn til andre, tvang på grunn av mangel på resurser, tvang som ikke er helsehjelp og tvang som ikke oppfyller vilkårene i pasrl. § 4A-3 forekommer i praksis. Når lovgiver blir gjort oppmerksom denne ureglementerte bruken av tvang i ulike situasjoner må noe gjøres. Er det reglene som er for uklare? Er det hjemmelen som er for snever og ikke fanger opp de reelle situasjonene som ofte oppstår i praksis? Min personlige mening og erfaring etter arbeidet med denne oppgaven er todelt.

Hjemmelsparagrafene for anvendelse av tvang må klargjøres av lovgiver. Dette innebærer en endring hvor innholdet i de sentrale vilkårene i større grad blir redegjort for.<sup>87</sup> Hva gjelder det som kom frem av undersøkelsen om tvang som ikke er lovhjemlet, bør tvangparagrafene etter min mening ikke utvides til å gjelde slike tilfeller. Tvang er så inngripende og nedverdiggende at man ikke vil ønske en hjemmel som åpner for slik tvang som nevnt overfor. På den annen side må rettsreglene være såpass tilpasningsdyktige at ikke tilfeller som oppstår på jevnlig basis faller utenfor og i så måte også faller utenfor den kontroll og etterprøving man kan foreta ved tvangsvedtak. Da står man altså igjen med et ønske om klarere regler som gir større forutsigbarhet samtidig som man ikke ønsker for rigide regler som ikke tar hensyn til de ulike situasjonene som oppstår. En presisering av innholdet i de allerede eksisterende lovhjemlene kunne være en løsning. Samtidig vil ikke dette fjerne problematikken rundt det faktum at helselovgivningen er fragmentarisk. Dette er noe lovgiver etter min mening må ta tak i.

Til sist vil jeg også trekke frem behovet for tilstrekkelig og tilfredsstillende opplæring av helsepersonell ved anvendelse av lovgivningen. Helsepersonellet er de som er viktigst for å ivareta rettssikkerheten. Det er helsepersonellet som sørger for det daglige stell og observerer

---

<sup>86</sup> Undersøkelsen, s 1938, ramme 3

<sup>87</sup> Viser med dette til tidligere drøftelse av vilkårene og hvordan tolkningen kan være problematisk

pasientene i hverdagen på institusjon og under behandling. Utdanning av helsepersonellet slik at de får god kjennskap til reglene for bruk av tvang vil være essensielt. De må også vite hvordan de skal forholde seg til potensielle brudd på loven, samt hvordan de skal oppdage slike brudd. Dette krever god opplæring og kursing i anvendelse av loven og dens grenser.



# Litteraturliste

## Lov:

Almindelig borgerlig straffelov  
Lov 22. mai 1902 nr. 10  
Kort (Straffeloven)

Barnevernloven  
Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester  
Kort(Barnevernloven eller bvl)

## CRPD

United Nations. 2006. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Tilgjengelig:  
<http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

## EMK

Den europeiske menneskerettskonvensjon med protokoller (norsk oversettelse)  
Konvensjon 3. september 1953 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter

## Grunnloven

Kongeriket Norges Grundlov, given i Rigsforsamling paa Eidsvoll den 17de Mai 1814  
(Grunnloven Grl.)

## Helse- og omsorgstjenesteloven

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m  
Kort(Helse- og omsorgstjenesteloven eller hol.)

## Helsepersonelloven

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.  
Kort (Helsepersonelloven hlspl.)

Menneskerettighetsloven

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrkning av menneskerettighetenes stilling i norsk rett

Kort (menneskerettsloven eller mnskr1)

Pasient- og brukerrettighetsloven

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

Kort (Pasient- og brukerrettighetsloven eller pasrl.)

Vergemålsloven

Lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål

Kort (Vergemålsloven)

## **Forarbeid:**

Ot.prp. nr. 58 (1994-1995)

Ot.prp. nr. 57 (1995-1996)

Ot. prp. nr. 12 (1998-1999)

Ot.prp. nr 27 (2002-2003)

Ot.prp. nr. 55 (2002-2003)

Ot. prp. nr. 64 (2005-2006)

Prop. 91 L (2010-2011)

Innst. O. nr. 70 (1995-1996)

Innst. O. nr. 14 (2003-2004)

NOU 1991: 20 Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming

NOU 1995: 26. Barneombud og barndom i Norge

NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.

