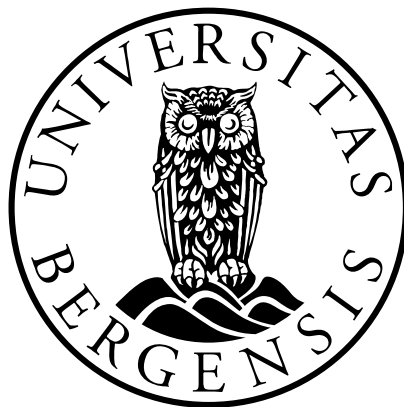


Tvungent psykisk helsevern  
når pasienten er samtykkekompetent,  
men til fare for eget liv

*Unntaket fra vilkåret om manglende  
samtykkekompetanse ved nærliggende og alvorlig  
fare for pasientens eget liv i phvl. § 3-3 nr. 4*

Kandidatnummer: 127

Antall ord: 14 990



JUS399 Masteroppgave  
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

11. desember 2023

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>2</b>
1.1	Tema, aktualitet og problemstilling .....	2
1.2	Begrepsavklaringer.....	3
1.3	Metode og rettskilder .....	4
1.3.1	En rettsdogmatisk fremstilling .....	4
1.3.2	Rettskildebildet og rettskildemessige utfordringer .....	4
1.4	Avgrensninger og fremstillingen videre.....	7
<b>2</b>	<b>Rettslige utgangspunkter og det underliggende etiske dilemmaet .....</b>	<b>9</b>
2.1	Pasienters selvbestemmelsesrett.....	9
2.2	Omsorgsplikten og retten til liv.....	10
<b>3</b>	<b>Bakgrunnen for psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4.....</b>	<b>13</b>
3.1	De øvrige vilkårene for tvungent psykisk helsevern før og etter 2017 .....	13
3.2	Paulsrud-utvalget og lovendringen i 2017 .....	15
<b>4</b>	<b>Menneskerettslige skranker for bruk av tvang ved fare for pasientens liv .....</b>	<b>18</b>
4.1	Innledning.....	18
4.2	Den europeiske menneskerettskonvensjon.....	18
4.3	FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.....	21
<b>5</b>	<b>Vilkåret om manglende samtykkekompetanse.....</b>	<b>25</b>
5.1	Vurderingen av samtykkekompetanse .....	25
5.2	Særlig om samtykkekompetanse ved fare for pasientens liv .....	30
<b>6</b>	<b>Unntaket fra kompetansevilkåret ved fare for pasientens eget liv .....</b>	<b>32</b>
6.1	Innledning.....	32
6.2	«Nærliggende og alvorlig fare».....	32
6.2.1	Når er en fare nærliggende og alvorlig?.....	32
6.2.2	Forholdet mellom § 3-3 nr. 4 og helsepersonelloven § 7.....	35
6.3	Fare for pasientens «eget liv».....	36
6.3.1	Når er en pasient til fare for eget liv?.....	36
6.3.2	Høyesteretts tolkning i HR-2020-1167-A .....	37
6.3.3	Analyse og vurdering .....	40
<b>7</b>	<b>Avsluttende betraktninger.....</b>	<b>43</b>
<b>8</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>46</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Tema, aktualitet og problemstilling

Få rettsområder gir opphav til like viktige etiske og rettslige spørsmål som bruk av tvang i psykiatrisk behandling. Et av de vanskeligste spørsmålene innenfor psykisk helsevern er i hvilke tilfeller det er legitimt å gripe inn med tvang overfor pasienter med kompetanse til å ta avgjørelser i spørsmål om egen helse. Temaet for denne masteroppgaven er adgangen til tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent, men til fare for eget liv etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum.

Adgangen til tvungent psykisk helsevern gjør unntak fra den grunnleggende hovedregelen i norsk rett om at alle former for helsehjelp forutsetter at pasienter samtykker til behandlingen. Hovedregelen følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd som også gjelder ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern jf. psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd. At helsehjelp som hovedregel bare skal ytes på frivillig basis, innebærer at pasienter har rett til å velge å akseptere eller avstå fra tilbudt behandling. Denne retten gjelder også der en beslutning om å avstå fra helsehjelpen er i strid med helsepersonells anbefaling, og vil få store negative konsekvenser for pasienten.

Psykisk helsevernloven § 3-3 gir adgang til å fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern overfor pasienter som ikke samtykker til behandling. En forutsetning for at tvungent psykisk helsevern skal kunne iverksettes eller opprettholdes er at pasienten mangler samtykkekompetanse.<sup>1</sup> Vilkåret om manglende samtykkekompetanse ble innført i psykisk helsevernloven i 2017. Lovendringen var et utslag av en internasjonal menneskerettsutvikling med økt fokus på ikke-diskriminering og respekt for pasienters integritet og selvbestemmelsesrett. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse var også begrunnet i behovet for å harmonere reglene om bruk av tvang i psykisk helsevern med reglene om tvungen somatisk behandling.<sup>2</sup>

Med innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse, ble det også innført et unntak fra vilkåret for tilfeller der det foreligger «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens]

---

<sup>1</sup> Psykisk helsevernloven (phvl.) § 3-3 nr. 4 første punktum.

<sup>2</sup> Prop. 147 L (2015–2016) s. 24.

eget liv» i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum. Unntaket åpner for at tvangsbehandling kan vedtas til tross for at pasienten vurderes som samtykkekompetent. I lovforarbeidene er unntaket begrunnet med at det i disse tilfellene vil være «etisk uholdbart å respektere pasientens beslutning om å nekte å ta imot helsehjelp».<sup>3</sup>

Siktemålet med masteroppgaven er å klarlegge adgangen til tvungent psykisk helsevern overfor samtykkekompetente pasienter, der det foreligger «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens] eget liv» etter gjeldende rett. Unntaket var etter forarbeidene først og fremst ment å omfatte nærliggende og alvorlig selvmordsfare.<sup>4</sup> Når lovens ordlyd likevel ikke er begrenset til å omfatte selvmordstilfeller, er det usikkert i hvilke tilfeller unntaket gir grunnlag for å gripe inn med tvang når det foreligger fare for pasientens eget liv, uten at dette knytter seg til selvmordsfare. Høyesterett drøftet rekkevidden av unntaket i HR-2020-1167-A («*Spiseforstyrrelsesdommen*»). I hvilke tilfeller det etter gjeldende rett kan vedtas tvungent psykisk helsevern overfor samtykkekompetente pasienter når det foreligger fare for pasientens eget liv, uten at dette knytter seg til selvmordsfare, er et sentralt spørsmål i masteroppgaven.

## 1.2 Begrepsavklaringer

Med *psykisk helsevern* menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelser, samt den pleie og omsorg behandlingen krever.<sup>5</sup>

Begrepet *tvungent psykisk helsevern* er i psykisk helsevernloven definert som undersøkelse, behandling, pleie og omsorg uten gyldig samtykke.<sup>6</sup> Forutsetningen om et gyldig samtykke innebærer at tvungent psykisk helsevern ikke bare omfatter tilfeller der helsepersonell må overvinne pasientens vilje eller fysiske motstand, men også der pasienten ikke kan avgi et gyldig samtykke på grunn av manglende samtykkekompetanse. Tvungent psykisk helsevern kan altså foreligge til tross for at pasienten samarbeider eller forholder seg passiv til behandlingen, dersom vedkommende ikke er samtykkekompetent. Psykisk helsevernloven legger med dette til grunn et vidt tvangsbegrep, sammenlignet med andre rettsområder.<sup>7</sup> Det utvidede tvangsbegrepet i psykisk helsevernloven er begrunnet med at også pasienter som

---

<sup>3</sup> Prop. 147 L (2015–2016) s. 24.

<sup>4</sup> Prop. 147 L (2015–2016) s. 24.

<sup>5</sup> Phvl. § 1-2.

<sup>6</sup> Phvl. § 1-2 tredje ledd.

