

Manglende samtykkekompetanse som vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern

Det rettslige innholdet av vilkåret «Pasienten mangler samtykkekompetanse», jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr.4

Kandidatnummer: 154

Antall ord: 14 836



JUS 399 Masteroppgave
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

17.12.20

Innholdsfortegnelse

Det rettslige innholdet av vilkåret «Pasienten mangler samtykkekompetanse», jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr.4	1
1. Innledning.....	4
1.1 Tema og problemstilling	4
1.2 Bakgrunn	4
1.3 Avgrensning	6
1.4 Metodiske spørsmål.....	6
1.4.1 Metodisk fremgangsmåte	6
1.4.2 Metodisk særpreg	6
1.5 Fremstillingen videre.....	7
2. Kort framstilling av phvl. § 3-3 første ledd nr.4	7
3. Sentrale menneskerettslige hensyn-, formål- og legalitetsprinsippets betydning for samtykkekompetanse	8
3.1 Innledning.....	8
3.2 Sentrale menneskerettslige hensyn og formål i pbrl. § 4-1, phvl. § 1-1, Grunnloven og EMK om samtykkekompetanse	8
3.3 Legalitetsprinsippet om samtykkekompetanse.....	18
3.4 Delkonklusjon	22
4. Samtykkekompetanse.....	23
4.1 Innledning.....	23
4.2 Diagnoseavgrensningen	23
4.3 Årsakskravet.....	24
4.4 Forståelseskravet	25
4.5 Beviskravet.....	27
4.6 Delkonklusjon	28
5. Kort oversikt over lovens øvrige vilkår for tvungent psykisk helsevern	28
5.1 Innledning.....	28
5.2 Frivillighetsvilkåret	28
5.3 Undersøkelsesvilkåret	29
5.4 Grunnvilkåret	29
5.5 Tilleggsvilkårene i bokstav a og b.....	31
5.6 Institusjonens egnethet	33
5.7 Uttalelsesretten	34
5.8 Helhetsvurderingen	34

5.9 Kort om forholdet mellom nr.4 og de øvrige vilkårene	35
5.10 Delkonklusjon	36
6. Phvl. § 3-3 første ledd nr.4	36
6.1 Innledning.....	36
6.2 Unntaket i andre punktum	37
6.3 Delkonklusjon	39
7. Avsluttende bemerkninger	39
11. Litteraturliste	43
11.1 Lov, forskrift, rundskriv og folkerettslige traktater og konvensjoner	43
11.2 Lovforarbeid.....	44
11.3 Rettspraksis og EMD-praksis.....	45
11.4 Juridisk teori og annen litteratur.....	46

1. Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Tema for oppgaven er tvungent psykisk helsevern. Oppgaven er en rettsdogmatisk analyse av innholdet i og konsekvensene av vilkåret om at «Pasienten mangler samtykkekompetanse», jf. Lov 2. juli 1999 nr.62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven – phvl.) § 3-3 første ledd nr.4, jf. Lov 2. juli 1999 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl.) § 4-3.

Hovedproblemstillingen for oppgaven er å identifisere og analysere ulike rettslige problemstillinger som vilkåret om at «Pasienten mangler samtykkekompetanse», jf. phvl. § 3-3 første ledd nr.4, jf. pbrl. § 4-3 reiser.

1.2 Bakgrunn

Bakgrunnen for at jeg vil skrive om pasientens samtykkekompetanse i tvungent psykisk helsevern, er fordi det 1.september 2020 var tre år siden lovendringen trådte i kraft, og det da er interessant å se hvilke konsekvenser lovendringen med innføringen av vilkåret har fått. I tillegg er temaet psykisk helsevern aktuelt i samfunnet i dag, med jevnlig nyhetssaker om avdekte kritikkverdige forhold for pasienter i psykisk helsevern.

«No sist var ho inn og ut av psykiatrien sikkert fem gonger. Ved fleire høve har ho blitt lagt inn på psykiatrisk avdeling – både frivillig og ved bruk av tvang. Fleire gonger har ho sjølv skrive seg ut att. Eg ville helst at ho skulle bli låst inn. For hennar del, for familien sin del og for dei andre som bur her (...)).¹

«-Det er veldig frustrerende når eg ser at ho er sjuk og ho skulle vore innlagt. Ho er ikkje sjuk nok til å vere tvangsinnlagt, og ikkje frisk nok til å vere i fengsel. Ho passar ikkje inn nokon plass».²

Uttalelsene er sitat fra en ung jente på 20 år som er pårørende til en mor med rus- og psykiske problemer. Vest politidistrikt sier at de håndterer flere psykiatrioppdrag enn før. Oppdragene gjelder personer som politiet sier er «for sjuke til å vere politiet sitt ansvar og for friske for

¹ <https://www.nrk.no/vestland/ julie -onskjer-at-mora-blir-lagt-inn-med-tvang-1.15231548>, under innledningen (lest 07.12.20)

² Samme nyhetsartikkel, under overskriften «Truande oppførsel»

psykiatrien». Ofte håndterer de gjengangere hundre ganger på ett år. Antall oppdrag har økt fra 18 144 i 2016 til 22 091 i 2019. Helseforetaket ansvarlig for moren sier det hender at psykiske pasienter nekter behandling og forlater institusjonen eller avdelingen, til tross for helsepersonellens anbefalinger om fortsatt behandling for pasienten.³

I en annen nyhetsartikkel sier pårørende at de: «(...) opplever at de ikke får hjulpet sine nærmeste» og «At alvorlig psykisk syke ikke blir fulgt opp av hjelpeapparatet».⁴ Felles for de pårørende er at de er dypt fortvilet over situasjonen.

«De pårørende synes det er vanskelig å komme noen vei for sine nærmeste som er psykisk syke, så lenge de vurderes som samtykkekompetente. (...) Taushetsplikten stopper pårørendes mulighet til å hjelpe (...)».

Mange pårørende har sendt inn sine historier til NRK Brennpunkt. I en av historiene er et foreldrepar fortvilet over sin datters situasjon. De skriver at de har en datter som har: «vært i Oslo i 2 ½ år, lever på gata, er ikke narkoman, men er paranoid schizofren. Nekter å ta imot hjelp, er så syk at hun ikke vet sitt eget beste, men blir allikevel regnet som samtykkekompetent».⁵

Den 10.februar 2017 vedtok lovgiver endringer i phvl., med ikrafttredelse 1.september 2017. Endringene var noen av anbefalingene fra lovutredningen NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. En av endringene var innføringen av en kompetansebasert modell med fokus på pasientens funksjonsnivå, med det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse i phvl. § 3-3 første ledd nr.4. Målet med lovendringen var å styrke pasienter i psykisk helsevern sin selvbestemmelse og rettssikkerhet. Det er i tråd med prinsippene om selvbestemmelsesrett og ikke-diskriminering i FN-konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).⁶ Vilkåret skulle redusere tvangsbruken i psykisk helsevern.⁷ En vurdering om tvungent psykisk helsevern blir grundigere og mer helhetlig når

³ Samme nyhetsartikkel, under overskriftene «Tvang nødvendig i somme tilfelle», «Dobling i Vest politidistrikt» og «Får dårligere hjelp»

⁴ <https://www.nrk.no/dokumentar/apner-tilsynssak-etter-brennpunkt-dokumentar-om-anne-wold-1.15242152>, under innledningen (lest 14.12.20)

⁵ Samme nyhetsartikkel, under overskriftene «Tilsynssak», «Taushetsplikt stopper de pårørende» og «Rotter og mus overalt»

⁶ Prop.147 L (2015-2016), kapittel 6.2.4.1, s. 24

⁷ NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet s. 5 og 15-16

hensynene til pasientens samtykkekompetanse, helsetilstand og helsepersonellens faglige vurderinger legges til grunn.⁸

1.3 Avgrensning

Avgrensninger er gjort i oppgavens tema, problemstillinger og kildematerialet. Dette er fordi det ikke er tid nok- eller plass innenfor ordgrensen av en liten masteroppgave til å behandle tilstøtende problemstillinger.

Temaet psykisk helsevern i denne oppgaven er avgrenset mot tvungent psykisk helsevern i psykiatrisk institusjon eller avdeling. Pasientene er 18 år eller eldre med alvorlige psykiske lidelser. Det avgrensede temaet reiser interessante juridiske og etiske problemstillinger om den rettslige tilgangen til tvangsbruk mot pasienter i tvungent psykisk helsevern veid mot hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Videre er det i pvhl. § 3-3 første ledd avgrenset mot vilkåret i nr.4, fordi de øvrige vilkårene nr.1-3 og 5-7 ikke har betydning for nr.4. Likevel vil jeg kort gjøre rede for de øvrige vilkårene i hoveddelen. I rettspraksis er det avgrenset til nyeste og oppdaterte rettspraksisen fra år 2018-2020 i forhold til nr.4 og pbrl. § 4-3 andre ledd. I spørsmålet om samtykkekompetanse er det avgrenset mot personer 16 år eller eldre, som er helserettslig myndig, jf. pbrl. § 4-3 første ledd.

1.4 Metodiske spørsmål

1.4.1 Metodisk fremgangsmåte

Hovedproblemstillingen og underproblemstillingene svares på gjennom tolkning og analyse av relevante rettskilder. Funnene i analysen og svarene gir uttrykk for hva som er gjeldende rett for pasienter i tvungent psykisk helsevern med og uten samtykkekompetanse. Relevante rettskilder jeg har benyttet meg av er: Grunnlov, lov, forskrift, forarbeid, rettspraksis, forvaltningspraksis i rundskriv, juridisk teori, folkerettsregler, sentrale hensyn og formål.

1.4.2 Metodisk særpreg

Et særpreg i rettskildebildet er at vilkårene i pvhl. § 3-3 nr.1-3 og 5-7 og pbrl. § 4-3 andre ledd har gjennomgått grundig behandling i ulike rettskilder, til forskjell fra vilkåret i nr.4 som

⁸ Rundskriv IS-2017-1, punkt 1.2.1.1, s.15

er langt mindre grundig behandlet. De rettskildene som direkte behandler eller har betydning for nr.4 vil vektlegges større vekt i analysen. Relevante rettskilder er: phvl., pbrl., lovforarbeid til de nevnte lovene, rettspraksis med vekt på HR-2018-2204-A og HR-2020-1167-A, forvaltningspraksis i rundskriv med vekt på IS-1-2017, juridisk teori med vekt på Asbjørn Kjønstad (m.fl.) «Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang» og Olav Molven «Helse og jus», og sentrale menneskerettslige hensyn og formål som selvbestemmelsesretten, personlig fysisk og psykisk integritet, rettssikkerhet, frivillighet, vern om samfunnet og samfunnets omsorgsansvar. Antallet kilder er ikke det viktigste, men omfanget, klarheten og alderen til tilgjengelige kilder er viktigere.

1.5 Fremstillingen videre

Kapittel 2-6 består av en analyse av innholdet i og konsekvensene av vilkåret i § 3-3 første ledd nr.4, for å vise hva som er gjeldende rett for vilkåret og tvungent psykisk helsevern.

Kapittel 7 består av en diskusjon om de aktuelle konsekvensene innføringen av vilkåret og lovendringen har fått for pasienter, pårørende og helsepersonell i psykisk helsevern. I tillegg ser jeg på en mulig utvikling av vilkåret og tvungent psykisk helsevern de neste par årene.

2. Kort framstilling av phvl. § 3-3 første ledd nr.4

Psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr.4: «Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse».

Vilkåret er ett av seks kumulative vilkår som må være oppfylt for at vedtak om tvungent psykisk helsevern skal treffes overfor en psykiatrisk pasient. Vilkåret krever at pasienten «mangler samtykkekompetanse». Vurderingen om pasienten mangler samtykkekompetanse baseres på vurderingen i pbrl. § 4-3 andre ledd. Pasienter med samtykkekompetanse har rett til å samtykke til eller nekte frivillig psykisk helsevern. Der unntaket i andre punktum gjelder kan en pasient med samtykkekompetanse underlegges tvungent psykisk helsevern.⁹ Vilkåret i første punktum skal ikke gjelde der unntaket gjelder. Pasienter uten samtykkekompetanse har ikke rett til å samtykke til eller nekte psykisk helsevern. Pasienter i tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i akutte psykosefasen, og uten døgnopphold i den videre

⁹ Prop. 147 L (2015-2016), kapittel 6.2.4.1, s.24

langvarige vedlikeholdsbehandlingen som gjenvinner sin samtykkekompetanse, kan samtykke til eller nekte fortsatt frivillig psykisk helsevern.¹⁰

En pasient kan ha en alvorlig psykisk lidelse og skade egen helse ved dårlig hygiene, manglende behandling av somatisk sykdom og sår eller narkotika- og medisiner uten at det er fare for eget liv eller andres liv og helse. Samtidig kan han eller hun ha tilstrekkelig samtykkekompetanse for å kunne ta beslutningen om å samtykke til eller nekte frivillig psykisk helsevern. Pasienter med samtykkekompetanse har rett til å ta sin egen beslutning om psykisk helsevern, selv der pasienten skader egen helse uten at det er til fare for eget liv, på tross av anbefalinger om behandling i psykisk helsevern fra pårørende og helsepersonell. Alle vilkår kan være oppfylt, men det skal gjøres en konkret vurdering i enhver pasient sitt tilfelle hva som er best for han eller hun, jf. § 3-3 nr.7.

3. Sentrale menneskerettslige hensyn-, formål- og legalitetsprinsippets betydning for samtykkekompetanse

3.1 Innledning

Spørsmålet er hva sentrale menneskerettslige hensyn, formål og legalitetsprinsippet har å si for vilkåret i nr.4 om manglende samtykkekompetanse. Et annet spørsmål er hvor sterkt legalitetsprinsippet står på psykisk helsevern-området.

3.2 Sentrale menneskerettslige hensyn og formål i pbrl. § 4-1, phvl. § 1-1, Grunnloven og EMK om samtykkekompetanse

Først behandles pbrl. § 4-1.