NOU 2005: 1 God Forskning - Bedre helse

NOU 2009: 15 Skjult informasjon – åpen kontroll.

NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet

Rundskriv IS-10/2008

Rundskriv IK-3/2008.

## **Rettspraksis:**

Rt. 1977 s. 1035

Rt. 1990 s. 874

Rt. 1995 s. 530

Rt. 2010 s. 612

## **Bøker:**

Aasen HS. 2000. "Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling".  
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Bernt JF m.fler. 2000. "Sosial trygghet og rettsikkerhet - *under sosialtjenesteloven og barnevernstjenesten*" (2. utgave): Fagbokforlaget.

Kjønstad A. 2005 "Helserett – *pasienters og helsearbeideres rettsstilling*" (1.utgave)  
Gyldendal Norsk Forlag.

Kjønstad A m.fler. 2000. "Sosial trygghet og rettsikkerhet – *under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten*" (2. utgave): Fagbokforlaget.

Kramås P m. fl. 1999. "Tvang, makt og forsvarlighet: *Juridiske, etiske og faglige sider ved sosialtjenesteloven kapittel 6A*": Kommuneforlaget.

Lilleholt K. 2007. "Knophs oversikt over Norges rett" (12.utgave): Universitetsforlaget.

Nygard N. 2004. "Rettsgrunnlag og standpunkt" (2. utgave): Universitetsforlaget.

Syse A m. fl, 1996. "Rettsikkerhet og livskvalitet for utviklingshemmete: *rettigheter, vern, og kontroll som rettslige virkemidler*" (2.utgave): Gyldendal Norsk Forlag.

Syse A. 2009. "Pasientrettighetsloven – med kommentarer" (3.utgave): Gyldendal Akademisk Forlag

Østenstad BH. 2000. "Bruk av tvang mot psykisk utviklingshemma: *under yting av kommunale sosial- og helsetenester*": Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Østenstad BH. 2011. "Heimelsspørsmål I behandling og omsorg overfor psykisk utviklingshemma og aldersdemente: *Rettslege og etiske problemstillinger ved bruk av tvang og inngrep utan gyldig samtykke*": Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

## Tidsskrift:

Ohnstad B. "Jus eller etikk?". *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2005 (nr. 20)  
<http://tidsskriftet.no/article/1276810/>

Pedersen R, m.fl. "Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning". *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2013 (nr. 18). <http://tidsskriftet.no/article/3067360>

Syse A. 2013. "Omsorgstvang – av hensyn til hvem?". *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. (nr. 18) <http://tidsskriftet.no/article/3064922>

Syse A. 2010. "Om forholdet etikk og juss: *Forskningsetikk*" (nr. 3)  
<http://www.etikkom.no/Documents/Bladet-Forskningsetikk/Alle-utgaver/Forskningsetikk%202010-3.pdf> s. 12-14

## Nettsider:

Norsk helseinformatikk, psykisk utviklingshemning, sist endret 07.11.13. Tilgjengelig:  
<http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/psykisk-utviklingshemning-2847.html?page=2>

NEL, demens, sist endret 22.10.13. Tilgjengelig: <http://nevro.legehandboka.no/demens-og-delir/demens-32490.html>

Helsedirektoratet, demens, sist endret 10.04.14. Tilgjengelig: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>

Helseetaten, Oslo kommune, demens, sist endret 26.03.14. Tilgjengelig:  
[http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/eldre/geriatrik\\_ressurscenter/om\\_demens\\_og\\_alder\\_spsykiatri/demens/](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/eldre/geriatrik_ressurscenter/om_demens_og_alder_spsykiatri/demens/)

Store norske leksikon, helserett, publisert 10.08.12. Tilgjengelig: <http://snl.no/helserett>

Statens Helsetilsyn. tilsynsmelding 2012. 2013 Tilgjengelig:  
<http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf>

Statens helsetilsyn, tilsynsmelding 2011. Tilgjengelig:  
[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/tall\\_fakta\\_2011.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/tall_fakta_2011.pdf)

Norsk senter for menneskerettigheter. Årbok om menneskerettigheter 2012. Tilgjengelig:  
<http://www.jus.uio.no/smr/om/nasjonal-institusjon/publikasjoner/arbok/2012/arbok-12.pdf>

Jungelhåndboka 2012. Tilgjengelig: <http://www.ffe.no/no/Jungelhandboka-2012/Jungelhandboka/2-Menneskerettigheter-og-rettssikkerhet/?all=1>