<sup>7</sup> For en oversikt se Søvig, «Ulike tvangsbegrep i norsk velferdsrett», s. 35-53 som beskriver pasientens motstand og fravær av samtykke som de to hovedtypene tvangsbegrep i velferdslovgivningen.

forholder seg passive til behandling, skal ha de rettssikkerhetsgarantier som tvangshjemlene inneholder.<sup>8</sup>

Begrepet *samtykkekompetanse* viser til den personlige evnen en pasient må ha for å kunne anses å være i stand til å samtykke til eller avslå tilbudt helsehjelp. Begrepet samtykkekompetanse ble både i lovforslaget i NOU 2011: 9 («Paulsrud-utvalget») og i NOU 2019: 14 («Tvangslovutvalget») foreslått erstattet med begrepet beslutningskompetanse. Begrunnelsen var for begge utvalgene at beslutningskompetanse synliggjør at pasientens selvbestemmelsesrett omfatter både det å samtykke til og å nekte helsehjelp.<sup>9</sup> Ingen av forslagene har medført lovendring på dette punktet. Samtykkekompetanse er dermed begrepet som benyttes i gjeldende rett og som av den grunn vil benyttes i masteroppgaven.

## 1.3 Metode og rettskilder

### 1.3.1 En rettsdogmatisk fremstilling

Analysen i masteroppgaven følger rettsdogmatisk metode. Den rettsdogmatiske metoden bygger på alminnelig juridisk metode, med mål om å klarlegge gjeldende rett gjennom en systematisk fremstilling av rettskildene.<sup>10</sup>

Rettsdogmatikken innebærer også en evaluering av gjeldende rett.<sup>11</sup> I masteroppgaven vil særlig Høyesteretts tolkning av rekkevidden av unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum i *Spiseforstyrrelsesdommen*, analyseres med et kritisk blikk på rettens rettskildebruk. I forlengelsen av dette vil analysen suppleres med rettspolitiske betraktninger knyttet til tvangsbehandling av pasienter med alvorlige sinnslidelser med hjemmel i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4.

### 1.3.2 Rettskildebildet og rettskildemessige utfordringer

De mest sentrale rettskildene for spørsmålet om adgangen til tvungent psykisk helsevern overfor samtykkekompetente pasienter ved fare for pasientens eget liv, er lovteksten i psykisk

---

<sup>8</sup> Aasen, *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, s. 55-56.

<sup>9</sup> NOU 2011: 9 s. 13 og NOU 2019: 14 s. 34.

<sup>10</sup> Graver, «Vanlig juridisk metode? Om rettsdogmatikken som juridisk sjanger», s. 158.

<sup>11</sup> Askeland, «Om rettsdogmatisk metode og sammenligning», s. 19.

helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum og lovforarbeidene til endringen av psykisk helsevernloven i 2017.<sup>12</sup>

*Spiseforstyrrelsesdommen* er av stor interesse for oppgavens problemstilling.<sup>13</sup> Det knytter seg enkelte rettskildemessige utfordringer til avgjørelsen. For det første var ikke Høyesteretts drøftelse av unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum nødvendig for å begrunne resultatet i saken. Uttalelsene utgjør dermed *obiter dicta*, som etter rettskildelæren er regnet som mindre bindende enn prejudikater.<sup>14</sup> Høyesterett splittet seg også om tolkningen av unntaket, noe som reduserer dommens prejudikatsverdi ytterligere.<sup>15</sup> All den tid Høyesterett i *Spiseforstyrrelsesdommen* tok stilling til rekkevidden av unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum, vil denne likevel tillegges betydelig rettskildemessig vekt i analysen av gjeldende rett.

Når det gjelder vilkåret om manglende samtykkekompetanse, er den primære rettskilden for klarleggingen av innholdet i vilkåret pasient og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 første punktum. Lovteksten og de tilhørende forarbeidene gir imidlertid liten veiledning for vurderingen av samtykkekompetanse ved spørsmål om tvunget psykisk helsevern.

I forarbeidene til endringen av psykisk helsevernloven i 2017 vises det til rundskriv IS-8/2015 og IS-9/2012 fra Helsedirektoratet som veiledende for kompetansevurderingen i § 3-3 nr. 4 første punktum.<sup>16</sup> Rundskriv er i rettskildelæren regnet som etterarbeid, med liten rettskildemessig vekt.<sup>17</sup> Omtalen av rundskrivene i forarbeidene bidrar likevel til å gi disse forsterket rettskildemessig forankring. Rundskrivet IS-9/2012 er i dag erstattet med et kommentarrundskriv til psykisk helsevernloven, der de samme retningslinjene i stor grad er videreført.<sup>18</sup> Høyesterett har forutsatt at også oppdaterte versjoner av aktuelle rundskriv har forsterket rettskildemessig vekt.<sup>19</sup> Kommentarrundskrivet vil derfor utgjøre en sentral rettskilde for analysen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse.

---

<sup>12</sup> Prop. 147 L (2015-2016) og NOU 2011: 9.

<sup>13</sup> HR-2020-1167-A.

<sup>14</sup> Eckhoff, *Rettskildelære*, s. 172.

<sup>15</sup> Nygaard, *Rettsgrunnlag og standpunkt*, s. 322.

<sup>16</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 19 med henvisning til IS-8/2015 og IS-9/2012.

<sup>17</sup> Andenæs, *Rettskildelære*, s. 122–123.

<sup>18</sup> Psykisk helsevernloven med kommentarer, s. 17-23.

<sup>19</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 45 med henvisning til IS-1/2017.

Menneskerettighetene er en viktig rettskilde for masteroppgaven. Av hensyn til oppgavens omfang og de aktuelle menneskerettskonvensjonenes betydning for reguleringen av tvang i psykiatrisk behandling, avgrensers oppgaven seg til menneskerettslige krav som følger av Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) og FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Rettskildemessig står EMK i en særstilling i norsk rett. Dette skyldes for det første at EMK er gitt direkte virkning i norsk rett, med forrang framfor internrettslig lovgivning, gjennom menneskerettsloven.<sup>20</sup> I tillegg har Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) kompetanse til å avsi rettslig bindende avgjørelser, som konvensjonsstatene er forpliktet til å tilpasse sine tolkninger av EMK etter.<sup>21</sup> I forbindelse med moderniseringen av Grunnloven i 2014 ble det gjort klart at menneskerettighetene i Grunnloven skulle tolkes i lys av parallelle rettigheter i EMK.<sup>22</sup> Rettspraksis fra EMD har dermed stor betydning ved tolkningen av de internasjonale forbildene til bestemmelsene i grunnlovens menneskerettighetskapittel.

CRPD ble ratifisert av Norge i 2013, men er foreløpig ikke gjennomført direkte i norsk lov gjennom menneskerettsloven. Så langt har Norge heller ikke sluttet seg til den valgfrie protokollen som gir individklageadgang.<sup>23</sup> CRPD utgjør likevel en forpliktende konvensjon for Norge. Presumsjonsprinsippet innebærer at norsk lov så langt som mulig skal tolkes i samsvar med konvensjonen.<sup>24</sup> FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD-komiteen) har i oppgave å komme med konkluderende merknader til rapporter fra statene tilsluttet konvensjonen om hvordan de etterlever konvensjonen (concluding observations).<sup>25</sup> Komiteen avgir også generelle tolkningsuttalelser om konvensjonsrettighetene (general comments og guidelines). De generelle uttalelsene til komiteen er ikke rettslige forpliktende.<sup>26</sup> I høyesterettspraksis er likevel uttalelser fra overvåkingsorganer tilknyttet menneskerettighetstraktater, tillagt betydelig rettskildemessig vekt, med forbehold om at disse må ha forankring i konvensjonsteksten.<sup>27</sup> På bakgrunn av

---

<sup>20</sup> Menneskerettsloven § 2 jf. § 3.

<sup>21</sup> EMK artikkel 19 og 32.

<sup>22</sup> Dokument 16 (2011–2012) s. 90.

<sup>23</sup> CRPD tilleggsprotokoll artikkel 1.

<sup>24</sup> Ot.prp. nr. 3 (1998–1999) s. 40.

<sup>25</sup> CRPD artikkel 36.

<sup>26</sup> Rt. 2009 s. 1261 avsnitt 41.

<sup>27</sup> Se blant annet Rt. 2008 s. 1764 avsnitt 81, Rt. 2015 s. 1388 avsnitt 151 og HR-2016-2591-A avsnitt 57.

dette er komiteens uttalelser en rettskildefaktor som skal tillegges vekt ved fastsettelsen av gjeldende rett.

Masteroppgavens problemstilling er behandlet direkte av Vegard Bø Bahus i boken *Menneskerettigheter i helse- og omsorgstjenesten* fra 2022.<sup>28</sup> Juridisk litteratur er i rettskildelæren regnet å ha liten rettskildemessig vekt.<sup>29</sup> I masteroppgaven brukes juridisk teori først og fremst for å synliggjøre ulike forståelser av rettstilstanden, og for å underbygge egne betraktninger.