Pbrl. § 4-1 uttrykker hovedregelen om at helsehjelp kun kan ytes med samtykke fra pasienten. Alle unntak fra hovedregelen må ha hjemmel i lov eller annet gyldig rettsgrunnlag for å yte helsehjelp til pasienten uten et samtykke. En liknende hovedregel gjelder for psykisk helsevern, jf. phvl. § 2-1. Pasienter med samtykkekompetanse kan samtykke til helsehjelp. Hovedregelen styrker pasientens selvbestemmelsesrett og frivillighetsprinsippet i helseretten. Pasienter uten samtykkekompetanse kan ikke samtykke til helsehjelp. For at helsehjelp skal

¹⁰ Samme forarbeid, kapittel 6.2.4.1, s.26

kunne ytes til pasienter uten samtykkekompetanse, må helsehjelpen ha grunnlag i en lovhjemmel eller et annet gyldig rettsgrunnlag. Lovhjemmel finnes i phvl. kap.3, og annet gyldig rettsgrunnlag i phvl. kap.5. Unntaket bygger på hensynet til samfunnsvern og samfunnets omsorgsansvar for sårbare pasienter blant annet med psykiske lidelser.

For pasienter uten samtykkekompetanse kan det gjøres unntak fra hovedregelen, og yte tvungent psykisk helsevern i lovhjemmelen phvl. § 3-3, jf. pbrl. § 4-1, jf. phvl. § 2-1. Alle syv vilkår i § 3-3 må være oppfylt for at lovhjemmelen skal kunne gjøre unntak fra hovedregelen. Unntaket svekker pasientens selvbestemmelsesrett, personlig integritet og frivillighetsprinsippet. Likevel ivaretas pasientens rettsikkerhet når det kreves hjemmel i lov eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gjøre unntak fra hovedregelen. Det gir forutsigbarhet for pasienten, og unntaket med bakgrunn i en lovhjemmel eller et annet gyldig rettsgrunnlag kan kontrolleres av domstolen.

Hovedregelen om samtykke som uttrykker frivillighetsprinsippet finnes også i folkerettslige menneskerettighetskonvensjoner. Hovedregelen gjelder for alle pasienter. Unntak fra hovedregelen, spesielt tvungen helsehjelp, må også ha et grunnlag i lov, være nødvendig og forholdsmessig. Ved siden av hovedregelen må det samtidig være en mulighet for å nekte helsehjelp for psykisk syke personer med samtykkekompetanse. Før lovendringen i 2017 var ikke dette mulig i norsk rett. Psykiatriske pasienter med samtykkekompetanse hadde mulighet til å samtykke til helsehjelp, men hadde ikke en mulighet til å nekte helsehjelp. Dette samtykkeprinsippet med både samtykke til og nekte helsehjelp gjelder ikke i situasjoner med fare for eget liv eller andres liv og helse. Uavhengig av om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke, jf. phvl. § 3-3 første ledd nr.4 andre punktum. Hensynet til samfunnsvern og samfunnets omsorgsansvar veier tyngre enn pasientens selvbestemmelsesrett og integritet.

Pasient med samtykkekompetanse kan samtykke til- eller nekte oppstart av eller fortsatt behandling. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasientens helsetilstand. Der konsekvensen er livsfarlig for pasientens helsetilstand kan helsepersonell likevel yte helsehjelp uten samtykke med hjemmel i helsepersonelloven (hpl.) § 7. Pasient uten samtykkekompetanse kan ikke samtykke til- eller nekte oppstart av eller fortsatt behandling. Her kan et representert samtykke eller presumert samtykke være et tilstrekkelig gyldig rettsgrunnlag. En annen lovhjemmel kan være pbrl. § 4-6 som gjør at helsepersonell kan yte somatisk helsehjelp, så

lenge ikke pasienten motsetter seg helsehjelpen. Så fort pasienten uten samtykkekompetanse motsetter seg den somatiske helsehjelpen må fortsatt helsehjelp gis med hjemmel i pbrl. kap.4A, og i phvl. § 3-3 for pasienter som motsetter seg helsehjelp i psykisk helsevern.¹¹¹²

I en sak fra rettspraksis var spørsmålet om kvinnen hadde samtykkekompetanse.¹³

Førstvoterende la til grunn hovedregelen om samtykke i phvl. § 2-1, jf. pbrl. § 4-1. Videre sier han: «personer som ikke gir samtykke til helsehjelp likevel skal kunne tas under behandling, må pasienten mangle «samtykkekompetanse», jf. phvl. § 3-3 nr.4. (...) Vilåret gjelder bare der det ikke er nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse». Han henviser til forarbeidenes¹⁴ uttalte mål for lovendringen med innføringen av vilåret om manglende samtykkekompetanse, at det var for å styrke pasienter med samtykkekompetanse sin selvbestemmelsesrett, medvirkning og rettssikkerhet. I situasjoner der pasienten ikke er en fare for eget liv eller andres liv og helse, er det vanskelig å begrunne tvungent psykisk helsevern overfor mennesker som har samtykkekompetanse. Selv om pasienten lider av en alvorlig psykisk lidelse, skal ikke det alene være god nok grunn til å overkjøre pasientens selvbestemmelsesrett.

Videre behandles phvl. § 1-1.

Phvl. § 1-1 uttrykker formålet til psykisk helsevernloven. Første ledd krever at frivillig og tvungent psykisk helsevern som ytes overfor pasienten på bakgrunn av hjemlene i loven, skjer på en «forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper». Reglene skal «forebygge og begrense bruk av tvang». Andre ledd krever at psykisk helsevern «tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet» og at den er i «overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett for menneskeverdet».

Første og andre ledd skal sikre at lovens bestemmelser tolkes og anvendes i tråd med formålet og hensynene uttrykt her. Tvungent psykisk helsevern i § 3-3, og spesielt vilåret om manglende samtykkekompetanse skal tolkes og anvendes på en måte som er i tråd med

¹¹ Ot.prp.nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), Del IV, 12, Merknad til § 4-1

¹² Aslak Syse, Norsk Lovkommentar, 2018, pbrl. § 4-1, Note 119

¹³ HR-2018-2204-A, avsnitt 35-42

¹⁴ Prop. 147 L (2015-2016), kapittel 6.2.4.1

formålet til loven. Tvungent psykisk helsevern er dermed i tråd med menneskerettighetene og rettssikkerhetsprinsipper, som vil respektere pasientens selvbestemmelsesrett og personlig integritet. Særlig for pasienter uten samtykkekompetanse, beskytter formålet i første ledd pasienten ved at menneskerettighetene og rettssikkerhetsprinsippene krever at det psykiske helsevernet er «forsvarlig» med respekt for pasientens integritet, menneskeverd og selvbestemmelsesrett i tråd med andre ledd.¹⁵

I forarbeid følger det at formålet i phvl. tar utgangspunkt i «pasientens behov» og «loven skal ivareta den enkeltes menneskeverd».¹⁶ Utgangspunktet sikrer at frivillig og tvungent psykisk helsevern for pasienter med og uten samtykkekompetanse, ikke går lenger enn nødvendig og er forholdsmessig slik at pasienten ikke opplever nedverdiggende behandling av sin integritet og menneskeverd. I andre forarbeid følger det at henvisningen til menneskerettighetene «gir føringer ved tolkningen av lovens bestemmelser».¹⁷ Dermed får menneskerettighetene direkte betydning for tolkningen av phvl. bestemmelser, også vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Vilkaåret skal tolkes i tråd med Grunnlovens og menneskerettighetenes vern av privatliv, personlig integritet, frihet og vern mot nedverdiggende og umenneskelig behandling. Ivaretagelsen av pasientens behov, menneskeverd og selvbestemmelsesrett er en henvisning til frivillighetsprinsippet hvor tvang alltid skal være siste løsning overfor personer med og uten samtykkekompetanse. For å sikre mest mulig frivillighet må helsepersonellet utarbeide individuelle behandlingsplaner for den enkelte pasientens behov som han eller hun kan samtykke til eller nekte, eller er tilpasset pasientens tilstand for å ivareta menneskeverdet, integriteten og selvbestemmelsesretten i størst mulig grad ved tvungent psykisk helsevern, jf. pbrl. § 2-5 og kap.3.

Formålet om at reglene skal «forebygge og begrense bruk av tvang» er ny fra lovendringen i 2017.^{18 19} Det kan få en konkret betydning for hvordan vilkårene i phvl. § 3-3 tolkes og anvendes. Pasienten kan mangle samtykkekompetanse og de seks andre vilkårene kan være oppfylt, men det må uansett gjøres en konkret skjønnsvurdering for hva som er til det beste for pasientens behov, slik at bruk av tvang begrenses så mye som mulig. Formålet bør veie dobbelt opp for pasienter uten samtykkekompetanse, med mindre unntaket i § 3-3 nr.4 andre

¹⁵ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999) Del IV, punkt 14

¹⁶ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999), Del IV, punkt 14, merknader til § 1-1

¹⁷ Prop. 147 L (2015-2016), s. 49

¹⁸ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s.85-86

¹⁹ Rundskriv IS-2017-1, s. 6, punkt 1.1.1

punktum kommer til anvendelse, for å redusere bruken av tvang selv om pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern.²⁰ Andre ledd styrker pasientens selvbestemmelsesrett, herunder retten til å samtykke og nekte helsehjelp, for både pasienter med samtykkekompetanse i utgangspunktet, men også for de som gjenvinner samtykkekompetanse etter langvarig vedlikeholdsbehandling i psykisk helsevern.²¹

Til slutt behandles menneskerettighetsbestemmelsene i Grunnloven (Grl.) og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonens bestemmelser (EMK) samlet. Det er fordi bestemmelsene i Grl. er utformet med inspirasjon fra og i tråd med bestemmelsene i EMK, og de anses for å oppfylle minstekravet menneskerettighetene oppstiller av krav. Det er lite relevant rettspraksis fra Høyesterett (HR) om tolkningen av menneskerettighetsbestemmelsene i Grl., og derfor får praksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen om hvordan EMKs bestemmelser skal tolkes, overføringsverdi til tolkningen av Grl. bestemmelser.

Tvangsbestemmelsene i phvl. er i tråd med Norges folkerettslige menneskerettighetsforpliktelser, jf. Grl. § 92, jf. menneskerettsloven § 1, jf. §§ 2 og 3.^{22 23 24} EMK er gjort direkte gjeldende i norsk rett. I tillegg er fire andre konvensjoner gjort direkte gjeldende i norsk rett med tilhørende sentrale bestemmelser med direkte betydning for blant annet hvordan tvungent psykisk helsevern utøves og forstås: FN sin konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) art.1, 2, 6, 7, 9, 10, 12 og 17, FN sin konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) art. 1 og 12, Barnekonvensjonen og Kvinnediskrimineringskonvensjonen, jf. menneskerettsloven § 2, jf. § 3. I tillegg til de nevnte fem konvensjonene som får betydning for tolkningen og anvendelsen av tvangsbestemmelsene i phvl., får også den ratifiserte og forpliktende FN sin konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) betydning. Alle disse seks konvensjonene har påvirket lovgivers utforming av og lovendringen i 2017 av phvl., slik at blant annet tvangsbestemmelsene er mer i tråd med menneskerettighetene, slik at selvbestemmelsesrett, rettssikkerhet og personlig integritet vektlegges i enda større grad i helsehjelpen i psykisk helsevern.

²⁰ Prop. 147 L (2015-2016), kapittel 14.1, merknader til § 1-1

²¹ Syse (2016) s. 278-300, på s. 298

²² Ot.prp.nr. 11 (1998-1999) kap.4

²³ Ot.prp.nr. 65 (2005-2006) kap.3

²⁴ Prop. 78 L (2015-2016) kap.8.4

Grunnlovens og menneskerettighetenes bestemmelser verner pasientens selvbestemmelsesrett, fysiske og psykiske integritet og rettssikkerhet uavhengig av om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke. Vernet gjelder uavhengig av om tvangen er overvinnelse av motstand fra pasienten eller fravær av samtykke. Det er et juridisk spørsmål hva som er viktigst av: pasientens selvbestemmelsesrett og integritet, eller samfunnsvern og samfunnets omsorgsansvar for borgerne? Det er også etiske aspekter her. Spørsmålet knytter juss og etikken tett sammen. Et svar må ta utgangspunkt i en konkret vurdering av pasientens helsetilstand, livssituasjon og integritet herunder samtykkekompetansen og autonomi. Respekt for pasientens integritet og selvbestemmelsesrett uttrykkes ved å oppstille krav til pasientens samtykkekompetanse, et gyldig samtykke og taushetsplikt for helsepersonellet. En pasient uten samtykke kan få sin selvbestemmelsesrett til en viss grad respektert, ved at beslutningen om helsehjelp har grunnlag i lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag og tas så nært som mulig opp til det pasienten selv ville ha bestemt, i kontakt med pårørende. Rettssikkerhetsgarantier i prosessuelle og materielle vilkår og krav sikrer også at makten helsevesenet har til å yte helsehjelp uten samtykke er begrunnet i samfunnets omsorgsansvar, og ikke et egentlig ønske i samfunnet om å kontrollere personer med psykisk lidelse som er avvikere fra en normal sosial samfunnsnorm.²⁵

Grl. § 93 andre ledd, jf. EMK art.3 uttrykker et absolutt forbud mot tortur, nedverdiggende- og umenneskelig behandling eller straff overfor individet. Forbudet gjelder på alle samfunnsområder, også i tvungent psykisk helsevern. En krenkelse av forbudet kan være et alvorlig inngrep i individets fysiske og psykiske integritet, spesielt for sårbare pasienter i tvungent psykisk helsevern uten samtykkekompetanse som ikke klarer å ta vare på eget liv og helse. Det krever et absolutt forbud mot krenkelser på individets integritet mens underlagt tvungen helsehjelp. I EMD-praksis er art.3 tolket som å oppstille minstekrav til behandlingen i psykisk helsevern. Staten plikter å sørge for at personalet på psykiatrisk avdeling eller institusjon ikke bruker behandlingsformer som virker torturlignende, nedverdiggende eller umenneskelig på pasientene.²⁶

Eksempler på nedverdiggende eller umenneskelig behandling kan være: overdreven bruk av tvangsmidler som reimer, håndjern mv. over tid, utstrakt bruk av beroligende midler når det

²⁵ Bernt (2000) s. 99-107, punkt 3, på s. 5

²⁶ Ot.prp.nr. 57 (1995-1996)

ikke er nødvendig, unødvendig fratakelse av alle klær og dermed eksponering for temperatur og blick fra andre, eller en verbal/non-verbal holdning og uttrykk med et nedverdiggende innhold overfor pasienten. Andre eksempler er: pasientens sår vaskes ikke eller en somatisk sykdom behandles ikke av personalet og pasienten er tvunget til å leve med dårlig kroppshygiene. Materielle og fysiske forhold på den psykiatriske avdelingen eller institusjonen kan ha en så dårlig standard at artikkel 3 krenkes. Pasienten kan indirekte bli tvunget til å oppholde seg på eget rom eller i fellesrom som er tilgriset av blod og avføring, fordi personalet ikke vasker det rent. Dårlige forhold på et asylsenter utgjorde en krenkelse på en asylsøkers vern etter art.3 mente EMD.²⁷ I en utredning om psykisk helsevern i Norge ble det påpekt at behandlingsforholdene pasientene ble utsatt for på Reitgjerdet sykehus kunne krenke art.3.^{28 29}

I en sak fra EMD-praksis mente domstolen at Østerrikes behandling av en svært farlig psykiatrisk pasient uten samtykkekompetanse ikke krenket art.3.³⁰ Det var til tross for at pasienten opplevde langvarig opphold i reimer og håndjern festet til sengen, tvangsforing og tvangsmedisinering. Pasienten fikk flere tenner slått ut på grunn av mostanden han utviste. Domstolen fant ikke at art.8 var krenket som følge av behandlingen. Domstolen pekte på statens skjønnsmargin hvor den kan vurdere om behandlingen i tvungent psykisk helsevern er «nødvendig i et demokratisk samfunn», noe som gjør at vernet i art.3 og 8 ikke krenkes. Staten har skjønnsmargin for egne nasjonale vurderinger der nødvendighet, lovlighet og forholdsmessighet spiller inn som momenter for om rettighetene etter art.3 og 8 kan brytes uten at det vil utgjøre en krenkelse.

I to andre saker fra EMD-praksis ble pasientene utsatt for beltelegging med konsekvensen nedsatt følsomhet i hender, og beltelegging i 15 timer.^{31 32} Domstolen mente i begge saker at pasientene fikk sitt vern etter art.3 krenket, etter en vurdering av om tvangsbehandlingen var «medisinsk nødvendig». Fysisk tvangsbehandling mot frihetsberøvede pasienter må være «strengt nødvendig» ut fra pasientens atferd og handlinger. Det er ikke nok at pasienten er urolig. Domstolen reagerte på en slags rutinemessig behandlingspraksis med beltelegging, og

²⁷ *M.S.S. mot Belgia og Hellas* 2011, no. 30696/09, avsnitt 344-368

²⁸ NOU 1988: 8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke, s. 94

²⁹ Dok.nr. 16 (2011-2012), Del IV, Kapittel 20, s. 108

³⁰ *Herczegfalvy mot Østerrike* 1992, no. 10533/83, avsnitt 79-84

³¹ *Bures v. Tsjekkia* 2012, no. 37679/08, avsnitt 73-106 og 121-134

³² *M.S. mot Kroatia* (No.2) 2015, no. 75450/12, avsnitt 78-162

manglende dokumentasjon på at mindre inngripende behandlingstiltak var forsøkt. Domstolen understreker viktigheten av de grunnleggende gjennomgående prinsippene om: bruk av minste middel, nødvendighet, lovlighet og forholdsmessighet i tvangsbehandling av pasienter uten samtykkekompetanse i psykisk helsevern.³³

Grl. § 94 første ledd, jf. EMK art.5 nr.1 bokstav e uttrykker retten til frihet og sikkerhet, med unntak for lovlig frihetsberøvelse for personer med «unsound mind». Individ skal ikke oppleve vilkårlig frihetsberøvelse, med mindre frihetsberøvelsen har grunnlag i lov, er nødvendig og er forholdsmessig balansert mellom mål og middel. Det må gjøres en vurdering om det konkrete inngrepet er en krenkelse på art.5 gjennom blant annet å vektlegge prinsippene nevnt over om: minste middel, nødvendighet, lovlighet og forholdsmessighet. Andre momenter EMD har vektlagt er: typen tvang og frihetsberøvelse, varigheten på tiltaket og gjennomføringen av tiltaket, låste dører, fysisk makt ved tilbakesending til avdeling eller institusjon, hvilke inngripende behandlingsmidler som er brukt på pasienten som f.eks. beroligende medikamenter eller isolasjon fra omverdenen for å hindre kontakt eller rømning. Domstolen peker på i en sak fra praksis at det må være forholdsmessighet mellom ansvaret staten har til å yte helsehjelp overfor en borger med dårlig helsetilstand, og inngrepet mot borgerens personlig integritet og selvbestemmelsesretten. Staten må vurdere forholdsmessigheten, institusjonenes faglige og materielle egnethet, pasientmedvirkning og en objektiv andrehåndsvurdering. Pvh. § 3-3 er i tråd med disse kravene.^{34 35 36 37}

Pasienter uten samtykkekompetanse kan ikke underlegges tvungent psykisk helsevern og dermed berøves sin frihet, uten ved en dom fra domstolen eller et vedtak fra offentlige myndigheter om administrativ frihetsberøvelse basert på en lovhjemmel. Behandlingen med ulike tvangsmidler og tiltak som terapi, medisiner og beltelegging i tvungent psykisk helsevern må være «medisinsk nødvendig» og forholdsmessig.³⁸

Det kan lovlig gjøres inngrep i friheten til personer med «unsound mind» og legge de inn i tvungent psykisk helsevern. Vilkåret «unsound mind» kan ikke direkte kobles til mangel på

³³ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, s. 171-172

³⁴ *Stanev mot Bulgaria* 2012, no. 36760/06, avsnitt 115-132 og 143-160

³⁵ *Litwa mot Polen* 2000, no. 26629/95, avsnitt 65-80

³⁶ *Plesó mot Ungarn* 2012, no. 41242/08, avsnitt 54-69

³⁷ *X mot Finland* 2012, no. 34806/04, avsnitt 144-158, 159-171 og 212-223

³⁸ Dok.nr. 16 (2011-2012), Del IV, kapittel 22, s. 114 og 117

samtykkekompetanse. Likevel kan redusert eller fullstendig mangel på samtykkekompetanse være en risiko for at en person med psykisk lidelse dekkes av begrepet. Pasienter som åpenbart mangler samtykkekompetanse dekkes som regel av begrepet. I EMD-praksis uttaler domstolen at vilkåret må forstås i lys av utviklingen i psykisk helsevern og samfunnet.³⁹ Vilkåret omfatter «true mental disorder» og denne må være «of a kind or degree warranting compulsory confinement». For pasienter uten samtykkekompetanse som har en psykisk lidelse som dekker og innfrir grunnvilkåret i phvl. § 3-3 første ledd nr.3 om «alvorlig sinnslidelse», skal det mindre til for at dekkes av vilkåret «unsound mind». Det er likevel usikkert fordi vilkåret i bokstav e «unsound mind» bygger på en diagnosebasert modell, mens § 3-3 nr.4 bygger på en kompetansebasert modell som har forskjeller ved seg, f.eks. at en pasient kan vurderes å ha redusert og fullstendig samtykkekompetanse på ulike spørsmål samtidig. Til tross for de ulike modellene i phvl. og EMK art.5, kan ikke kompetansemodellen anses for å bryte med EMK art.5 fordi manglende samtykkekompetanse ofte kan være dekt av en av tilstandene dekt av ordlyden i bokstav a-f, men særlig bokstav e. Kompetansemodellen er heller et ytterligere kvalifiseringskrav i tillegg til konvensjonens formåls- og forholdsmessighetskrav.

I europeisk juridisk teori er vilkåret «unsound mind» forstått å inneholde flere kriterier: psykisk lidelse eller diagnose er stilt av medisinsk faglig ekspert, lidelsen eller diagnosen krever innesperring av pasienten i en egnet institusjon og i løpet av innesperringen må staten påvise at fortsatt innesperring er nødvendig basert på diagnosen eller lidelsens varighet. Det er uklart om vilkåret også dekker tillegglidelser utover grunnlidelsen, f.eks. psykisk lidelse forårsaket av rusmisbruk.⁴⁰

I en sak fra EMD-praksis ble en kvinne fratatt sin rettslig handleevne for økonomiske handlinger og medisinsk behandling.^{41 42} Domstolen mente fratakelsen var et alvorlig inngrep og vurderte forholdsmessigheten av det grundig. Det kan reises spørsmål om mangel på samtykkekompetanse kan bli et moment i vurderingen eller et materielt vilkår, for hva som er lovlig frihetsberøvelse etter art.5 nr.1. I praksis har man sett domstolen rette blikket mot en kompetansemodell der individets forståelsesnivå har vært viktig å vurdere, men dette gjelder

³⁹ *Winterwerp mot Nederland* 1979, no. 6301/73, avsnitt 36-52

⁴⁰ Wachenfeld (1991), s.142

⁴¹ *Ivinovic mot Kroatia* 2014, no. 13006/13, avsnitt 35-46

⁴² NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s. 177-178

enda få saker der det har skjedd. Et forbehold i EMD-saken er at saken gjaldt fratakelse av rettslig handleevne etter vergemålslovgivning, og ikke helselovgivning der forutsetningen er at vurderingen begrenses til det konkrete tiltaket og inngrepet i saken.

EMD har uttalt at også korte tilbakehold i tid, ca. 15-30 minutter, kan utgjøre en frihetsberøvende krenkelse på art.5 nr.1 når inngrepet utføres med alvorlige tvangsmidler som reimer, håndjern mv. I en sak fra EMD-praksis ble en pasient med utviklingshemning og autisme frivillig innlagt på psykiatrisk institusjon.^{43 44 45 46} Institusjonen hadde derimot bestemt at den frivillige innleggelsen skulle omgjøres til en tvungen innleggelse hvis pasienten ønsket å forlate institusjonen. Domstolen mente pasienten ikke lenger var frivillig innlagt. Domstolen mente at pasienter som har samtykke til frivillig frihetsberøvelse ikke er frihetsberøvet – ikke så lenge før personens samtykke er trukket tilbake., jf. konverteringsforbudet i norsk rett i phvl. § 3-4.⁴⁷

Grl. § 102, jf. EMK art.8 uttrykker retten til privatliv og personlig integritet, herunder blant annet selvbestemmelsesretten til å samtykke til og nekte helsehjelp. For pasienter uten samtykkekompetanse kan retten delvis sikres med overlapp av retten til frihet og sikkerhet i art.5 nr.1, f.eks. at pasienten underlegges tvungent psykisk helsevern, men uten døgnopphold slik at han ikke også frihetsberøves. Etter EMD-praksis omfatter art.8 vern om fysisk og psykisk integritet, som er spesielt viktig for en pasient uten samtykkekompetanse i tvungent helsevern. Staten er forpliktet til å innføre tiltak for å verne individets privatliv og integritet, i tillegg til å avstå fra inngrep i det samme. Staten må sikre at pasienten i tvungent psykisk helsevern får så mye privatliv på døgnopphold i institusjon eller avdeling som er mulig. Personalet bør respektere pasientens rom, klær og private gjenstander, så lenge det ikke er fare for pasientens eget eller andres liv og helse. Personalet skal ikke gjennomføre uforholdsmessige og unødvendige inngrep i pasientens privat liv ved kontinuerlig overvåking og kontroll av pasienten, med unntak for selvmordstilfellene, jf. pvhl. § 4-8. Personalet skal ikke utføre unødvendige ransaker og beslag på pasientens rom eller kroppsundersøkelser, jf. pvhl. § 4-2. Der det er nødvendig i behandlingen av pasienten kan slike inngrep utføres, jf.

⁴³ *Austin og andre mot Storbritannia* 2012, no. 39692/09, avsnitt 52-69

⁴⁴ *De Tommaso mot Italia* 2017, no. 43395/09, avsnitt 77-92

⁴⁵ *D.D. mot Litauen* 2012, no. 13469/06, avsnitt 143-158 og 173-176

⁴⁶ *H.L. mot Storbritannia* 2004, no. 45508/99, avsnitt 89-94, 98-101, 114-115 og 116-124

⁴⁷ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, s. 170-171

phvl. kap.4.⁴⁸ Det kan gjøres inngrep i art.8 etter en vurdering, så lenge inngrepet har grunnlag i lov, er nødvendig og har et legitimt formål og er forholdsmessig. Vurderingen veier individuelle behov mot samfunnsbehov.^{49 50 51 52}

Tvangstiltak som har fullstendig kontroll på pasienten, selv om han yter motstand, kan være en krenkelse av art.8, jf. Grl. § 102. EMD har uttrykt at tvang som overvinnes motstand fra en person er et inngrep. Om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke har ingen betydning. Personen må kunne uttrykke sin mening. Det er uklart om det er et inngrep på pasienter med redusert samtykkekompetanse som verken yter motstand eller kan gi gyldig samtykke, fordi pasienten er passiv i behandlingssituasjonen eller mangler evnen til å forstå situasjonen. Pasient uten samtykkekompetanse sin rett til privatliv og personlig integritet krenkes ikke der tvangsinngrepet er i tråd med hva som er «nødvendig i et demokratisk samfunn», jf. EMK art.8 nr.2. EMD har uttalt at behandling av pasienter i psykisk helsevern er et spørsmål om hva som er «medisinsk nødvendig». Domstolen er forsiktig med å overprøve medisinsk faglige eksperters vurdering om hva som er medisinsk nødvendig i pasientens tilfelle.^{53 54 55}

3.3 Legalitetsprinsippet om samtykkekompetanse

Grl. § 113 uttrykker legalitetsprinsippet: «Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov». Staten må ha hjemmel i lov for alle inngrep i borgernes rettssfære. Staten må utøve sin makt og myndighet overfor borgerne i tråd med lovverket. En faktisk handling og vedtak med rettsvirkninger for borgeren krever hjemmel i lov. Lov er formell lov og forskrift, jf. Grl. §§ 76 flg.