## 1.4 Avgrensninger og fremstillingen videre

Oppgavens hovedtema er etablering av tvungent psykisk helsevern med hjemmel i unntaket fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens] eget liv» i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum. Det avgrenses mot unntaket fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse på grunn av fare for «andres liv eller helse» i samme bestemmelse. Særlige aspekter ved gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern vil av hensyn til oppgavens omfang heller ikke behandles. Det vil knyttes enkelte bemerkninger til adgangen til tvangsbehandling av somatiske lidelser etter helsepersonelloven og pasient og brukerrettighetsloven. Ut over dette vil ikke andre tvangshjemler behandles.

Tvangsbehandling fordrer bevissthet om de underliggende etiske verdikonfliktene slike inngrep aktualiserer. Derfor vil jeg i kapittel 2 presentere noen grunnleggende rettslige utgangspunkter og drøfte de underliggende hensynene som tvangsbehandling av samtykkekompetente pasienter ved fare for eget liv aktualiserer.

I kapittel 3 redegjør jeg for bakgrunnen for innføringen av psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4. Fordi oppgavens hovedtema er unntaket i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum, er det nødvendig å beskrive de forutsetninger som må være til stede for at unntaket skal komme til anvendelse. Jeg gir derfor en kortfattet fremstilling av også de øvrige vilkårene i § 3-3 i kap. 3, før lovendringen i 2017 presenteres.

---

<sup>28</sup> Bahus, «Adgangen til tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent, men til fare for eget liv», s. 122-150.

<sup>29</sup> Eckhoff, *Rettskildelære*, s. 270.



I kapittel 4 drøfter jeg hvilke menneskerettslige krav som kan utledes av EMK og CRPD når det gjelder adgangen til bruk av tvang overfor samtykkekompetente pasienter ved fare for pasientens eget liv.

Kapittel 5 omhandler vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Fordi en forutsetning for oppgavens problemstilling er at pasienten anses samtykkekompetent, vil fremstillingen særlig ta sikte på å illustrere når unntaket i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum kan komme på spissen, det vil si i hvilke tilfeller en pasient kan anses samtykkekompetent i relasjon til en livstruende behandlingsnektelse.

I kapittel 6 vil oppgavens hovedproblemstilling besvares gjennom en analyse av unntaket for «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens] eget liv» i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum. Sentralt for denne analysen er *Spiseforstyrrelsesdommen*. Avgjørelsen vil drøftes med et særlig blikk på Høyesteretts rettskildebruk.

Avslutningsvis vil jeg i kapittel 7 fremsette noen sammenfattende vurderinger og rettspolitiske betraktninger av rettstilstanden knyttet til tvangsbehandling av pasienter med alvorlige sinnslidelser med hjemmel i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4.

## 2 Rettslige utgangspunkter og det underliggende etiske dilemmaet

### 2.1 Pasienters selvbestemmelsesrett

Det rettslige utgangspunktet for helsetjenesten er at enhver person har full bestemmelsesrett med hensyn til egen helse. Dette kommer til uttrykk i formålsparagrafen i psykisk helsevernloven, der det heter at helsehjelpen skal tilrettelegges med «respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet».<sup>30</sup> Selvbestemmelsesretten er en grunnleggende del av retten til privatliv som er vernet i Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8.<sup>31</sup>

Selvbestemmelsesrett handler om å kunne disponere i kraft av egen vilje.<sup>32</sup> I helserettslig sammenheng er pasienters frihet til å velge å ta imot eller avstå fra behandling den mest sentrale delen av selvbestemmelsesretten.<sup>33</sup> Dette understrekes gjennom hovedregelen om at helsehjelp bare kan gis med pasientens eget samtykke, som gjelder for både psykisk og somatisk helsehjelp.<sup>34</sup> I tillegg til at samtykke ivaretar respekten for pasientens selvbestemmelsesrett, er det bred enighet om at pasientens egen motivasjon og vilje til behandling bidrar til å skape tillit som fremmer samarbeid med helsepersonell, noe som ofte er viktige forutsetninger for vellykket behandling.<sup>35</sup> Utgangspunktet om at helsehjelp skal ytes på grunnlag av samtykke har dermed både en etisk og helsefaglig begrunnelse.

En forutsetning for å basere helsehjelp på et gyldig samtykke, er at pasienten har personlige forutsetninger til å ta avgjørelser i spørsmål om egen helse. Det alminnelige kravet til samtykkekompetanse følger av pasient og brukerrettighetsloven § 4-3, som også gjelder for psykisk helsehjelp jf. psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd. Kravet til samtykkekompetanse viser at selvbestemmelsesretten bygger på en forutsetning om en viss grad av mental modenhet og evne til å ta meningsfulle beslutninger for seg selv. Etter

---

<sup>30</sup> Phvl. § 1-1 andre ledd første punktum.

<sup>31</sup> Aall, *Rettsstat og menneskerettigheter*, s. 226.

<sup>32</sup> Aasen, *Pasienters rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, s. 35.

<sup>33</sup> Befring, Kjelland, og Syse, *Sentrale Helserettslige emner*, s. 31.

<sup>34</sup> Pasient og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-1 første ledd jf. phvl. § 2-1 første ledd.

<sup>35</sup> NOU 2011: 9 s. 23.

innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4, er samtykkekompetanse både en forutsetning for at en pasient kan avgi et gyldig samtykke til psykiatrisk behandling, samtidig som samtykkekompetanse som utgangspunkt utelukker at tvungent psykisk helsevern kan etableres eller opprettholdes. Vilkåret viser at pasientens selvbestemmelsesrett får vesentlig mindre gjennomslag når pasienten mangler evne til å ta egne avgjørelser om psykiatrisk behandling.

Hovedregelen er at personer over 16 år, som ikke er umyndiggjort, har formell samtykkekompetanse.<sup>36</sup> Samtykkekompetanse kan etter § 4-3 andre ledd falle bort «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». For at samtykkekompetanse skal anses bortfalt må det være «åpenbart» at pasienten mangler evnen til å forstå hva det vil innebære å samtykke til eller avstå fra behandling. Dette innebærer at dersom det foreligger tvil om en pasients forståelsesevne, skal pasienten anses samtykkekompetent og ha rett til å ta egne behandlingsvalg.<sup>37</sup>

## 2.2 Omsorgsplikten og retten til liv

Det grunnleggende formålet med psykiatrisk behandling er å ivareta enkeltindividets liv og helse. Når tvangsbehandling iverksettes på grunn av fare for pasientens eget liv, er dette et utslag av helsepersonells plikt til å hindre personer i å gjøre skade på seg selv.

Helsepersonells inngripen representerer i disse tilfellene *individuell paternalisme*, som handler om at helsepersonell tar beslutninger om behandling ut ifra en oppfatning om hva som er pasientens eget beste.<sup>38</sup>

Helsepersonells plikt til å redde liv fremgår flere steder i lovgivningen. Plikten til å beskytte liv følger av Grunnloven § 93 tredje ledd og av EMK artikkel 2 (1). Etter praksis fra EMD innebærer EMK artikkel 2 (1) en positiv forpliktelse for staten til å i visse tilfeller iverksette nødvendige tiltak for å forhindre at en person gjør skade på seg selv.<sup>39</sup> Helsepersonelloven § 7 oppstiller en plikt for helsepersonell til å gripe inn i situasjoner der helsehjelp er «påtrengende

---

<sup>36</sup> Pbrl. § 4-3 første ledd bokstav b.

<sup>37</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) s. 133. Se nærmere punkt 5.1.

<sup>38</sup> Kjønstad, Syse og Kjelland, *Velferdsrett I*, s. 461.

<sup>39</sup> Se punkt 4.2.

nødvendig».<sup>40</sup> Plikten gir hjemmel for helt kortvarige inngrep ved akutt fare for liv eller alvorlig helseskade, og gjelder uavhengig av pasientens samtykke og samtykkekompetanse.<sup>41</sup>

Overfor pasienter som har samtykkekompetanse, begrenses helsepersonells adgang til å gripe inn for å forhindre en pasient i å gjøre skade på seg selv i betydelig grad av respekten for pasientens selvbestemmelsesrett. Pasienter kan vurdere sin egen situasjon annerledes enn helsepersonell, og dermed ta valg som helsepersonell mener er uheldige, og i verste fall fatale. Med mindre det foreligger en akutt nødsituasjon som gir plikt til å gripe inn, har samtykkekompetente som klar hovedregel rett til å ta egne behandlingsvalg også når disse kan få alvorlige negative konsekvenser.<sup>42</sup> Hovedregelen viser at hensynet til å forhindre den enkelte i å gjøre skade på seg selv langt på vei må vike for den enkeltes rett til å ta avgjørelser om egen helse.

I psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum åpnes det for tvungent psykisk helsevern overfor samtykkekompetente pasienter, når det foreligger «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens] eget liv». I forarbeidene viser departementet til at selvbestemmelsesretten må vike i disse tilfellene fordi det vil være «etisk uholdbart å respektere pasientens beslutning om å nekte å ta imot helsehjelp».<sup>43</sup> I Paulsrud-utvalgets utredningen, som ledet opp til lovendringen, er det presisert at adgangen til å gripe inn ved selvmordsfare er begrunnet i at «andre rettsgoder som personlig integritet og retten til selvbestemmelse må vike for det høyere godet; å redde liv».<sup>44</sup> Unntaket fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved fare for pasientens eget liv er altså begrunnet i at vernet av livet ved nærliggende og alvorlig livsfare, må få fortrinn for den enkeltes selvbestemmelsesrett.

Innføringen av unntaket i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 bidro til å innsnevre adgangen til å vedta tvangsbehandling i de tilfeller der pasienter vurderes som samtykkekompetente. Tittelen på lovforslaget som munnet ut i lovendringen i 2017 – «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet» – illustrerer at lovendringen var ment å innebære en vektforskyvning i balanseringen av selvbestemmelsesrett på den ene siden, og omsorgsansvar på den andre, i det psykiske helsevernet. Innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse medførte at helsepersonell i dag, gjennom vurderingen av samtykkekompetanse, må ta stilling til om

---

<sup>40</sup> Helsepersonelloven (hpl.) § 7 første ledd første punktum.

<sup>41</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) s. 220. Se nærmere punkt 6.2.2.

<sup>42</sup> Pbrl. § 4-1 første ledd jf. phvl. § 2-1 første ledd.

<sup>43</sup> Prop. 147 L (2015–2016) s. 24.

<sup>44</sup> NOU 2011: 9 s. 173.

det skal gis fortrinn til pasientens selvbestemmelse eller om helsepersonells vurdering av pasientens beste skal være det avgjørende. Som konsekvens av at selvbestemmelsesretten har fått forsterket gjennomslag, er helsepersonells mulighet for intervensjon, ut ifra hensynet til pasientens eget beste, innskrenket etter lovendringen.

# 3 Bakgrunnen for psykisk helsevernloven

## § 3-3 nr. 4

### 3.1 De øvrige vilkårene for tvungent psykisk helsevern før og etter 2017

De materielle og prosessuelle vilkårene for tvungent psykisk helsevern følger av psykisk helsevernloven § 3-3. Bestemmelsen oppstiller syv kumulative og to alternative vilkår, i tillegg til to alternative unntaksvilkår. Med unntak av vilkåret om manglende samtykkekompetanse i § 3-3 nr. 4, er de øvrige vilkårene i § 3-3 i all hovedsak blitt videreført siden loven ble innført i 1999.

Hovedvilkåret for anvendelse av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse» jf. § 3-3 nr. 3. Vilkåret har blitt videreført fra psykiatriloven av 1961, og det er lagt til grunn i forarbeidene at den tidligere begrepsforståelsen skulle videreføres.<sup>45</sup> Begrepet «alvorlig sinnslidelse» er et rettslig begrep, som ikke tilsvarer en eller flere psykiatriske diagnoser. Det følger av forarbeidene at aktive psykoselidelser ligger i kjernen av vilkåret. I tillegg kan «svære karakteravvik, hvor lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen» oppfylle vilkåret.<sup>46</sup>

Når det gjelder hvilke grensetilfeller, i tillegg til psykosene, som kan anses som alvorlige sinnslidelser, legges det i forarbeidene til grunn at det må foretas en helhetsvurdering, der sykdomstilstanden og utslagene den gir, står sentralt.<sup>47</sup> Det avgjørende er om sinnslidelsen har så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at pasientens tilstand kan sidestilles med en psykosetilstand.<sup>48</sup> I rettspraksis er det understreket at det bare i særlige grensetilfeller kan vedtas tvangsbehandling overfor personer som ikke har en psykoselidelse.<sup>49</sup> Hovedvilkåret er i rettspraksis gitt anvendelse overfor personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser og ved alvorlige spiseforstyrrelser.<sup>50</sup>

---

<sup>45</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 74.

<sup>46</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 77.

<sup>47</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 155.

<sup>48</sup> Psykisk helsevernloven med kommentarer, s. 39.

<sup>49</sup> Rt. 1987 s. 1495 på s. 1502 og Rt. 2001 s. 1481 på s. 1486.

<sup>50</sup> Rt. 1988 s. 634 og Rt. 2015 s. 913.

I rettspraksis er det åpnet for at vilkåret om alvorlig sinnslidelse kan være oppfylt overfor personer uten aktive symptomer på en alvorlige sinnslidelse, dersom symptomfriheten skyltes inntak av medisiner.<sup>51</sup> I Rt. 2015 s. 913 la Høyesterett til grunn at det samme måtte gjelde pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser som på grunn av vellykket behandling ikke lenger hadde aktive symptomer på spiseforstyrrelsen.<sup>52</sup>

I tillegg til vilkåret om alvorlig sinnslidelse oppstilles det i § 3-3 nr. 3 to tilleggsvilkår. Et av de to tilleggsvilkårene må være oppfylt for at det skal kunne vedtas tvungent psykisk helsevern. De to alternative tilleggsvilkårene kalles henholdsvis behandlingskriteriet og farekriteriet, og består hver av to alternativer. Lovens første tilleggsvilkår, behandlingskriteriet, gir anvisning på at pasienten må vurderes å sin «utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert», eller at det er «stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret», uten tvungent psykisk helsevern.<sup>53</sup> Det andre tilleggsvilkåret, farekriteriet, går ut på at etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende «på grunn av sinnslidelsen» utgjør en «nærliggende og alvorlig fare» for «eget eller andres liv eller helse».<sup>54</sup>

I § 3-3 nr. 1 oppstilles det som vilkår at frivillighet må ha vært forsøkt for at tvungent psykisk helsevern skal kunne vedtas. Vilkåret viser at behandling så langt som mulig skal baseres på frivillighet, og at tvangsbehandling kun er aktuelt der frivillig behandling «har vært forsøkt, uten at dette har ført fram» eller der det er «åpenbart formålsløst» å forsøke dette.

I § 3-3 nr. 2 oppstilles et krav om at det er foretatt to uavhengige legeundersøkelser, og at den ene av legene må være uavhengig av institusjonen der det tvungne vernet eventuelt skal etableres. Vilkåret er begrunnet i hensynet til pasientens rettssikkerhet.<sup>55</sup>

I § 3-3 nr. 5 oppstilles krav til faglig og materiell egnethet for institusjonen der det tvungne vernet eventuelt skal etableres. Vilkåret innebærer at den aktuelle institusjonen må være i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg.

---

<sup>51</sup> Rt. 1993 s. 249 på s. 253, opprettholdt i Rt. 2001 s. 1481 på s. 1486.

<sup>52</sup> Rt. 2015 s. 913 avsnitt 44-45.

<sup>53</sup> Phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav a.

<sup>54</sup> Phvl. § 3-3 nr. 3 bokstav b.

<sup>55</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 88.

I § 3-3 nr. 6 oppstilles krav om at pasienten er gitt anledning til å uttale seg før vedtaket fattes. Også dette vilkåret er framhevet som en forutsetning for å sikre pasienters rettssikkerhet og rettsstilling.<sup>56</sup>

I § 3-3 nr. 7 fremgår det at tvungent psykisk helsevern bare skal finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som «den klart beste løsning for vedkommende». Kravet viser at selv om lovens øvrige vilkår er oppfylt skal det foretas en forholdsmessighets- og rimelighetsvurdering. I denne vurderingen skal det blant annet legges særlig vekt på hvilken belastning inngrepet medfører for pasienten.<sup>57</sup> Kravet om at tvungent psykisk helsevern må fremstå som den beste løsningen for pasienten, gjelder likevel ikke der pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.<sup>58</sup>

Sett i sammenheng, viser vilkårene for tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven § 3-3 at hovedvekten i vurderingen av om tvungent psykisk helsevern kunne vedtas før lovendringen i 2017, lå på om pasienten hadde en «alvorlig sinnslidelse» og at behandling ble ansett å være til pasientens eget beste. I lys av at vilkåret om alvorlig sinnslidelse kunne være oppfylt også for personer uten aktive symptomer på en alvorlige sinnslidelse, innebar dette at også relativt velfungerende og sinnsfriske personer kunne underlegges tvungent psykisk helsevern, dersom pasientens symptomfrihet skyldtes vellykket medisinerings eller behandling.