I strafferetten med store inngrep i privat liv og personlig integritet, oppstiller prinsippet et strengt krav til en presis og klar hjemmel i lov. Prinsippet verner borgerne fra vilkårlig myndighetsmisbruk og sikrer forutberegnelighet. I tillegg til å kreve hjemmel i lov, forbyr prinsippet utvidende og analogisk tolkning av lovhjemmel, slik at ordlyden i bestemmelsen

⁴⁸ Dok.nr. 16 (2011-2012), Del IV, kapittel 30

⁴⁹ Rt.2014 s. 1105, avsnitt 28

⁵⁰ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s. 173-174

⁵¹ Kjønstad, Syse og Kjelland (2017) s. 511

⁵² NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet, s. 62

⁵³ *Storck mot Tyskland* 2005, no. 61603/00, avsnitt 68-78 og 109-113

⁵⁴ *Pretty mot Storbritannia* 2002, no. 2346/02, avsnitt 49-56 og 61-78

⁵⁵ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s. 169

får et større virkeområde. HR har fastslått at legalitetsprinsippet gjelder i norsk rett.⁵⁶ Kravet til lov i EMK er ikke like strengt som det norske legalitetsprinsippet. Lovkravet gjenspeiles av europeiske staters rettstradisjon for rettspraksis og sedvane, som i EMKs øyne vil oppfylle lovkravet. Prinsippet som styrker kravet til hjemmel i lov i norsk rett gjør at HR har mindre rom for å drive rettsutvikling på noen områder sammenlignet med andre områder, f.eks. strafferetten sammenlignet med helse retten.⁵⁷ Domstolen skal være forsiktig med omfattende og plutselige endringer av rettsstilstanden på et område.^{58 59 60 61}

Fordi det kan gjøres inngrep overfor pasienter med og uten samtykkekompetanse i deres selvbestemmelsesrett og integritet i form av tvungent psykisk helsevern, stiller prinsippet et relativt strengt krav om klar og presis lovhjemmel. Slik hjemmel finnes i phvl. § 3-3.

Prinsippet setter en skranke for hvordan og når staten kan gjøre inngrep med tilstrekkelig hjemmel i lov i en persons liv og integritet, ved å erklære han ikke samtykkekompetent og dermed frata han sin selvbestemmelsesrett, som er et alvorlig inngrep.⁶²

Der pasienten har samtykkekompetanse og samtykker vil ikke helsehjelpen være et inngrep overfor pasienten, fordi helsehjelpen har grunnlag i samtykke, og dermed trenger den ikke grunnlag i hjemmel i lov eller annet gyldig rettsgrunnlag slik prinsippet krever. Det er tilstrekkelig at pasienten aksepterer og forholder seg til helsehjelpen så lenge informasjonsplikten overholdes, jf. pbrl. § 3-2. Hvis pasienten ikke har gitt samtykke, men har akseptert og forholder seg til helsehjelpen er det ikke et inngrep, så lenge pasienten ikke aktivt har motsatt seg den. Grensen for å gi helsehjelp til pasienter med samtykkekompetanse, er at pasienten aksepterer og forholder seg til helsehjelpen gjennom et passivt uttrykt samtykke basert på informasjon. Unntak fra dette gjør at prinsippet virker igjen og krever hjemmel i lov. Helsepersonellet må ha hjemmel i lov for den videre behandlingen i phvl. Der en pasient uten samtykkekompetanse ikke kan samtykke til helsehjelpen og helsehjelpen likevel ytes uten hjemmel i lov kan det være et ulovlig inngrep. Et ulovlig inngrep kan føre til erstatningsansvar eller straffansvar for helsepersonellet i alvorlige tilfeller. Idet pasienten ikke kan samtykke på grunn av manglende samtykkekompetanse eller forholder seg helt passiv

⁵⁶ Rt.2010 s. 612, avsnitt 27

⁵⁷ Rt.1977 s. 1035

⁵⁸ Dok.nr. 16 (2011-2012), Del IV, kap.41

⁵⁹ HR-2018-1907-A, avsnitt 51

⁶⁰ *Sunday Times mot Storbritannia* 1979, no. 6538/74, avsnitt 46-53

⁶¹ Rt.2014 s. 1281, avsnitt 48

⁶² Prop. 147 L (2015-2016), s. 12, punkt 3.1

med samtykkekompetanse, skal ethvert inngrep som da kan defineres som tvang ha grunnlag i lovhjemmel.

For at tvangshjemlene i phvl. kap.3 og 4 ikke skal gi helsepersonellet for stort spillerom og makt over pasienten, og sikre pasientens integritet, selvbestemmelsesrett og rettsikkerhet, må lovhjemmelen utformes klart og presist, i tillegg til et krav om at ordlyden ikke kan tolkes utvidende eller analogisk.^{63 64} Tvangshjemlene i phvl. er noen av samfunnets kontrollregler overfor pasienter med alvorlig psykiske lidelser, som brukes av hensyn til samfunnsvernet. Kontrollreglene begrenser pasienter uten samtykkekompetanse sin selvbestemmelsesrett og integritet. Derfor krever prinsippet hjemmel i lov. Lex specialis-prinsippet gjør at en spesiell lovhjemmel framfor en generell lovhjemmel får forrang så lenge prinsippet også oppfylles, f.eks. lovhjemmelen for tvungent psykisk helsevern i § 3-3 får forrang framfor straffelovens integritetsvern.^{65 66}

I en sak fra rettspraksis var spørsmålet om et sykehjem kunne skifte sengetøy, utføre kroppsvask og skifte sårbandasjer på en skånsom måte på grunn av pasientens dårlig hygiene og sjenerende lukt for ansatte.⁶⁷ Pasienten var samtykkekompetent og nektet personalet å bytte sårbandasjene andre dager enn det som passet han selv. Videre var det spørsmål om pasienten måtte akseptere at institusjonen satte alminnelige krav til hygiene som ble gjennomført av personalet, da han aksepterte tilbudet om sykehjemsplass, eller om han kunne nekte disse kravene fordi han var samtykkekompetent. HR flertall konkluderte med at sykehjemmet hadde lov til å gjennomføre kravene til hygiene på en skånsom måte, uten at det var urimelig eller et inngrep overfor pasienten som krevde klar hjemmel i lov på bakgrunn av legalitetsprinsippet. Det samlede rettsgrunnlaget som fantes, var tilstrekkelig. Resultatet endte med dissens tre mot to. Dermed er rettskildeværdien av dommen svekket.

Legalitetsprinsippet styrke på helserettens område blir ikke spesielt avklart i dommen.

Dommen har blitt kritisert i juridisk teori.^{68 69 70}

⁶³ Kjørstad, Syse og Kjelland (2017) s. 115-119

⁶⁴ Molven (2019) s. 52-53

⁶⁵ Syse (2016) s. 278-300, punkt 4

⁶⁶ Molven (2019) s. 61

⁶⁷ Rt.2010 s. 612

⁶⁸ Kjellevoid og Aasen (2011) s. 50-68

⁶⁹ Andersen, Wang og Wallewik (2011) s. 283 flg.

⁷⁰ Østenstad (2014) s. 484-501

Flertallets syn og meninger i domspremissene peker i retning av at legalitetsprinsippet ikke er sterkt på helserettens område. Det kan stilles spørsmål om flertallet strekker legalitetsprinsippet for langt på helserettens område. Samtidig kan de ha strukket litt på prinsippet for å gi en rettslig løsning på denne spesielle saken hvor pasienten har samtykkekompetanse. Førstvoterende viser til at prinsippet gjelder for faktiske handlinger som er inngripende på enkeltpersoner, som i denne saken for pasienten, med henvisning til EMK art.8 nr.1. I EMD-praksis har domstolen uttalt at: « the imposition of medical treatment, without the consent of a mentally competent adult patient, would interfere with a person's physical integrity in a manner capable of engaging the right protected under Article 8 § 1 of the Convention ».⁷¹ Behandlingstiltak som ikke er samtykket til må ha hjemmel i lov, være nødvendig og forholdsmessig. Hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett må veie mindre der uheldige valg i behandlingstilbudet får merkbare konsekvenser for andre eller avskjærer andres rettigheter. I denne saken førte pasientens nektelse til luktplager for personalet og brudd på personalets rett til et forsvarlig arbeidsmiljø. Hovedregelen om samtykke og hensynet til selvbestemmelsesretten for pasienter med samtykkekompetanse har begrensninger.

Et unntak følger av EMK art.8 nr.2, som åpner for begrensninger i privat liv og personlig integritet med nødvendig lovgrunnlag, som i norsk rett krever formell hjemmel i lov etter legalitetsprinsippet. Med tilstrekkelig hjemmel i lov kan det oppstilles vilkår i et ellers begunstigende vedtak om sykehjemsplass, så lenge vilkårene har en «saklig sammenheng med vedtaket og ikke er uforholdsmessig tyngende».

Et viktig rettsgrunnlag for flertallet i dommen er en forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4-4, som tolkes slik at beboerne må akseptere begrensninger av hensyn til «medisinsk behandling, drift av boformen og hensynet til andre beboere». Drift av boform omfatter også et forsvarlig arbeidsmiljø, jf. arbeidsmiljøloven § 4-4, jf. § 4-1. Samlet kan disse lovgrunnlagene oppfylle kravet til grunnlag i lov etter legalitetsprinsippet, for at pasient med samtykkekompetanse får begrenset sin selvbestemmelsesrett nok til at han ikke kan nekte gjennomføringen av vilkår om hygiene stilt av institusjonen i et begunstigende vedtak. Om nødvendig kan institusjonen gjennomføre vilkåret med tvang.⁷²

⁷¹ *Pretty mot Storbritannia* 2002, no. 2346/02, avsnitt 63

⁷² Rt.2010 s. 612, avsnitt 21-37

Mindretallets syn og meninger i dissensen peker i retning av at legalitetsprinsippet er sterkt på helserettens område. Mindretallets oppfatning er at det ikke finnes et rettslig grunnlag for å bruke tvang til å sørge for at pasienten innfrir hygienekravet stilt i det begunstigende vedtaket. Inngrep og særlig de med tvang krever en særlig hjemmel i lov. Desto sterkere inngrepet er på pasientens liv og integritet, jo sterkere er kravet til hjemmelsgrunnlaget. Den samme sykehjemsforskriften § 3-3 og hovedregelen om samtykke gir uttrykk for at helsehjelp kun kan ytes med pasientens samtykke. Hovedregelen understreker «respekten for pasientens menneskeverd og integritet».⁷³ Pasient med samtykkekompetanse kan fritt trekke samtykke tilbake og nekte fortsatt helsehjelp, når som helst.

Frivillighetsprinsippet ved ytelse av helsehjelp er sentralt, og det kan ikke gjøre at vilkår oppstilt av institusjonen åpner for at helsehjelp utføres med tvang mot en pasient uten grunnlag i lov. Pasient uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, kan kun tvang brukes der unnlattelse ville ført til alvorlig skade eller fare for pasientens eget liv eller andres liv og helse. Helsehjelpen skal alltid være nødvendig og forholdsmessig. Materielle og prosessuelle vilkår og rettssikkerhetsgarantier skal sikre en pasient uten samtykkekompetanse sin rettssikkerhet i tvangsinngrep mot han. På bakgrunn av legalitetsprinsippet skal man være forsiktig med å tolke en rett til bruk av tvang hvor det ikke finnes slike materielle og prosessuelle vilkår og rettssikkerhetsgarantier, som her i denne saken. Prinsippet avskjærer muligheten for utvidende tolkning av et ellers mangelfullt tilstrekkelig hjemmel i lov, der det i denne saken er vist til forskrift. HR har likevel i rettspraksis tidligere gjort en utvidende tolkning av behandlingskriteriet etter phvl. fra 1961.⁷⁴ Prinsippet og tvangslovgivning gir ikke større rett til å bruke tvangstiltak overfor personer med samtykkekompetanse, enn dem uten samtykkekompetanse.⁷⁵

3.4 Delkonklusjon

Menneskerettslige hensyn og formål som: retten til frihet, retten til privatliv, retten til personlig integritet, forbudet mot nedverdiggende og umenneskelig behandling, frivillighetsprinsippet, selvbestemmelsesretten og menneskeverdet har direkte påvirkning på

⁷³ Ot.prp.nr. 12 (1998-1999), side 80

⁷⁴ Rt.1993 s. 249, på s. 255-256

⁷⁵ Rt.2010 s. 612, avsnitt 40-55

hvordan vilkåret i nr.4 skal tolkes og anvendes, i tråd med disse verdiene. Lovendringen i 2017 har ytterligere sikret Norges etterlevelse og forpliktelse av verdiene i nasjonal lovgivning i phvl. Det er litt uklart hvordan legalitetsprinsippet står på psykisk helsevernfeltet etter Sårstelledommen. Dersom dommen ses på som en rettslig avklaring av en spesiell problemstilling med en samtykkekompetent pasient, vil prinsippet på generelt grunnlag stå sterkt på feltet fordi pasientene opplever alvorlige og sterke frivillige og tvungne inngrep på deres selvbestemmelse og integritet som krever at det finnes rettsikkerhetsprinsipper som beskytter pasienten.

4. Samtykkekompetanse

4.1 Innledning

Spørsmålet er hvilken betydning diagnoseavgrensningen, årsakskravet, forståelseskravet og beviskravet i pbrl. § 4-3 andre ledd har for vilkåret i nr.4 om manglende samtykkekompetanse.

Pbrl. § 4-3 andre ledd: «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

4.2 Diagnoseavgrensningen

Diagnoseavgrensningen følger av ordlyden i andre ledd: «(...) psykiske forstyrrelser (...)».

Pasienten mangler helt eller delvis samtykkekompetanse der han ikke evner til å forstå begrunnelsen for helsehjelpen og hva samtykket til helsehjelp består av, herunder behandlingstiltakets karakter og konsekvenser, på grunn av psykiske forstyrrelser. Når en pasient får behandling i psykisk helsevern for en «alvorlig sinnslidelse» eller annen psykisk lidelse, vil det som oftest dekkes av «psykiske forstyrrelser», men ikke i alle tilfeller. Her må behandlende helsepersonell gjøre en konkret vurdering av pasientens helsetilstand. Lettere og

naturlig psykiske reduksjoner i forståelsesevne grunnet alderdom er ikke nok til å kvalifisere som «psykiske forstyrrelser».^{76 77 78}

4.3 Årsakskravet

Årsakskravet følger av ordlyden i andre ledd: «(...) på grunn av (...)».

Årsakskravet stiller krav til årsak for pasientens manglende forståelse for begrunnelsen til helsehjelpen og hva samtykket til helsehjelp består av, herunder behandlingstiltakets karakter og konsekvenser. Årsaken er en av de nevnte diagnosene i andre ledd, f.eks. «psykiske forstyrrelser» som fører til redusert eller helt bortfall av samtykkekompetansen.^{79 80}

Samtykkekompetansen bortfaller ikke mer enn det er grunnlag for, på bakgrunn av pasientens forståelse av egen helsetilstand og informasjon fra helsepersonell om helsehjelpen, og evnen til å treffe en beslutning på bakgrunn av det.^{81 82} På grunn av en «psykisk forstyrrelse» kan pasienten samtidig være fullstendig samtykkekompetent til å treffe en beslutning og gi samtykke til frivillig psykisk helsevern, men være redusert samtykkekompetent til å treffe en beslutning og gi samtykke til en behandlingsform med spesielle medikamenter mv. Andre årsaker som alene eller samlet kan føre til «psykiske forstyrrelser» er: søvnmangel, medisin- eller narkotikarus og hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Der pasienten gjør noe med disse årsakene; ved å sove, kutte ut medisinene eller narkotikaen og får behandling, kan han gjenvinne helt samtykkekompetanse fra redusert eller helt tap av samtykkekompetanse. Noen av årsakene med søvnmangel, medisin- og narkotikarus og andre psykiske symptomer kan være kortvarig eller langvarig årsaker. Helsepersonellens vurdering av pasientens samtykkekompetanse er ikke en enkeltvurdering som gjelder i mange år etterpå. Vurderingen må gjøres jevnlig i løpet av pasientens opphold i tvungent psykisk helsevern., jf. pbrl. § 4-3 tredje ledd og femte ledd, jf. phvl. kap.3.

⁷⁶ Ot.prp.nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter, Del IV, kap.12, merknad til § 4-3

⁷⁷ Rundskriv I-2000-60, Del 3, Kapittel 4, merknader til § 4-3

⁷⁸ Rundskriv IS-2017-1, Kapittel 1.2 2, s.15

⁷⁹ Ot.prp.nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter, Del IV, kap.12, merknad til § 4-3

⁸⁰ Rundskriv IS-2017-1, Kapittel 1.2 2, s.15

⁸¹ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) s. 133

⁸² NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet s. 24-26

4.4 Forståelseskravet

Forståelseskravet følger av ordlyden i andre ledd: «(...) ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

Pasientens evne til å forstå begrunnelsen til helsehjelpen og hva samtykket til helsehjelp består av, kan variere etter typen helsehjelp det er snakk om. Forståelsesevnen kan være redusert eller helt fraværende på noen områder og beslutninger til ulike typer helsehjelp. Forståelsesevnen som en del av samtykkekompetansen til pasienten vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle tilknyttet den aktuelle helsehjelpen som tilbys. Pasienten kan forstå begrunnelsen til og hva samtykket omfatter til en innleggelse, men mangle den samme forståelse for bruk av en type effektiv medisin på sin psykiske lidelse som en del av behandlingen. Pasienten kan også mangle forståelse for og ikke anerkjenne egen psykisk lidelse og behovet for psykisk behandling, men samtidig forstå og anerkjenne en sykdomsfølelse og tilstand av fysisk og psykisk uro i kroppen som han har erfart tidligere kan kureres med behandling i psykisk helsevern. Derfor ønsker pasienten behandling av sykdomsfølelsen og tilstanden av fysisk og psykisk uro i kroppen, heller enn behandling av den psykiske lidelsen.^{83 84}

Pasienten «forstå(r)⁸⁵ relevant informasjon» når han tar til seg informasjon og opplysninger om helsehjelpen og behandlingen, og faktisk forstår hva det handler om. Relevant informasjon er informasjon direkte tilknyttet pasientens konkrete helsetilstand gitt på en lett forståelig måte for pasienten, slik at han kan bruke den. Pasienten anerkjenner eller bruker av «informasjonen i egen situasjon» når han innser og aksepterer egen helsetilstand og bruker informasjonen og opplysningene om helsehjelpen og behandlingen til å forstå og innrømme overfor helsepersonellet at han trenger helsehjelp og hvordan helsehjelpen kan bedre hans helsetilstand. Informasjon og anerkjennelse av egen helsetilstand er ikke forstått og innrømt der pasienten nekter for å ha en psykisk lidelse som i utgangspunktet krever at han trenger psykisk helsehjelp for å bli bedre. Pasienten «resonnere(r)⁸⁶ med relevant informasjon» der han veier fordeler og ulemper med de ulike behandlingsoveralternativene mot hverandre. Veingen

⁸³ Ot.prp.nr. 12 (1998-1999), Del IV, kap.12, merknad til § 4-3

⁸⁴ Rundskriv IS-2017-1, Kapittel 1.2 2, s.17

⁸⁵ («Min endring»)

⁸⁶ («Min endring»)

gjør at pasienten kan ta en informert beslutning om hva som er mest fordelaktig for han. Veilingen av hva som er viktigst og mest fordelaktig for han, påvirkes av pasientens verdier, erfaringer og livsprioriteringer, som kan stå i strid med helsepersonellens prioritering om det beste for pasienten.

Pasienten «uttrykke(r)⁸⁷et valg» der han tar en beslutning og uttrykker denne verbalt, skriftlig eller gjennom kroppsspråk. At pasienten ikke vil eller klarer å snakke, betyr ikke at han klarer å kommunisere sin beslutning om helsehjelp. Pasienten kan kommunisere sin beslutning ved hjelp av håndgestikulering, et forsiktig blick og passivt nikk eller skriftlig på papir. Likevel holder det ikke med et enkelt «ja» eller «nei» for å kommunisere sin beslutning. Pasienten må faktisk forstå og kunne prioritere ett behandlingsvalg foran et annet på bakgrunn av informasjonen gitt til han, slik at det blir et «kvalifisert»-valg. En pasient som forstår og anerkjenner en psykisk lidelse og ber om hjelp for det er vanligvis samtykkekompetent. En pasient som ikke forstår og anerkjenner en psykisk lidelse og dermed heller ikke ber om hjelp for det har helt eller redusert samtykkekompetanse. Ofte kan pasienter med alvorlig spiseforstyrrelser mangle evnen til å forstå og anerkjenne egen psykosomatiske lidelse, informasjon om sin helsetilstand og ta en beslutning om helsehjelp der alternativene og deres konsekvenser ikke er veid mot hverandre.^{88 89 90}

I en sak fra rettspraksis var spørsmålet om en kvinne manglet samtykkekompetanse, jf. phvl. § 3-3 nr.4.⁹¹ Det var dissens om resultatet i dommen. Hun hadde en «schizoaffektiv lidelse» blandet med «manisk-depressiv» lidelse, men krevde seg utskrevet fra nesten syv års opphold i tvungent psykisk helsevern. I fem år av det tvungne helsevernet måtte hun møte opp hos fastlegen sin én gang i måneden for å ta en injeksjon depotmedisin. HR mente kvinnen manglet samtykkekompetanse og dermed var vilkåret i nr.4 oppfylt. Begrunnelsen var at kvinnen ikke hadde reell innsikt i sin egen situasjon eller forståelse for konsekvensene av å avslutte behandlingen. Likevel fikk kvinne medhold i kravet sitt, på bakgrunn av usikkerhet om tidskravet i phvl. § 3-3 nr.3 bokstav a var oppfylt, kvinnen hadde vært til vedlikeholdsbehandling i nesten fem år og lovgivers vekt på pasientens selvbestemmelsesrett i forarbeidene.

⁸⁷ («Min endring»)

⁸⁸ Rundskriv IS-2017-1, Kapittel 1.2 2, s.18-21

⁸⁹ Prop. 147 L (2015-2016), punkt 6.2.1.2

⁹⁰ Rundskriv IS-8-2015, s.84-88

⁹¹ HR-2018-2204-A, avsnitt 39-65

Videre sier førstvoterende at en person «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter der det kreves et «visst nivå av konsekvensinnsikt» for å være samtykkekompetent, og at personen «forstår nødvendigheten av helsehjelpen». Reglene om samtykkekompetanse ses i sammenheng med reglene om gyldig samtykke, der pasienten må «være i stand til å forstå informasjonen som gis og hva som kan bli konsekvensene av å nekte behandling». Avgjørende er om «pasienten har evne til å treffe et behandlingsvalg basert på noenlunde realistiske forventninger» og «(...) i hvilken grad sykdommen påvirker personens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. En person som på grunn av sykdommen ikke evner å forstå følgene av å motsette seg behandling, vil derfor ikke ha samtykkekompetanse (...) uavhengig av om vedkommende er i en aktiv sykdomsfase, eller om symptomene er avbleket på grunn av medisiner».

4.5 Beviskravet

Beviskravet følger av ordlyden i andre ledd: «(...) åpenbart (...)».

Beviskravet oppstiller en høy terskel som det skal en del til for å nå, for at man kan si at pasienten ikke forstår begrunnelsen for helsehjelpen og hva samtykket omfatter, dermed at samtykkekompetansen faller bort. Der behandlende helsepersonell er i tvil om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke, så skal pasienten ha samtykkekompetanse. Beviskravet er så strengt at selv de «med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, vurderes som samtykkekompetente». Kravet går ut på om pasienten klarer å ta en beslutning om helsehjelp som ikke er i for stor grad påvirket av hans psykiske lidelse. Pasienten må ha et minimumsnivå av konsekvensinnsikt. Det er tilstrekkelig at pasienten har en generell forståelse, slik som alle andre i samfunnet. Pasienten må minst forstå nødvendigheten av helsehjelpen. Han trenger ikke forstå den medisinske behandlingen, årsakssammenhenger eller fullt ut alle konsekvenser av nektet helsehjelp, for at det skal være «åpenbart» at han ikke forstår samtykket.^{92 93} Innholdet i den refererte dommen i underkapittel 4.4 gjelder også her. I tillegg har førstvoterende uttalt at vurderingen går på «hvordan den enkelte personen fremstår og hva vedkommende gir uttrykk for».⁹⁴

⁹² Ot.prp.nr. 12 (1998-1999), Del IV, kap.12, merknad til § 4-3

⁹³ Rundskriv IS-2017-1 Kap.1.2 2, s.16

⁹⁴ HR-2018-2204-A, avsnitt 65

4.6 Delkonklusjon

Diagnoseavgrensningen, årsakskravet, forståelseskravet og beviskravet har alle en selvstendig betydning i samtykkekompetansevurderingen. Samlet uttrykker de et strengt krav til å finne en pasient til å mangle helt samtykkekompetanse, i tråd med hensynet til selvbestemmelse, integritet og frivillighetsprinsippet som er hovedregelen i helseretten. Dermed skal det mye til for at vilkåret i nr.4 er oppfylt på bakgrunn av samtykkekompetansevurderingen.

5. Kort oversikt over lovens øvrige vilkår for tvungent psykisk helsevern

5.1 Innledning

Spørsmålet er hva som er innholdet i de andre vilkårene i § 3-3 nr.1-3 og 5-7, og hvilken betydning det har for vilkåret i nr.4.

Frivillig og tvungent psykisk helsevern er definert og innholdet i gjennomføringen⁹⁵ av det følger av phvl. §§ 1-2, 1-4, 3-1, 3-3 a^{96 97}, 3-5, 3-7⁹⁸, 4-5, 4-6, 4-7 a, 4-8, 4-9 og 4-10.

5.2 Frivillighetsvilkåret

§ 3-3 første ledd nr.1: «Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette». Vilkåret uttrykker hovedregelen om samtykke til helsehjelp, jf. pbrl. § 4-1, jf. phvl. § 2-1, jf. frivillighetsprinsippet. Frivillig helsehjelp og behandling er alltid førstevalget overfor pasienten. Det skal brukes minst mulig inngripende tvangstiltak overfor pasienten. Tvang er siste utvei for helsehjelp og behandling av pasienten. En vurdering om det er «åpenbart formålsløst å forsøke (...)» frivillig psykisk helsevern beror blant annet på momenter som: pasientens helsetilstand, livssituasjon, tidligere erfaringer med psykisk helsevern, farer for pasientens eller andres liv og helse, tidligere utvist fysisk og/eller psykisk motstand mv. Vilkåret gjelder for situasjonen på vedtakstidspunktet. Det vil være formålsløst å prøve eller forsøket vil ikke føre fram der pasienten forholder seg

⁹⁵ Kjørstad, Syse og Kjelland (2017) s. 487-505

⁹⁶ Molven (2019) s. 167-168

⁹⁷ Psykisk helsevernforordningen, § 10

⁹⁸ NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, s. 38-39, 49 og 182

helt passiv i behandlingen, ønsker ikke behandlingen og gjør motstand eller han mangler samtykkekompetanse og kan derfor ikke samtykke til eller nekte behandling. I den konkrete helhetsvurderingen i vilkår nr.7 kan frivillighetsvilkåret fungere som et moment.^{99 100 101 102}

5.3 Undersøkelsesvilkåret

§ 3-3 nr.2: «Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1». Vilkåret er en prosessuell rettssikkerhetsgaranti for pasienten som gjør at han får en uavhengig og objektiv medisinsk undersøkelse av både sin somatiske og psykiske helsetilstand. En av legeundersøkelsene skal skje utenfor ansvarlig institusjon av en uavhengig lege som «ikke har samme nærmeste overordnede som faglig ansvarlig for vedtak». Som oftest er det en fastlege, legevaktslege eller annen lege i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Den andre legeundersøkelsen skal skje på ansvarlig institusjon av faglig ansvarlige lege for behandlingen av pasienten. En uavhengig og objektiv undersøkelse skal kunne fange opp eventuelle somatiske eller psykiske symptomer og lidelser som den andre legen kan ha oversett, som i ytterste tilfelle kan gjøre at pasienten helst burde ha vært overført til somatisk avdeling.^{103 104 105 106}

5.4 Grunnvilkåret

§ 3-3 nr.3: «Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten».