## 3.2 Paulsrud-utvalget og lovendringen i 2017

Spørsmålet om å innføre et vilkår om manglende samtykkekompetanse innenfor det psykiske helsevernet ble for første gang vurdert av Paulsrud-utvalget i NOU 2011: 9. Utvalgets flertall anbefalte en overgang til et kompetansebasert system, der manglende samtykkekompetanse ble innført som vilkår for tvungent psykisk helsevern.<sup>59</sup> Flertall foreslo å innføre en begrenset adgang til å etablere tvungen observasjon med døgnopphold i institusjon ved «alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsrisiko». Denne adgangen skulle også gjelde overfor samtykkekompetente pasienter, uten et vilkår om alvorlig sinnslidelse.<sup>60</sup> Flertallet foreslo i tillegg at farekriteriet ved fare for pasientens «eget liv og helse» skulle

---

<sup>56</sup> Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) s. 69.

<sup>57</sup> Rt. 2001 s. 752 på s. 759.

<sup>58</sup> Phvl. § 3-3 nr. 7 første punktum.

<sup>59</sup> NOU 2011: 9 s. 156.

<sup>60</sup> NOU 2011: 9 s. 175.



plasseres i en egen bestemmelse. En forutsetning for tvangsbehandling ved fare for pasientens liv eller helse skulle være at pasienten manglet samtykkekompetanse.<sup>61</sup>

Unntaket fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved selvmordsfare var av Paulsrud-utvalget begrunnet i «sterke etiske hensyn og menneskerettslige forpliktelse knyttet til å redde liv».<sup>62</sup> Det ble vist til at selv om det å hindre selvmord er et inngrep i privatlivet etter EMK artikkel 8, er det både nasjonalt og internasjonalt «bred enighet om at det i stor utstrekning er riktig å redde mennesker fra å gjennomføre påbegynte og planlagte selvmordsforsøk såfremt det er mulig».<sup>63</sup> Det ble presisert at vedtak om tvungen observasjon måtte forutsette at det var stor sannsynlighet for at personen ville forsøke selvmord i nærmeste framtid eller at selvmordsforsøket var alvorlig, det vil si egnet til å gjøre slutt på livet.<sup>64</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet fulgte opp utredningen i Prop. 147 L (2015-2016).

Departementet sluttet seg til forslaget om å innføre et vilkår om manglende samtykkekompetanse for tvungent psykisk helsevern. Et likelydende vilkår ble foreslått for vedtak om tvungen observasjon og undersøkelse og behandling uten eget samtykke.<sup>65</sup>

Departementet støttet også at vilkåret om manglende samtykkekompetanse ikke skulle gjelde ved selvmordsfare. Forslaget om å oppstille en særskilt adgang til tvungen observasjon med døgnopphold ved alvorlig selvmordsrisiko ble imidlertid ikke tatt til følge.<sup>66</sup> Det ble i stede foreslått å oppstille et unntak fra kravet til manglende samtykkekompetanse i § 3-3 nr. 4. I de spesielle merknadene til bestemmelsen i § 3-3 nr. 4 la departementet til grunn at unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse skulle gjelde ved «nærliggende og alvorlig selvmordsfare».<sup>67</sup> Bestemmelsen er likevel i departementets forslag formulert med den mer generelle ordlyden «nærliggende og alvorlig fare for eget liv».<sup>68</sup> Helse- og omsorgskomiteen sluttet seg enstemmig til departementets lovforslag i Innst. 147 L (2016-2017).<sup>69</sup>

Innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse markerte en overgang fra en diagnosebasert til en kompetansebasert modell for det psykiske helsevernet. En sentral begrunnelse for lovendringen var å styrke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet,

---

<sup>61</sup> NOU 2011: 9 s. 173.

<sup>62</sup> NOU 2011: 9 s. 175.

<sup>63</sup> NOU 2011: 9 s. 173.

<sup>64</sup> NOU 2011: 9 s. 175.

<sup>65</sup> Phvl. § 3-2 og § 4-4.

<sup>66</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 25.

<sup>67</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 49.

<sup>68</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 52.

<sup>69</sup> Innst. 147 L (2016-2017) s. 7.

i tråd med en internasjonal menneskerettighetsutvikling med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering.<sup>70</sup> Lovendringen var også ment å føre til at reglene om bruk av tvang i psykisk helsevern skulle harmonere bedre med reglene om tvungen somatisk behandling.<sup>71</sup> Det ble fremhevet at overgangen til en kompetansebasert modell ville få særlig stor betydning for pasienter «som faglig sett vurderes som godt behandlet, og der behandling uten eget samtykke blir gjennomført som såkalt vedlikeholdsbehandling». I disse tilfellene ble det understreket at «tvungen vanskeligst lar seg forsvare etisk».<sup>72</sup> Unntaket fra kompetansevilkåret er av departementet begrunnet med at samfunnet har en etisk forpliktelse til å ikke respektere en pasients beslutning om å nekte å ta imot helsehjelp når det foreligger stor risiko for selvmord. Dette underbygges med at intensjonen med helsepersonelloven § 7, som pålegger helsepersonell en plikt til å gi «påtrengende nødvendig» helsehjelp, støtter at det bør gjelde visse unntak når det gjelder å respektere pasientens beslutning om å nekte psykiatrisk behandling.<sup>73</sup>

---

<sup>70</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 23.

<sup>71</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 24-25.

<sup>72</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 25.

<sup>73</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 24.

# 4 Mennekerettslige skranker for bruk av tvang ved fare for pasientens liv

## 4.1 Innledning

Forarbeidene til lovendringen i 2017 viser at menneskerettighetene var en sentral begrunnelse for innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse, og det tilhørende unntaket for nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv. Menneskerettighetenes rolle for det psykiske helsevernet ble ved lovendringen tydeliggjort ved at det ble gjort tilføyelser i lovens formålsbestemmelse, der det ble presisert at formålet med loven skulle være å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skulle skje «i samsvar med menneskerettighetene».<sup>74</sup> I det følgende drøftes det hvilke føringer menneskerettslige krav etter EMK og CRPD gir for adgangen til tvungent psykisk helsevern overfor samtykkekompetente pasienter ved fare for pasientens eget liv.

## 4.2 Den europeiske menneskerettskonvensjon

EMK har flere bestemmelser som gir føringer for adgangen til bruk av tvang i psykiatrisk behandling. Det gjelder retten til liv i artikkel 2, forbudet mot tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling i artikkel 3, vernet mot frihetsberøvelse i artikkel 5, retten til respekt for privatlivet i artikkel 8 og forbudet mot diskriminering i artikkel 14. Ved spørsmål om tvangsbehandling av samtykkekompetente pasienter ved fare for pasientens eget liv, er det særlig retten til liv etter artikkel 2 og retten til privatliv i artikkel 8 som aktualiseres og til dels står i et motsetningsforhold.

Det følger av praksis fra EMD at artikkel 8 omfatter friheten til å velge å akseptere eller avstå fra medisinsk behandling. Behandling uten gyldig samtykke utgjør dermed et inngrep i retten til privatliv.<sup>75</sup> EMD fremhevet i *Pretty mot Storbritannia* at retten til privatliv omfatter retten til å avvise medisinsk behandling, også når en slik avvisning kan ha livstruende konsekvenser, under forutsetningen at pasienten er en «mentally competent adult».<sup>76</sup> I *Plesó mot Ungarn* ble retten til å nekte behandling formulert som at selvbestemmelsesretten innebærer en «right to

---

<sup>74</sup> Phvl. § 1 første ledd.

<sup>75</sup> *Pretty mot Storbritannia* avsnitt 63.