Grunnvilkåret må være oppfylt sammen med minst ett av de fire alternativene i de to tilleggsvilkårene i bokstav a eller b, for at tvungent psykisk helsevern skal være aktuelt. Vilkåret «alvorlig sinnslidelse» er et rettslig begrep, og ikke en psykisk diagnose eller lidelse. Vilkåret har nær sammenheng til psykoser, uten at det er avgrenset til kun det. I tidligere rett kvalifiserte også andre tilstander enn psykoser til tvungent psykisk helsevern. For

⁹⁹ Rt.2001 s. 1481, på s.1486-1491

¹⁰⁰ Kjønstad, Syse og Kjelland (2017) s. 494-495

¹⁰¹ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s.88-92

¹⁰² Rundskriv IS-2017-1, Kap.1, 1.3.3 § 3-3

¹⁰³ Kjønstad, Syse og Kjelland (2017) s. 500-502

¹⁰⁴ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s.88-92

¹⁰⁵ Ot.prp.nr. 65 (2005-2006), Kap.12, merknad til § 3-3, nr.1

¹⁰⁶ Rundskriv IS-2017-1, Kap.1, 1.3.3 § 3-3, nr.2

grensetilfellene om hva som dekkes av vilkårets ordlyd og ikke, må det gjøres en konkret helhetsvurdering der momenter som pasientens sykdomstilstand og konsekvenser for pasientens funksjon og evne til realitetsvurdering som kan likestilles med psykose, tillegges stor vekt.¹⁰⁷¹⁰⁸¹⁰⁹ I utgangspunktet dekkes ikke psykopatiske karakteravvik av ordlyden, men pasienter som har en psykisk lidelse med store karakteravvik som medfører «tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen» dekkes av ordlyden. Pasienten kan ha en «alvorlig sinnslidelse» uten å være psykotisk, f.eks. fordi han har en alvorlig spiseforstyrrelse eller personlighetsforstyrrelse. I en sak fra rettspraksis uttaler førstvoterende at: «alvorlig sinnslidelse» bare i helt særlige tilfelle kunne anvendes utenfor psykosene».¹¹⁰

Psykosener er en tilstand med nedsatt evne til realistisk vurdering av seg selv, andre og omgivelsene. Symptomer kan være: hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og atferdsforstyrrelser. En av de vanligste psykosene er schizofreni, men andre vanlige kan også være: alvorlig stemningslidelse, mani, bipolar lidelse og alvorlig personlighets- og spiseforstyrrelser.¹¹¹ I juridisk teori har man oppsummert forståelsen av vilkåret for å gjelde: «klare, aktive psykosener, herunder rusutløste psykosener, samt visse svært manifesterede avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykosener».¹¹² En konkret vurdering gjøres om pasienten har en psykisk lidelse som dekkes av og oppfyller vilkåret «alvorlig sinnslidelse». Her vektlegges pasientens «atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre symptomer». I tillegg vektlegges lidelsens alvorlighetsgrad og varighet. Avgjørende for om vilkåret er oppfylt er: arten, karakteren og graden av lidelsen. Pasienter med kronisk psykisk lidelse kan oppfylle vilkåret selv om han ikke opplever psykotiske symptomer i en tidsperiode. I rettspraksis har man forstått vilkåret slik at det viser til en grunnlidelse, og vilkåret er oppfylt der pasientens psykiske lidelse behandles med antipsykotiske medikamenter.¹¹³ Denne forståelsen i rettspraksis er imidlertid kritisert i juridisk teori.¹¹⁴ ¹¹⁵

¹⁰⁷ Rt.2015 s. 913, avsnitt 41-44

¹⁰⁸ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, s.88-92

¹⁰⁹ NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, s. 33-37

¹¹⁰ Rt.1987 s. 1495, på s.1500 flg.

¹¹¹ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven, s. 67-69

¹¹² Aslak Syse, Norsk Lovkommentar, 2018, phvl. § 3-3, Note 58.

¹¹³ Rt. 1993 s. 249, jf. Rt.2001 s. 1481, Rt.2014 s. 807 og Rt.2015 s. 913

¹¹⁴ Høyre (1995) s. 151-167)

¹¹⁵ NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, vedlegg 3, s. 302

Forståelsen i rettspraksis svekkes av vilkåret i nr.4 om manglende samtykkekompetanse, fordi pasienter i langvarig (vedlikehold)behandling som har blitt bedre og er symptomfrie, kan ha gjenvunnet sin samtykkekompetanse og dermed ikke lenger oppfylle vilkåret i nr.4.^{116 117 118} Vilkåret «på grunn av sinnslidelsen» krever årsakssammenheng mellom den psykiske lidelsen isolert satt i sammenheng med at den oppfyller grunnvilkåret «alvorlig sinnslidelse» som årsak.^{119 120}

5.5 Tilleggsvilkårene i bokstav a og b

§ 3-3 nr.3 bokstav a: «får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret (...)».

Bokstav b: «utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse».

Tilleggsvilkåret i bokstav a kalles behandlingsvilkåret. Det har to alternativer i forverringsalternativet og bedringsalternativet. Bedringsalternativet finnes i ordlyden: «utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert» peker på at pasientens sinnslidelse blir «merkbart bedre» med en «reduksjon i utsiktene som vil få store og merkbare konsekvenser for pasienten». Avgjørende for om dette alternativet oppfyller vilkåret er hvordan pasientens helsetilstand vil utvikle seg hvis han eller hun blir underlagt tvungent psykisk helsevern, sammenlignet med utviklingen av hans helsetilstand uten tvungent helsevern. For at vilkåret skal oppfylles må pasientens psykiske helsetilstand klart forventes å bli mye bedre med tvungent helsevern enn uten.

Forverringsalternativet finnes i ordlyden: «(...) stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret». Alternativet er aktuelt for pasienter som har gjennomgått langvarig behandling, og det har bedret pasientens psykiske helsetilstand til et godt nivå, men helsepersonellet frykter et nesten øyeblikkelig tilbakefall hvis det tvungne psykiske helsevernet avsluttes. Alternativet er et alvorlig inngrep i

¹¹⁶ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999), Del IV, kap.14, merknad til § 3-3

¹¹⁷ Rundskriv IS-2017-1, Kap.1, 1.3.3 § 3-3, nr.2

¹¹⁸ Kjønstad, Syse og Kjelland (2017) s. 475-486

¹¹⁹ Kjønstad, Syse og Kjelland (2017) s. 489-491

¹²⁰ Molven (2019) s. 166

pasientens integritet og selvbestemmelsesrett, og derfor oppstilles det svært strenge krav til å kunne bruke dette alternativet i en snever ramme av tilfeller. Det svært strenge kravet understrekes av ordlyden «stor sannsynlighet» i «meget nær framtid» får pasienten sin psykiske tilstand «vesentlig forverret». Stor sannsynlighet betyr mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt, altså mer enn 50% sannsynlighet.¹²¹ Vurderingen om dette alternativet oppfyller vilkåret går også på å sammenligne pasientens prognose for forverring med og uten tvungent psykisk helsevern.

Vesentlig forverret forstås som at pasienten må bli merkbart verre og at forverrelsen vil føre til store konsekvenser for pasienten. Meget nær framtid forstås i rettspraksis som en to-fire måneder tidsperiode. Seks måneder tidsperiode er uansett for lang tid. I tilfeller hvor forverringsalternativet er eneste aktuelle alternativ i tilleggsvilkårene kan det spille inn i helhetsvurderingen i nr.7 som et moment. Det er viktig at faglig ansvarlige og kontrollkommisjonen er oppmerksom på at behandlingen pasienten har fått, kan ha ført til at pasienten har gjenvunnet sin samtykkekompetanse og ikke lenger oppfyller vilkåret i nr.4.¹²²

123

Tilleggsvilkåret i bokstav b kalles farevilkåret. Ved en fare for eget liv og helse omfattes selvmord og selvskading, men også faren for at pasienten «forkommer eller lider overlast» på en måte som gjør det til «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse». Vurderingene i bokstav a og b kan overlappe med hverandre. Begge bokstavene kan være oppfylt samtidig. Vilkåret krever en årsakssammenheng mellom pasientens sinnslidelse og faren. Vurderingen om vilkåret er oppfylt går også her ut på en vurdering av prognosen til pasientens tilstand med og uten tvungent psykisk helsevern. Det er viktig om pasienten uten tvungent helsevern utgjør en fare. Ordlyden «fare for liv» dekker både selvmord og fare for «livstruende voldshandlinger mot andre». Ordlyden «fare for helse» dekker både fysisk og psykisk helse, men der det er fare for pasientens egen helse benyttes tilleggsvilkåret behandlingsvilkåret i bokstav a. En fare for fysisk helse omfatter selvskading og fare for at pasienten «forkommer eller lider overlast». En fare for psykisk helse omfatter trusler, forfølgelse, psykisk overlast hos barn mv. Skaden må være mer alvorlig enn det bagatellmessige.

¹²¹ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999), Del IV, kap.14, merknad til § 3-3

¹²² Ot.prp.nr. 11 (1998-1999), Del IV, kap.14, merknad til § 3-3

¹²³ Rundskriv IS-2017-1, Kap.1, 1.3.3 § 3-3, nr.3 bokstav a

Ordlyden «alvorlig» forstås som at det må være et kvalifisert skadepotensiale. I rettspraksis er ordlyden «nærliggende» forstått som at faren er reell, konkret og sannsynlig. Faren har vært synlig eller dokumentert. Momenter som virker inn på farevurderingen er: tidligere selvskading, vold, trusler og pasientens holdning til handlingene på vurderingstidspunktet. I rettspraksis er det klargjort at faren ikke må oppstå i en klar og begrenset tidsperiode. Er faren langt frem i tid, så er det mindre sannsynlig at faren vil materialisere seg. God dokumentasjon om faren er viktig. Samfunnsvernet svekkes der en pasient har blitt feilaktig vurdert til ikke å utgjøre en fare for andre mennesker i samfunnet, fordi tilstrekkelig og nødvendig dokumentasjon manglet.^{124 125 126}

Det kan reises spørsmål om farevurderingen med henvisning til vilkåret i nr.4 om manglende samtykkekompetanse. Fram til 2017 har faglig ansvarlige, kontrollkommissjonen og domstolen i noen tilfeller unnlatt å vurdere farevilkåret eller vektlagt det mindre betydning, hvis faren har vært mangelfullt dokumentert og pasienten uansett oppfylder tilleggsvilkåret i bokstav a. Innføringen av vilkåret i nr.4 vil føre til at pasienter med samtykkekompetanse ikke holdes tilbake i tvungent psykisk helsevern på bakgrunn av tilleggsvilkåret i bokstav a. Derfor er det viktig at det finnes god dokumentasjon som samles inn for å gjøre en vurdering på faren, og om farevilkåret er oppfylt.^{127 128}

5.6 Institusjonens egnethet

§ 3-3 nr.5: «Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5».

For å få godkjenning i henhold til § 3-5 må institusjonen oppfylle krav til bemanning og fysisk utforming av institusjonen eller avdelingen. Pasienten beskyttes mot ren frihetsberøvelse og kontrolltiltak uten at det har et faglig innhold. Faglig ansvarlige må vurdere om pasienten vil kunne få et egnet tilbud på institusjonen. Vurderingen tar utgangspunkt i pasientens behandlingsbehov, psykiske helsetilstand og ønsker. Faglige kravet

¹²⁴ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999), Del IV, kap.14, merknad til § 3-3

¹²⁵ Rundskriv IS-2017-1, Kap.1, 1.3.3 § 3-3, nr.3 bokstav b

¹²⁶ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s.88-92

¹²⁷ NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, s. 38

¹²⁸ Rt.2001 s. 1481

stiller krav til at personalet er kompetent og har rett helsefaglig utdanning til å utføre jobben. I tillegg kreves det at det er nok antall personale til stede på institusjonen eller avdelingen som kan tilby «tilfredsstillende behandling og omsorg» til pasienten. Institusjonen eller avdelingen må også være materielt utstyrt med nødvendig utstyr og bygningsmasse for å gi egnet hjelp til pasienten og sikre personalet et forsvarlig arbeidsmiljø. Det kan være: møbler, bord, tv, musikkanlegg, kjøkken, bad, terapirom, fellesrom, medikamenter, reimer og sikkerhets- og verneutstyr mv. Vilkåret er et absolutt krav til faglighet og materiellet. Dersom vilkåret ikke oppfylles, så kan ikke tvungent psykisk helsevern påbegynnes eller fortsettes på institusjonen eller avdelingen.^{129 130 131}

5.7 Uttalelsesretten

§ 3-3 nr.6: «Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9». Før faglig ansvarlige treffer et vedtak skal pasienten få en mulighet til å uttale seg. Pårørende og offentlig myndighet med direkte interesse i saken, får også mulighet til å uttale seg. Uttalelsene skal noteres og vektlegges i den faglig ansvarliges vurdering. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med tvang.^{132 133}

5.8 Helhetsvurderingen

§ 3-3 nr.7: «Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andre liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende».

De øvrige vilkårene i nr.1-6 må være oppfylte, men likevel skal det foretas en konkret helhetsvurdering om hva som er den «klart beste løsning» for pasienten. Vurderingen går blant annet ut på «hensiktsmessighet- og rimelighetsbetraktninger». I rettspraksis har HR sagt

¹²⁹ Rundskriv IS-2017-1, Kap.1, 1.3.3 § 3-3, nr.5

¹³⁰ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s.88-92

¹³¹ NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, s. 39

¹³² NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s.88-92

¹³³ Rundskriv IS-2017-1, Kap.1, 1.3.3 § 3-3, nr.6

at vurderingen i utgangspunktet er objektiv.¹³⁴ I helhetsvurderingen kan følgende momenter vektlegges: behandling med legemidler og effekten av den, pasientens motstand, grad av funksjonsnedsettelse på grunn av den «alvorlige sinnslidelsen», tidsperioden pasienten er behandlet uten eget samtykke, om det er nylig eller lenge siden behandlingen startet, om en langvarig vedlikeholdsbehandling kan gjøres frivillig for pasienten. Helhetsvurderingen er veldig viktig der tilleggsvilkåret i bokstav a er aktuelt, fordi: «Tvungent psykisk helsevern er et så inngripende tiltak at dette ikke bør brukes mot noen bedrefungerende over lengre perioder uten at de får prøve seg for å se hvordan det går».¹³⁵

Varigheten på tvangen har betydning i tilfellene pasienten gjenvinner sin funksjonsevne og samtykkekompetanse, der de kan nekte videre behandling i psykisk helsevern. Det finnes unntak. Lovgivers mål om å styrke pasientens selvbestemmelsesrett kan tyde på at pasientens holdning og ønsker bør vektlegges i større grad, så lenge ikke pasienten er en fare for andres liv eller helse. Fordi pasientens selvbestemmelsesrett, integritet og menneskeverd er styrket i phvl., så skal faglig ansvarlige legge stor vekt på pasientens konkrete opplevelser av tvangen.^{136 137 138 139 140}

5.9 Kort om forholdet mellom nr.4 og de øvrige vilkårene

Frivillighetsvilkåret i nr.1 uttrykker at det skal være forsøkt frivillig psykisk helsevern, så lenge det ikke er «åpenbart formålsløst å forsøke dette». Vilkåret i nr.4 «(...) vil gi tjenesteyterne en sterkere oppfordring til å kartlegge pasientens ønsker og behov og et sterkere insentiv til å nå fram med hjelpen av frivillighet».¹⁴¹ I forhold til nr.4 vil det likevel være «åpenbart formålsløst» å forsøke frivillig psykisk helsevern for pasienter, i en situasjon der faglig ansvarlige og annet helsepersonell vurderer pasienten til å mangle samtykkekompetanse.