<sup>76</sup> *Pretty mot Storbritannia* avsnitt 63.

be ill».<sup>77</sup> I *Haas mot Sveits* anerkjente domstolen at retten til privatliv også omfatter en rett til å bestemme når og på hvilken måte ens eget liv avsluttes, forutsatt at valget er tatt av en person som er «capable of freely reaching a decision on this question and acting in consequence».<sup>78</sup>

Betydningen av å kunne ta beslutninger om egen helse i samsvar med egen verdioppfatning og eget livssyn, ble fremhevet i *Jehovas Vitner av Moskva og andre mot Russland*. Domstolen understreket at en forutsetning for reell og meningsfull selvbestemmelsesrett er at pasienter har rett til å ta valg i samsvarer med egne overbevisninger, også når disse fremstår som irrasjonelle, ukloke eller skadelige.<sup>79</sup> I den konkrete saken kunne ikke staten gripe inn for å forhindre medlemmer av Jehovas vitner i å nekte blodoverføring av religiøse årsaker.

For at inngrep i den enkeltes privatliv skal være i tråd med EMK, følger det av artikkel 8 (2) at tvangsbehandlingen må være «i samsvar med loven» og «nødvendig i et demokratisk samfunn» av hensyn til formål som er listet opp i bestemmelsen, blant annet å «beskytte helse eller moral». Kravet til nødvendighet innebærer at inngrepet i privatlivet må være egnet og forholdsmessig i forhold til det formålet inngrepet søker å realisere.<sup>80</sup> Hensynet til å forhindre en pasient i å gjøre skade på seg selv må altså være tilstrekkelig tungtveiende, sett opp imot det inngrepet i den enkeltes personlige integritet og selvbestemmelsesrett som tvangsbehandling utgjør. Når det gjelder inngrep i den enkeltes rett til å bestemme over sitt eget livs avslutning, har fraværet av konsensus blant medlemslandene medført at EMD har tilkjent statene en bred skjønnsmargin.<sup>81</sup> I tilfeller hvor pasienter *ikke* utgjør en fare for seg selv eller andre viser praksis fra EMD derimot at statenes skjønnsmargin ved spørsmål om tvungen psykiatrisk behandling, er snever.<sup>82</sup> Dette kan tilsi at det ligger innenfor lovgivers skjønnsmargin å bestemme at det kan gripes inn overfor samtykkekompetente pasienter ved nærliggende og alvorlig fare for pasientens eget liv.<sup>83</sup>

I Høyesterettspraksis kom spørsmål om tvungent psykisk helsevern overfor pasienter med samtykkekompetanse ut fra hensyn til pasientens egen helse opp i HR-2016-1286-A. Retten la

---

<sup>77</sup> *Plesó mot Ungarn* avsnitt 66.

<sup>78</sup> *Haas mot Sveits* avsnitt 51.

<sup>79</sup> *Jehovas Vitner av Moskva og andre mot Russland* avsnitt 136.

<sup>80</sup> *Olsson mot Sverige* avsnitt 67

<sup>81</sup> *Haas mot Sveits* avsnitt 55.

<sup>82</sup> Østenstad, «Det menneskerettslege vernet mot tvang: utviklingstrekk», s. 22 med videre henvisninger.

<sup>83</sup> Se tilsvarende Helsedirektoratet, «Bedre beslutninger, bedre behandling - Ekspertutvalg om samtykkekompetanse», s. 76.

til grunn at Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 ikke utgjør absolutte hindre for slike inngrep, men at det avgjørende er om inngrepet har hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og er forholdsmessig.<sup>84</sup> På bakgrunn av dette ble det konkludert med at tvangsbehandling av samtykkekompetente pasienter ikke generelt er i strid med Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 når dette er begrunnet i hensynet til pasientens helse.<sup>85</sup> Det ble likevel ikke foretatt noen nærmere vurdering av om slike inngrep oppfyller vilkårene i artikkel 8 (2).

Samtidig som tvangsbehandling utgjør inngrep i retten til privatliv, innebærer retten til liv etter EMK artikkel 2 (1) at staten i visse tilfeller plikter å iverksette nødvendige tiltak for å forhindre at en person gjør skade på seg selv.<sup>86</sup> En slik handleplikt for staten har i praksis fra EMD blitt oppstilt overfor pasienter som er innlagt på psykiatriske institusjoner, enten frivillig eller på tvang.<sup>87</sup> Staten har plikt til å gripe inn for å hindre en person i å ta sitt eget liv dersom avgjørelsen ikke er tatt «freely and with full understanding of what is involved».<sup>88</sup> En forutsetning for at staten skal ha plikt til å handle er at staten «knew or ought to have known» at det forelå en «real and immediate risk to the life of an identified individual».<sup>89</sup> I så fall vil det utgjøre et brudd på artikkel 2 dersom myndighetene ikke gjør alt som med rimelighet måtte kunne forventes for å forhindre at risikoen realiserer seg.<sup>90</sup> Det avgjørende for om det foreligger en plikt til aktiv handling for å forhindre en pasient i å gjøre skade på seg selv er altså hvilke holdepunkter staten har for at pasienten utgjør en reell og umiddelbar risiko for eget liv.

Utover de situasjoner der det foreligger en «real and immediate risk» for pasientens liv, skal det mye til for at staten har plikt til å handle i strid med en pasients informerte og frie valg om å avslutte behandling, også der dette kan få fatale konsekvenser.<sup>91</sup> I avgjørelsen *Arskaya mot Ukraina* stadfestet domstolen likevel at staten har en plikt til å gripe dersom pasienter som mangler samtykkekompetanse tar beslutninger som setter deres eget liv i fare.<sup>92</sup> Den konkrete saken gjaldt en pasient som hadde omkommet på sykehus etter å ha nektet somatisk behandling. Til tross for at det forelå informasjon som tilsa at pasienten hadde en sinnslidelse,

---

<sup>84</sup> HR-2016-1286-A avsnitt 25.

<sup>85</sup> HR-2016-1286-A avsnitt 31.

<sup>86</sup> *Renolde mot Frankrike* avsnitt 81.

<sup>87</sup> *Renolde mot Frankrike* avsnitt 84, *S.F. mot Sveits* avsnitt 78, *Fernandes de Oliveira mot Portugal* avsnitt 124.

<sup>88</sup> *Haas mot Sveits* avsnitt 54.

<sup>89</sup> *Fernandes de Oliveira mot Portugal* avsnitt 110.

<sup>90</sup> *Fernandes de Oliveira mot Portugal* avsnitt 110.

<sup>91</sup> Aall, *Rettsstat og menneskerettigheter*, s. 235.

<sup>92</sup> *Arskaya mot Ukraina* avsnitt 69.

ble det ikke foretatt noen vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Statens manglende vurdering av pasientens samtykkekompetanse utgjorde et brudd på EMK artikkel 2.<sup>93</sup> Avgjørelsen illustrerer at sentralt for om staten plikter å gripe inn for å forhindre at personer med alvorlige sinnslidelser tar livstruende avgjørelser om å nekte behandling, er om vedkommende er kompetent til å ta den aktuelle avgjørelsen. Innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse bidro dermed til å bringe psykisk helsevernloven i tråd med EMK på dette punktet.

### **4.3 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne**

CRPD er i forarbeidene til endringen av psykisk helsevernloven fremhevet som en pådriver av lovendringene som trådte i kraft i 2017.<sup>94</sup> CRPD har etter konvensjonens artikkel 1 første ledd til formål å fremme menneskerettigheter og grunnleggende friheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Personer med psykiske lidelser er omfattet av konvensjonen dersom funksjonsnedsettelsen har en alvorlig og varig karakter jf. artikkel 1 andre ledd.<sup>95</sup>

CRPD har flere bestemmelser som gir føringer for tvungent psykisk helsevern. Av artikkel 12 nr. 2 fremgår det at statene bekrefter at mennesker med nedsatt funksjonsevne har «legal capacity on an equal basis with others, in all aspects of life». I artikkel 14 bokstav a er det understreket at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til å «[e]njoy the right to liberty and security of person». Etter artikkel 25 bokstav d skal statene sørge for at helsehjelp til mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ytes på grunnlag av «free and informed consent».

Før ratifikasjonen av CRPD i 2013 ble det vurdert om psykisk helsevernloven, deriblant bestemmelsen i § 3-3, var i samsvar med konvensjonens krav. Konklusjonen var at «konvensjonsforpliktelsene ikke nødvendiggjør endringer i de gjeldende tvangshjemplene i nasjonal helselovgivning».<sup>96</sup> I forbindelse med ratifikasjonen ble det likevel inntatt tolkningserklæringer i tilknytning til artikkel 12, 14 og 25 der det fremgår at Norge tolker konvensjonen slik at tvang i psykisk helsevern er tillatt, når tvang anvendes som siste en utvei

---

<sup>93</sup> *Arskaya mot Ukraina* avsnitt 70-71.

<sup>94</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 24.

<sup>95</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 13.

<sup>96</sup> Prop. 106 S (2011-2012) s. 16.

og underlagt rettssikkerhetsgarantier.<sup>97</sup> I Høyesterettspraksis har det på bakgrunn av dette blitt lagt til grunn at tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke etter reglene i psykisk helsevernloven ikke i seg selv er i strid med konvensjonen.<sup>98</sup>

Det knytter seg betydelig tvil til tolkningen av de nevnte konvensjonsbestemmelsene. I forarbeidene til lovendringen la departementet til grunn at det til tross for uenigheten om innholdet i CRPD på enkelte punkter, er liten tvil om at konvensjonen representerer et økende fokus på selvbestemmelsesrett for personer med nedsatt funksjonsevne, inkludert personer med alvorlige psykiske lidelser.<sup>99</sup> Paulsrud-utvalgets flertall fremhevet at økt vektlegging av selvbestemmelse og ikke-diskriminering for personer med alvorlige psykiske lidelser var en nødvendig tilpasning til konvensjonens krav. Det ble samtidig lagt til grunn at konvensjonen ikke forhindret ethvert tvangsinngrep ved psykiatrisk behandling.<sup>100</sup> Ett av utvalgets medlemmer fant imidlertid at psykiatrisk behandling uten fritt og informert samtykke er i strid med CRPD.<sup>101</sup>

Til tross for at lovendringen i 2017 ble ansett som en nødvendig tilpasning til CRPDs krav, har det kommet uttalelser fra CRPD-komiteen som antyder at adgangen til psykiatrisk behandling uten samtykke i norsk rett, er konvensjonsstridig. I de konkluderende merknadene til den første rapporteringsrunden til Norge fra 2019 uttrykker komiteen bekymring over norske lovbestemmelser som åpner for at mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse eller psykiske utviklingshemninger underlegges behandling uten samtykke. Komiteen anbefaler derfor at Norge «repeal all legal provisions allowing for involuntary deprivation of liberty based on perceived or actual impairment and the forced treatment of persons with psychosocial or intellectual disabilities».<sup>102</sup>

Anbefalingene i sluttrapporten til Norge kom på bakgrunn av generelle tolkningsuttalelser og retningslinjer fra CRPD-komiteen om tolkningen av konvensjonsbestemmelsene. I de generelle uttalelsene om artikkel 12 nr. 2 viser komiteen til at rettslig handleevne er en «inherent right accorded to all people».<sup>103</sup> Den rettslige handleevnen omfatter blant annet

---

<sup>97</sup> Prop. 106 S (2011–2012) vedlegg 2.

<sup>98</sup> HR-2016-1286-A avsnitt 30, opprettholdt i HR-2020-1167-A avsnitt 66.

<sup>99</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 24.

<sup>100</sup> NOU 2011: 9 s. 146.

<sup>101</sup> Orefellen «Selvbestemmelse og frihet på lik linje med andre - Lovutvalg for vurdering av regler om tvang mv. i psykisk helsevern», vedlegg 1 til NOU 2011: 9 på s. 283.

<sup>102</sup> CRPD-komiteen, Concluding observations on the initial report of Norway, avsnitt 24.

<sup>103</sup> CRPD-komiteen, General Comment No. 1, avsnitt 14.

selvbestemmelsesrett ved spørsmål om helsehjelp.<sup>104</sup> Komiteen avviser at begrensninger ved en persons mentale funksjonsevne skal kunne medføre bortfall av vedkommendes rettslige handleevne.<sup>105</sup> Videre uttaler komiteen at det er problematisk at rettslig handleevne kan falle bort «where a person makes a decision that is considered to have negative consequences» eller «where a person's decision-making skills are considered to be deficient».<sup>106</sup>

I de generelle uttalelsene fremgår det at artikkel 14 og 25 innebærer at statene er forpliktet til å kreve «all health and medical professionals (including psychiatric professionals) to obtain the free and informed consent of persons with disabilities prior to any treatment».<sup>107</sup> I retningslinjene til artikkel 14 er det uttalt at det er i strid med artikkel 14 å tillate frihetsberøvelse av personer med nedsatt funksjonsevne «on the grounds of their actual or perceived impairment».<sup>108</sup> Det samme gjelder frihetsberøvelse som er «based on the perceived danger they allegedly pose to themselves or to others».<sup>109</sup>

Samlet sett går uttalelsene fra CRPD-komiteen langt i å indikere at enhver tvangsbehandling av psykisk syke på grunn av deres sinnslidelse er konvensjonsstridig, også når pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre. Uttalelsene tilser dessuten at det er i strid med konvensjonen å ha lovbestemmelser som åpner for at retten til å samtykke til, eller avslå helsehjelp, kan falle bort på grunn av manglende samtykkekompetanse. Dersom denne tolkningen av konvensjonen legges til grunn, innebærer det at innføringen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern, med unntak for faresituasjoner, er i strid med konvensjonens krav.

Den vidtgående tolkningen av konvensjonsbestemmelsene som CRPD-komiteen har gitt uttrykk for er omdiskutert.<sup>110</sup> En gjennomgang av komiteens evalueringer av statspartene frem til 2022 viser at samtlige av statene hadde fått anbefalinger fra komiteen om å gå bort fra et system som åpner for bortfall av rettslig handleevne. Samtlige hadde også på ulikt vis fått

---

<sup>104</sup> Østenstad, «Det menneskerettslege vernet mot tvang: utviklingstrekk», s. 26.

<sup>105</sup> CRPD-komiteen, General Comment No. 1, avsnitt 13.

<sup>106</sup> CRPD-komiteen, General Comment No. 1, avsnitt 15.

<sup>107</sup> CRPD-komiteen, General Comment No. 1, avsnitt 41.

<sup>108</sup> CRPD-komiteen, Guidelines on the right to liberty and security of persons with Disabilities, s. 16 avsnitt 6.

<sup>109</sup> CRPD-komiteen, Guidelines on the right to liberty and security of persons with Disabilities, s. 16 avsnitt 13.

<sup>110</sup> Se blant annet Larsen «Konsekvenser ved eventuell norsk tilslutning til den valgfrie protokollen om individuell klagerett til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne», s. 54, Østenstad, «Det menneskerettslege vernet mot tvang: utviklingstrekk», s. 27-29 og Aslak Syse, *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, s. 468.



kritikk for å åpne for frihetsberøvelse av personer med nedsatt funksjonsevne.<sup>111</sup> Dette kan tyde på at det liten oppslutningen om CRPD-komiteens tolkninger blant statspartene på disse punktene.

Sammenlignet med EMK, går CRPD-komiteen klart lenger i å vektlegge selvbestemmelsesretten til personer med psykiske lidelser ved spørsmål om psykiatrisk behandling.<sup>112</sup> Som vist ovenfor bygger EMK på et synspunkt om at bruk av tvang i psykiatrisk behandling kan være legitim. Retten til liv etter EMK artikkel 2 kan innebære en forpliktelse for staten til å gjøre inngrep i pasienters selvbestemmelsesrett for å forhindre tap av liv.<sup>113</sup> Staten vil blant annet kunne ha en plikt til å gripe inn etter EMK for å forhindre at pasienter som mangler samtykkekompetanse tar beslutninger som setter deres eget liv i fare.<sup>114</sup> En fortolkning i tråd med CRPD-komiteens uttalelser, vil i disse tilfellene kunne medføre brudd på EMK artikkel 2.

Regjeringen besluttet i 2021 at CRPD skal inkorporeres i norsk rett<sup>115</sup> I den forbindelse arbeider et utvalg i skrivende stund med å utrede konsekvensene av å inkorporere CRPD i norsk lov.<sup>116</sup> Utvalget skal avgi sin utredning innen utgangen av 2023. Det gjenstår dermed å se hvilken betydning inkorporeringen av CRPD i norsk rett vil få for spørsmålet om når tvangsbehandling kan besluttes overfor samtykkekompetanse pasienter ved fare for pasientens eget liv.

---

<sup>111</sup> Norges institusjon for menneskerettigheter, «Inkorporering av CRPD i norsk rett - Særlig om CRPD artikkel 12 og 14», s. 18 og 23.

<sup>112</sup> Østenstad, «Det menneskerettslege vernet mot tvang: utviklingstrekk», s. 31.

<sup>113</sup> *Fernandes de Oliveira mot Portugal* avsnitt 110.