¹³⁴ Rt.2001 s. 752

¹³⁵ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999), på s.80

¹³⁶ Rt.2001 s. 1481, på s. 1490

¹³⁷ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s.88-92

¹³⁸ NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, s. 39-40

¹³⁹ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999), Del IV, kap.14, merknad til § 3-3

¹⁴⁰ Rundskriv IS-2017-1, Kap.1, 1.3.3 § 3-3, nr.7

¹⁴¹ Prop. 147 L (2015-2016) s. 25

Grunnvilkåret i nr.3 kan være oppfylt selv om pasienten ikke viser tegn på psykiske symptomer på grunn av medisinnntak, fordi han har en alvorlig sinnslidelse som grunnlidelse. Den oppfatningen er støttet i rettspraksis. I forhold til nr.4 vil det svekke oppfatningen av rettspraksis, fordi pasienter i langvarig behandling kan bli så mye bedre at de blir symptomfrie og gjenvinner sin samtykkekompetanse. Da er ikke lenger grunnvilkåret oppfylt, og dermed er det heller ikke viktig at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse».

Pasient med samtykkekompetanse kan innlegges i tvungent psykisk helsevern der unntaket i nr.4 andre punktum er oppfylt, i tillegg til de andre øvrige vilkårene. Unntaket omfatter ikke fare for pasientens «egen helse», kun for «andres (...) helse». Det betyr at pasienter med samtykkekompetanse som utfører handlinger som setter deres egen helse i fare, ikke kan innlegges i tvungent psykisk helsevern på bakgrunn av tilleggsvilkåret behandlingvilkåret i nr.3 bokstav a. Unntaket i andre punktum medfører at behandlingvilkåret ikke omfatter pasienter med samtykkekompetanse.^{142 143}

5.10 Delkonklusjon

Innholdet i vilkårene i § 3-3 nr.1-3 og 5-7 kan finnes i de ulike underkapitlene. De øvrige vilkårene får liten betydning for vilkåret i nr.4, fordi hvert enkelt vilkår er et selvstendig kumulativt vilkår som i seg selv må være oppfylt uavhengig av de andre for at tvungent psykisk helsevern skal etableres. Dersom et av vilkårene ikke er oppfylt, betyr det at tvungent helsevern ikke kan etableres. Likevel er det gjort noen særlige bemerkninger om forholdet mellom nr.4 og de øvrige vilkårene i underkapittel 5.9.

6. Phvl. § 3-3 første ledd nr.4

6.1 Innledning

Spørsmålet er hva som er innholdet i unntaket i § 3-3 nr.4 andre punktum, og hvilken betydning det har for vilkåret i nr.4.

¹⁴² Syse (2018) s. 236-243

¹⁴³ Gruppeoppgave, «*Tvungent psykisk helsevern – med hovedvekt på psykisk helsevernloven § 3-3*», 2019, s. 68-70

Vilkåret i nr.4 første punktum om at «Pasienten mangler samtykkekompetanse» skal forstås og anvendes på bakgrunn av samtykkekompetansevurderingen i pbrl. § 4-3 andre ledd. Har pasienten samtykkekompetanse på bakgrunn av vurderingen i pbrl. § 4-3 andre ledd, så er ikke vilkåret i første punktum oppfylt. Har pasienten ikke samtykkekompetanse på bakgrunn av vurderingen i pbrl. § 4-3 andre ledd, så er vilkåret i første punktum oppfylt. Se kapitlene 2, 4 og 5.

6.2 Unntaket i andre punktum

§ 3-3 nr.4 andre punktum: «Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse». Unntaket dekker «nærliggende og alvorlig selvmordsfare eller ved nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse».¹⁴⁴ Unntaket bygger på hensynet til samfunnsvern og samfunnets omsorgsansvar. En kompetansebasert modell der en pasient med samtykkekompetanse og en alvorlig sinnslidelse kan nekte behandling i psykisk helsevern, kan få store praktiske helserelaterte og rettslige konsekvenser for pasienten og pårørende. Det er likevel uklart hvordan disse konsekvensene vil se ut.¹⁴⁵

Helse- og omsorgsdepartementet mener at i de tilfellene pasienten ikke er til fare for andres liv og helse, men kan være til fare for egen helse, er det vanskelig å legitimere og rettferdiggjøre at en pasient med samtykkekompetanse skal innlegges i tvungent psykisk helsevern. Selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse, er ikke det isolert sett tilstrekkelig grunn til å overprøve pasientens selvbestemmelsesrett, herunder pasientens rett til å samtykke eller nekte helsehjelp. Fordi det i unntaket ikke er gjort unntak ved fare for pasientens egen helse, må pasienten mangle samtykkekompetanse for at han skal kunne innlegges i tvungent psykisk helsevern. Hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett veier tyngre enn hensynet til samfunnsvern og samfunnets omsorgsansvar. Det betyr at pasienten står fritt til å skade egen helse over tid uten at han kan tvangsinnlegges i tvungent helsevern, så lenge han beholder sin samtykkekompetanse. Skader på egen helse kan forårsakes av at man ikke får i seg næring, forsømmer hygien og lar somatisk sykdom, sår og skader forbli ubehandlet over en tidsperiode som ikke vil direkte true pasientens eget liv.¹⁴⁶ Den friheten gjelder så lenge skadene på helsen ikke utgjør en direkte fare for pasientens eget liv. For de fleste pasienter

¹⁴⁴ Prop. 147 L (2015-2016), Kapittel 14.1, merknader til § 3-3

¹⁴⁵ Rundskriv IS-2017-1, Punkt 1.3.3, nr.4

¹⁴⁶ Samme rundskriv

klarer de å ivareta egen helse selv om han lider av alvorlig sinnslidelse, men det finnes unntak fra dette, jf. nyhetssakene i kap.1.2.

Er det snakk om en direkte fare for pasientens eget liv ved selvmordsforsøk e.l. så vil det være etisk uakseptabelt at psykisk institusjon eller avdeling skal respektere pasientens selvbestemmelsesrett. Det samme etisk uakseptable utgangspunktet gjelder ved fare for andres liv og helse ved livstruende og alvorlig angrep på andre e.l. Hensynet til samfunnsvern er her viktigere enn pasientens selvbestemmelsesrett.^{147 148}

I en sak fra rettspraksis var spørsmålet om unntaket i phvl. § 3-3 nr.4 andre punktum var oppfylt.¹⁴⁹ Saken handlet om overprøving av vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern overfor en pasient med anoreksi. Pasienten krevde seg utskrevet fra tvungent helsevern. Domstolen konkluderte med at unntaket i andre punktum var oppfylt. Unntakets ordlyd skal ikke tolkes innskrenkende til kun å dekke selvmord, men ordlyden dekker også andre livsfarlige situasjoner som utgjør en «nærliggende og alvorlig fare for» pasientens liv. Etter en helhetsvurderingen i nr.7 fremsto tvungent psykisk helsevern fortsatt som den klart beste løsning for pasienten. Pasientens ønske om utskrivelse ble ikke tatt til følge. Resultatet ble tilsluttet av nesten alle dommerne unntatt én dommer som tok dissens med særmerknad. Førstvoterende i flertallet mente ordlyden av unntaket i andre punktum «omfatter enhver fare for pasientens liv som er tilstrekkelig nærliggende og alvorlig, uansett hva faren består i».¹⁵⁰ Ordlydstolkningen får støtte av forarbeidene og rundskriv, slik at ordlyden ikke skal tolkes innskrenkende til kun gjelde selvmordstilfeller, men også gjelde andre farer for pasientens liv.

Videre sier førstvoterende at: «Når departementet fremhever at det for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser kan oppstå en livstruende situasjon dersom de ikke underlegges behandling, taler det (...) i retning av at det ikke bør gjelde andre regler for disse enn for pasienter der det foreligger en alvorlig selvmordsrisiko. (...) de grunnleggende etiske hensynene (vil)¹⁵¹ være de samme når det for en person med en alvorlig sinnslidelse foreligger nærliggende og alvorlig fare for livet, uavhengig av om faren er knyttet til somatisk sykdom som følge av spiseforstyrrelse eller gjelder risiko for selvmord». Til slutt peker førstvoterende på at

¹⁴⁷ Prop. 147 L (2015-2016), Kapittel 6.2

¹⁴⁸ Aslak Syse, Norsk Lovkommentar, 2018, phvl. § 3-3, Note 64

¹⁴⁹ HR-2020-1167-A

¹⁵⁰ HR-2020-1167-A, avsnitt 37-64

¹⁵¹ («Min endring»)

selvmordsrisiko er et viktig eksempel for unntaksregelen, men at rundskrivet beskriver unntaket til å rekke lenger og omfatte også andre situasjoner med fare for pasientens liv. I rundskrivet understrekes det grunnleggende hensynet bak bestemmelsen – samfunnets omsorgsansvar og forpliktelse til å redde liv.

6.3 Delkonklusjon

Innholdet i unntaket i § 3-3 nr.4 andre punktum finnes i underkapittel 6.2. Unntaket i andre punktum har betydning ved at vilkåret i første punktum skal ses bort fra, kun der det er «nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse». Ellers får unntaket liten betydning for første punktum.

7. Avsluttende bemerkninger

For å konkludere på hovedproblemstillingen om å identifisere og analysere ulike rettslige problemstillinger som vilkåret i § 3-3 første ledd nr.4 reiser, henvises det til de ulike kapitlene og delkonklusjonene der dette er besvart. Lovendringen i 2017 med innføringen av vilkåret i nr.4 har styrket pasientens selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Samtidig har det kanskje skapt nye problemer for helsepersonell og pårørende. Et av problemene er at helsepersonell i psykisk helsevern må se noen pasienter med samtykkekompetanse som har nektet behandling, få gå fritt rundt i samfunnet til tross for deres anbefalinger om psykisk helsevern. Et annet problem er at pårørende opplever at de ikke kan hjelpe sine nærmeste som er psykisk syk.

I underkapittel 1.2 ble det vist til at Helsetilsynet og Fylkesmannen avdekket lovbrudd på 18 av 20 tilsyn i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern. Lovbruddene går på: grunnleggende svikt i velferdstjenestene for psykiatriske pasienter ute i kommunene, utredningen av pasienter er for dårlig, mangel på individuelle behandlingsplaner, ingen eller få pasientkoordinatorer i kommunene som koordinerer velferdstilbudet for psykisk syke personer og pasienter utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. Døgnplasser i psykisk helsevern har blitt redusert fra ca. 13 000 plasser i 1975 til 3649 plasser i 2019. Reduksjonen har ført til mindre behandling av hver pasient, fordi det er et stadig større press på spesialisthelsetjenesten til å behandle enda flere psykisk syke personer som trenger

behandling, uten at det er mange nok behandlingsplasser til det.¹⁵² I 2017 fikk flere enn 150 000 personer behandling i psykisk helsevern med 5500 innlagte i tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold. Det tvungne helsevernet endte med flere utskrivelser for pasienter i døgnopphold i 2017 enn i 2016, på grunn av lovendringen i 2017 og innføringen av vilkåret i nr.4 ifølge Helsedirektoratet.¹⁵³

Senter for medisinsk etikk (SME) utførte i 2019 en undersøkelse om hvilke endringer lovendringen i 2017 og vilkåret i nr.4 har fått for tvangsbehandling overfor pasienter, pårørende, helsepersonell og kontrollorgan.^{154 155} Undersøkelsen besto av kun 60 intervjuer og gjennomgang av journaler, så det er en undersøkelse med liten representativitet som empirisk materiale. Noen av funnene var:

- Økt rettssikkerhet for pasienter og styrket fokus på selvbestemmelsesrett og integritet.
- Mer grundig-, helhetlig- og forståelig samtykkekompetansevurdering for alle gruppene.
- Økt motivasjon for frivillig psykisk helsevern blant pasientene.
- Styrket pasient- og pårørendemedvirkning
- Vanskeligere samtykkekompetansevurdering for pasienter i DPS med tilleggslidelser som: rusproblem, selvskading, alvorlig spiseforstyrrelse og maniske lidelser.
- Mer komplisert og uoversiktlig tvangslovgivning for helsepersonell som skal tolke og anvende tvangsreglene. Usikkerhet om hvilke lover som skal anvendes i tilfeller der pasienten har både somatiske og psykiske lidelser.
- Konverteringsforbudet i phvl. § 3-4 brytes oftere nå enn før lovendringen. Pasienter med alvorlig sinnslidelse uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg helsehjelp, blir frivillig innlagt selv om loven krever vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Antall søknader om forlengelse av tvungent psykisk helsevern til behandling av kontrollkommisjonen ble redusert med 20 % fra 2016 til 2017. Reduksjonen mener utvalget er en konsekvens av vilkåret i § 3-3 nr.4, fordi myndighetene hadde ventet størst effekt på

¹⁵² <https://www.nrk.no/dokumentar/apner-tilsynssak-etter-brennpunkt-dokumentar-om-anne-wold-1.15242152>, under overskriftene «Tilsyn viste mange lovbrudd», «Mangler individuell plan og koordinator» og «Færre sengeplasser i psykiatrien» (lest 07.12.20)

¹⁵³ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s. 132-133

¹⁵⁴ Samme forarbeid

¹⁵⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/?ch=3>, under kap.6.2.1 «Evaluerer av kravet om samtykkekompetanse» (lest 16.12.20)

pasienter i langvarig behandling.¹⁵⁶ Fra 2019 til 2020 har andelen tvangsinnleggelse økt fra 16,3 % til 20,2 %. Totalt antall tvangsinnleggelse økte med 12 % for samme tidsperiode. Likevel har det totalt sett vært en nedgang i antallet innleggelse i psykisk helsevern.^{157 158}

Det er ikke rart at man ser en liten økning i det totale antallet tvangsinnleggelse, på grunn av vilkåret i nr.4 om manglende samtykkekompetanse. Etter lovendringen i 2017 har vilkåret gjort det vanskeligere å etablere tvungent psykisk helsevern, men samtidig har samtykkekompetansevurderingen blitt bedre, mer grundig, helhetlig og mer forståelig for pasienter, pårørende og helsepersonell.¹⁵⁹ Det kan bety at flere pasienter blir vurdert til å mangle samtykkekompetanse og dermed blir underlagt tvungent psykisk helsevern i langt større grad enn før. Gjennomsnittstiden for en tvangsinnleggelse i døgnopphold har blitt redusert eller endret seg minimalt.^{160 161}

Spørsmålet er hva som er grunnen til at gjennomsnittstiden for en tvangsinnleggelse i døgnopphold har blitt redusert/endret seg minimalt. En grunn kan være at lovendringen førte til styrket fokus på pasientens selvbestemmelsesrett og personlig integritet, bedre samtykkekompetansevurdering der pasient og pårørende opplever mer bruker- og pårørendemedvirkning og en større motivasjon for frivillig psykisk helsevern blant pasientene.¹⁶² En annen grunn kan være reduksjonen i døgnplasser til 3649 plasser i 2019, som har ført til mindre behandling per pasient samtidig som spesialisthelsetjenesten opplever et større press og behov for psykisk helsevern fra stadig flere psykisk syke personer. Med et økt behov for hjelp og for få døgnplasser må psykiatriske pasienter skrives ut langt tidligere enn før, slik at alle som trenger psykisk helsevern kan få det.

Den sistnevnte grunnen har fått synlige aktuelle negative konsekvenser for både pasienter, pårørende og helsepersonell. I dag finnes det mange pårørende, selv om det ikke utgjør

¹⁵⁶ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s. 233-234

¹⁵⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelse-i-psykisk-helsevern-for-voksne> (sist besøkt 19.11.20)

¹⁵⁸ <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/028e6f20-6846-46df-9f3b-7cf1e2c011d8?e=false&vo=viewonly> (sist besøkt 19.11.20)

¹⁵⁹ Undersøkelse om virkningene av § 3-3 nr.4, Senter for medisinsk etikk, 2019

¹⁶⁰ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s. 132-133

¹⁶¹ <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/028e6f20-6846-46df-9f3b-7cf1e2c011d8?e=false&vo=viewonly>, under «Antall døgn under tvungent psykisk helsevern» (lest 16.12.20)

¹⁶¹ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven, s. 132-133

¹⁶² Samme undersøkelse

flertallet, som er slitne og fortvilet over at deres nærmeste som har psykisk lidelse ikke får nødvendig psykisk hjelp. Personer med en alvorlig psykisk lidelse som har samtykkekompetanse, kan nekte behandling i psykisk helsevern og gå fritt rundt i samfunnet og blant annet gjøre skade på egen helse, uten at det er til fare for deres eget liv eller andres liv og helse og som fratar gjør at helsevesenet mulighet til å gripe inn med tvungen psykisk helsevern, jf. unntaket i § 3-3 nr.4 andre punktum.¹⁶³ ¹⁶⁴ I et slikt tilfelle skal ikke helsevesenet gripe inn fordi hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett er viktigere enn samfunnets omsorgsansvar og hensynet til pårørende. Selv lovgiver var usikker ved innføringen av vilkåret og lovendringen i 2017, hvilke konsekvenser innføringen av den kompetansebaserte modellen ville få for pasienter med samtykkekompetanse og alvorlig sinnslidelse og deres pårørende.¹⁶⁵ ¹⁶⁶ Eksempler på konsekvenser for hvordan pasienter med samtykkekompetanse og alvorlig sinnslidelse faller mellom to stoler i helsevesenet og deres pårørende sliter, finnes i nyhets sakene sitert i fotnotene og underkapittel 1.2. Det gjenstår å se hvordan lovgiver vil løse disse problemene, men forslag til å vurdere tvangsreglene på nytt har blitt fremmet på Stortinget.¹⁶⁷

I de neste par årene vil teknologisk utvikling i form av velferdsteknologi i pasientens hjem og dagens satsning på oppsøkende team (FACT) som hjelper pasienten med sosiale, helse relaterte og praktiske gjøremål i hverdagen, bli en alternativ behandlingsform i psykisk helsevern. Prøveprosjektet med FACT har allerede hatt dokumentert effekt på opprettelsen av kontakt med psykisk syke personer som ellers ville ha falt utenfor helsevesenet. Antall døgn i tvangsopphold har blitt redusert med 40 % i de områdene teamet har jobbet. Helsedirektoratet er positive til ordningen og mener at det trengs 120 slike team i årene fremover. Antallet psykisk syke personer med et behov for hjelp fra et slikt team, anslås til å være mellom 26000 og 30000.¹⁶⁸ ¹⁶⁹ En psykiatrisk pasient uten døgnplass eller i frivillig helsevern mv. kan få tilbud om individuelle helsetjenester med god kvalitet tilpasset den konkrete pasientens behov i sitt eget hjem. Det vil redusere bruken av tvang fordi behandlingen ytes i et trygt miljø for

¹⁶³ <https://www.nrk.no/dokumentar/apner-tilsynssak-etter-brennpunkt-dokumentar-om-anne-wold-1.15242152> (hentet 07.12.20)

¹⁶⁴ <https://www.nrk.no/vestland/ julie -onskjer-at-mora-bli-lagt-inn-med-tvang-1.15231548>, under «Vil evaluere» (hentet 14.12.20)

¹⁶⁵ Prop. 147 L (2015-2016), Kapittel 14.1, merknader til § 3-3

¹⁶⁶ Rundskriv IS-2017-1, Punkt 1.3.3, nr.4

¹⁶⁷ <https://www.nrk.no/dokumentar/apner-tilsynssak-etter-brennpunkt-dokumentar-om-anne-wold-1.15242152>, under «En forsømt gruppe» (lest 07.12.20)

¹⁶⁸ Samme nyhetsartikkel, under overskriftene «Et alternativ som fungerer» og «Stort behov»

¹⁶⁹ https://rop.no/globalassets/aktuelt-og-artikler/potensialet_for_act_fact_i_norge.pdf (hentet 07.12.20)

pasienten. Dette er under forutsetning om at personvernet og hensynet til privat liv og integritet ivaretas i henhold til loven og menneskerettighetene.

En slik alternativ behandlingsform kan være en god løsning i dagens situasjon, med stadig reduksjon i døgnplasser og ansvaret for psykisk helsevern og behandling av pasienter forskyves til kommunehelsetjenesten. Et problem er at kommunehelsetjenesten i varierende grad på langt nær har like mye ressurser som spesialisthelsetjenesten har, til å drive psykisk helsevern og behandle psykiatriske pasienter i kommunen og i deres eget hjem. Hvis kommunehelsetjenesten ikke har ressurser til det kan det være en risiko for at psykiatriske pasienter ikke får rett behandling til rett tid og dermed utgjør en fare mot seg selv eller andre.^{170 171} Det skjer i dagens situasjon at psykiatriske pasienter utskrives fra psykiatrisk avdeling eller institusjon, og får riktignok jevnlig og god behandling av spesialisthelsetjenesten på en DPS, men uten at hjemkommunen har et tilstrekkelig helse- og omsorgstilbud til pasienten. Hvorvidt lovgiver vil gjøre endringer i tvungent psykisk helsevern i phvl., for å løse noen av de aktuelle problemene som har oppstått som følge av lovendringen med innføringen av vilkåret gjenstår å se.

11. Litteraturliste

11.1 Lov, forskrift, rundskriv og folkerettslige traktater og konvensjoner

-Kongeriket Norges Grunnlov 17. mai 1814 (Grunnloven – Grl.).

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

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

-Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven – mrl.).

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

¹⁷⁰ <https://www.nrk.no/dokumentar/apner-tilsynssak-etter-brennpunkt-dokumentar-om-anne-wold-1.15242152> (hentet 07.12.20)

¹⁷¹ <https://www.ssb.no/statbank/table/06922/chartViewLine/> (lest 07.12.20)

-Lov 17. juni 2005 nr.62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven – aml.).

-Forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften).

-IS-2017-1, Rundskriv fra Helsedirektoratet, Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, 29. november 2017.

-I-2000-60, Rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet, 28. desember 2000.

-IS-2015-8, Rundskriv fra Helsedirektoratet, 21. april 2015.

-Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Roma, 4. November 1950 (entered into force 3 september 1953). (Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen – EMK).

-International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966 (entered into force 3 January 1976) 993 UNTS 3 (FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter - ØSK).

-International Covenant on Civil and Political Rights, 16 December 1966 (entered into force 23 March 1976) 999 UNTS 171 (FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter - SP).

-Covenant on the Rights of the Child, 20 November 1989 (entered into force 2 September 1990) 1577 UNTS 3 (Barnekonvensjonen – BK).

-Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women, 18 December 1979 (entered into force 3 September 1981) 1249 UNTS 1 (Kvinnediskrimineringskonvensjonen – KDK).

11.2 Lovforarbeid

-Prop. 147 L (2015-2016) Om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet).

-NOU 2011: 9 Om økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern, 17. juni 2011.

-Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), 13. november 1998.

-Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven), 13. november 1998.

-NOU 2019: 14 om Tvangsbegrensningsloven: Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten, 18. juni 2019.

-Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v., 7. april 2006.

-Prop. 78 L (2015-2016) Om endringer i psykisk helsevernloven (kontroll for å hindre innføring av uønskede gjenstandar), 18. mars 2016.

-Ot.prp. nr. 57 (1995-1996) Om lov om endringer i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven (begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming – tilleggsproposisjon til Ot.prp.nr.58 (1994-1995)), 3. mai 1996.

-NOU 1988: 8 Om lov om psykisk helsevern uten eget samtykke, 23. mars 1988.

-Dok.nr. 16 (2011-2012) Om rapport fra menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven, 19. desember 2011.

11.3 Rettspraksis og EMD-praksis

-HR-2018-2204-A

-HR-2020-1167-A

-HR-2018-1907-A

-Rt.2014 s. 1105

-Rt.2010 s. 612 (Sårstellodommen)

-Rt.2014 s. 1281

-Rt.1993 s. 249

-Rt.2001 s. 1481 (Psykisk helsevern II-dommen)

-Rt.2015 s. 913 (Anoreksidommen)

-Rt.2014 s. 807 (Enkel schizofrenidommen)

-Rt.1977 s. 1035 (Sykejournaldommen)

-Rt.1987 s. 1494 (Reitgjerdet II-dommen)

-Rt.2001 s. 752

-*M.S.S. mot Belgia og Hellas*, no. 30696/09 (2011)

-*Herczegfalvy mot Austerrike*, no. 10533/83, (1992)

-*Bures mot Tsjekkia*, no. 37679/08, (2012)

-*M.S. mot Kroatia (No.2)*, no. 75450/12, (2015)

- Winterwerp mot Nederland*, no. 6301/73 (1979)
- Austin og andre mot Storbritannia*, no. 39692/09 (2012)
- De Tommaso mot Italia*, no. 43395/09 (2017)
- Stanev mot Bulgaria*, no. 36760/06 (2012)
- Litwa mot Polen*, no. 26629/95 (2000)
- X mot Finland*, no. 34806/04 (2012)
- Ivinovic mot Kroatia*, no. 13006/13 (2014)
- Storck mot Tyskland*, no. 61602/00 (2005)
- Pretty mot Storbritannia*, no. 2346/02 (2002)
- Sunday Times mot Storbritannia*, no. 6538/74 (1979)

11.4 Juridisk teori og annen litteratur

- Kjønstad, Asbjørn, Syse, Aslak og Kjelland, Morten, *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang*, 6. utg., Gyldendal Norsk Forlag AS 2017.
- Molven, Olav, *Helse og jus*, 9. utg., Gyldendal forlag 2019.
- Aslak Syse, *Norsk Lovkommentar: Pasient- og brukerrettighetsloven*, note 119, Rettsdata.no (lest 2. desember 2020).
- Aslak Syse, *Norsk Lovkommentar: Psykisk helsevernloven*, Note 5, Rettsdata.no (lest 20. november 2020).
- Høyer, Georg, «Tilbakeslag for psykiatriske pasienters autonomi og rettsikkerhet», *Lov og Rett 03/1995 (Volum 34)*, s. 151-167.
- Syse, Aslak, «Tvungent psykisk helsevern – enkelte kommentarer» *Kritisk Juss* 2016, s. 278-300.
- Syse, Aslak, «Store endringer i psykisk helsevernloven», *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Volum 15* 2018, s. 236-243.
- Bernt, Jan Fridthjof, «Sosialt ansvar, integritetsvern og rettsikkerhet» *Kritisk Juss* 2000 s.99-107.
- Wachenfeld, Margaret, «The Human Rights of the Mentally Ill in Europe» *Nordic Journal of International Law* 1991 s. 115 flg.

-Kjellebold, Alice og Aasen, Henriette Sinding, «Huleboer-dommen og bruk av tvang i sykehjem: Rt-2010-612», *Tidsskrift for erstatningsrett, forsikringsrett og velferdsrett* 2011, s. 50-68.

-Andersen, Njål Wang og Wallevik, Karl O., «Huleboerdommen (Rt-2010-612) – riktig diagnose, feil medisin?», *Lov og Rett*, 2011, s. 238 flg.

-Østenstand, Bjørn Henning, «Sårstelldommen (Rt-2010-612) – prejudikat for kva?», *Lov og Rett* 2014, s. 484-501.

-Gruppeoppgave, Kandidat 557 og 634, «Tvungent psykisk helsevern – med hovedvekt på psykisk helsevernloven § 3-3», 2019, Universitetet i Oslo, <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/68932/557-og-634.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (lest 15.09.20)

-Masteroppgave, Kandidat 186, «Samtykkekompetanse i tvungent psykisk helsevern – Hvordan har introduksjonen av nytt vilkår i psykisk helsevernlov § 3-3 påvirket virkeområdet til bestemmelsen?», 2019, Universitetet i Bergen.

-Benedikte Grov, Bård Siem, Julianne Flølo, «Julie» ønsker at mora blir lagt inn med tvang», NRK, 23. november 2020, <https://www.nrk.no/vestland/julie-onsker-at-mora-blir-lagt-inn-med-tvang-1.15231548> (lest 07.12.20).

-Ellen Benedikte Kasnes, Arne Fredrik Næss, «Psykiske syke får ikke hjelpen de har krav på», NRK, 6. desember 2020, <https://www.nrk.no/dokumentar/apner-tilsynssak-etter-brennpunkt-dokumentar-om-anne-wold-1.15242152> (lest 14.12.20).

-Malt, Ulrik: <https://sml.snl.no/psykose>, oppdatert 14. juli 2020, (lest 15. november 2020).

-Malt, Ulrik og Aslaksen, Per: https://sml.snl.no/psykiske_lidelser, oppdatert 3. november 2020, (lest 15. november 2020).

-Elden, John Christian: https://snl.no/tvungent_psykisk_helsevern, oppdatert 7. juni 2020, (lest 18. november 2020).

-Helsedirektoratet: <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykoser/>, oppdatert 16. februar 2018, (lest 21. november 2020).

-Helsedirektoratet: <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/tvungent-psykisk-helsevern/>, oppdatert 8. januar 2018, (lest 21. november 2020).