<sup>114</sup> *Arskaya mot Ukraina* avsnitt 70-71.

<sup>115</sup> Hurdalsplattformen 2021-2025, s. 69.

<sup>116</sup> Pressemelding fra Kultur- og likestillingsdepartementet, «Ekspertutvalget som skal utrede inkorporering av CRPD i norsk lov er klart», 02.12.2022.

# 5 Vilkåret om manglende samtykkekompetanse

## 5.1 Vurderingen av samtykkekompetanse

En forutsetning for å gjøre unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse i § 3-3 nr. 4 andre punktum, er at pasienten anses som samtykkekompetent. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse følger av psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 første punktum og er formulert som et krav om at «[p]asienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3».

Bedømmelsen av om en pasient mangler samtykkekompetanse skal skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd der det heter at samtykkekompetanse kan falle bort «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».

Det første vilkåret for at samtykkekompetanse skal anses fraværende er at pasienten har «fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming». Når det er snakk om bortfall av samtykkekompetanse etter psykisk helsevernloven vil alternativet «psykiske forstyrrelse» være det mest aktuelle. Ordlyden «psykiske forstyrrelse» er vid og krever ikke at det foreligger en sinnslidelse. Mindre reduksjoner i forstandsevnen er likevel ikke tilstrekkelig.<sup>117</sup> Høyesterett har uttalt at det må foreligge en «mental svekkelse som påvirker de kognitive evnene».<sup>118</sup> I forarbeidene til lovendringen av psykiskhelsevernloven i 2017 ble det forutsatt at også personer som oppfyller vilkåret om en alvorlig sinnslidelse, men som på grunn av vellykket behandling har gjenvunnet sin kognitive fungering og sykdomsinnsikt, skulle kunne anses samtykkekompetente.<sup>119</sup> Når en person med en alvorlig sinnslidelse nekter behandling må det altså gjøres en konkret vurdering av om den kognitive fungeringen til pasienten er tilstrekkelig redusert til at pasienten ikke er i stand til å forstå hva nektelsen innebærer.

---

<sup>117</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) s. 133.

<sup>118</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 38.

<sup>119</sup> Prop. 147 L (2015–2016) s. 25.

Samtykkekompetansen må falle bort «på grunn av» den aktuelle fysiske eller psykiske forstyrrelsen. I HR-2018-2204-A ble kravet formulert som et krav om årsakssammenheng.<sup>120</sup> Det må altså tas stilling til hva som er årsaken til at pasienten «ikke er i stand til å forstå». Den omstendighet at en pasient vurderer nødvendigheten av psykiatrisk behandling annerledes enn helsepersonell er ikke i seg selv tilstrekkelig. Som fremhevet av EMD i *Jehovas Vitner av Moskva og andre mot Russland* er det ikke tilstrekkelig at en person tar beslutninger som fremstår som irrasjonelle eller skadelige.<sup>121</sup> Det kan være flere årsaker til at en pasient nekter behandling.<sup>122</sup> Pasienten kan for eksempel motsette seg tradisjonelle behandlingsmetoder på grunn av religiøse eller åndelige overbevisninger, eller mangle tiltro til psykiatrisk behandling på grunn av tidligere negative erfaringer med helsevesenet. Pasienter kan vurdere sin egen fungering og evne til å helbrede seg selv annerledes enn helsepersonell eller legge større vekt på andre hensyn enn ivaretagelse av egen helse. Med mindre den psykiske forstyrrelsen er årsaken til at pasienten ikke forstår behovet for helsehjelpen, må pasienten ha rett til å nekte behandling også der dette objektivt sett fremstår som uheldig.

Vilkåret om at pasienten «ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» er det mest sentrale i vurderingen av om samtykkekompetansen er bortfalt. Når spørsmålet er om en pasient som motsetter seg behandling skal ha rett til å nekte behandlingen blir spørsmålet snudd ved at det avgjørende er om pasienten ikke er i stand til å forstå hva det vil innebære å *ikke* samtykke til helsehjelpen. Kravet om at det må være «åpenbart» er etter sin ordlyd strengt. Høyesterett har uttalt at «åpenbart» gir anvisning på et strengere beviskrav enn klar sannsynlighetsovervekt.<sup>123</sup> Dette innebærer at dersom det foreligger tvil om at pasienten mangler nødvendig forståelse, skal pasienten ha rett til å nekte behandlingen.<sup>124</sup>

Lovteksten i psykisk helsevernloven § 4-3 og forarbeidene til bestemmelsen gir liten veiledning for hvordan en pasients forståelsesevne skal vurderes.<sup>125</sup> Som retningslinjer for vurderingen er det i kommentarrundskrivet til psykisk helsevernloven fra Helsedirektoratet

---

<sup>120</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 39.

<sup>121</sup> *Jehovas Vitner av Moskva og andre mot Russland*, avsnitt 136.

<sup>122</sup> Se Bahun, Friis og Mesel, «Pasientautonomi – en rettighet med moralske implikasjoner», s. 57-59 som drøfter situasjoner der pasienter med somatiske lidelser nekter behandling.

<sup>123</sup> HR-2021-1263-A avsnitt 45.

<sup>124</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998–1999), s. 133.

<sup>125</sup> Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) s. 84 og 133.

oppstilt fire kriterier, som også er gjengitt i forarbeidene til psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4.<sup>126</sup> Momentene omtales gjerne som FARV-kriteriene. De aktuelle momentene er:

- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon
- evnen til å resonere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene
- evnen til å uttrykke et valg.<sup>127</sup>

At personen må *forstå* relevant informasjon innebærer at pasienten må være i stand til å ta imot og forstå informasjon om det vesentlige innholdet i helsehjelpen, behovet for behandling og konsekvensene av å nekte behandling.<sup>128</sup> Det er derimot ikke et krav at pasienten forstår de medisinsk- eller psykiatrifaglige vurderingene bak den tilbudte behandlingen, eller alle konsekvenser av å nekte behandling.<sup>129</sup> Evnen til å *anerkjenne* og *resonere* med informasjonen refererer til pasientens evne til å anerkjenne sin egen situasjon og reflektere rundt informasjon om den tilbudte helsehjelpen. Dersom en pasient ikke anerkjenner at vedkommende har en alvorlig sinnslidelse eller har behov for hjelp vil informasjonen ofte ikke kunne sies å være anerkjent.<sup>130</sup> Evnen til å *velge* innebærer dels at pasienten må evne å treffe et valg, og dels evne å kommunisere valget.<sup>131</sup>

I Høyesterettspraksis ble kravet til pasientens forståelsesevne ved tvungent psykisk helsevern for første gang vurdert i HR-2018-2204-A. Saken gjaldt spørsmål om en pasient som var diagnostert med schizoaftektiv lidelse kunne skrives ut av tvungent psykisk helsevern. Et hovedspørsmål i saken var om kvinnen var samtykkekompetent. Høyesterett uttalte at det avgjørende for bedømmelsen av pasientens forståelsesevne måtte være «i hvilken grad sykdommen påvirker pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget».<sup>132</sup> Om hvor stor grad av forståelsesevne som kreves, ble det presisert at det kreves «et visst nivå av konsekvensinnsikt» og at vedkommende «forstår nødvendigheten av helsehjelpen». Det påpekes at uten en slik innsikt vil det være

---

<sup>126</sup> Prop. 147 L (2015–2016) s. 19.

<sup>127</sup> Psykisk helsevernloven med kommentarer, s. 22.

<sup>128</sup> Psykisk helsevernloven med kommentarer, s. 22.

<sup>129</sup> Psykisk helsevernloven med kommentarer s. 20.

<sup>130</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 50 med henvisning til IS-1/2017 s. 17.

<sup>131</sup> Psykisk helsevernloven med kommentarer, s. 23.

<sup>132</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 64.

«vanskelig for pasienten å vurdere hva som kan bli følgene av å nekte behandling».<sup>133</sup> Det ble presisert at pasienter som har «evne til å treffe et behandlingsvalg basert på noenlunde realistiske forutsetninger», skal vurderes som samtykkekompetente.<sup>134</sup> Uttalelsene tyder på at et minimumskrav for å ansees som samtykkekompetent er at pasienten har konsekvensinnsikt og forstår at helsehjelp er nødvendig. I den konkrete saken benektet pasienten at hun hadde en alvorlig sinnslidelse og mente at hun ikke hadde fått det noe bedre med medisiner. Hun holdt fast ved åpenbare vrangforestillinger og hallusinatoriske opplevelser som reelle og avviste hjelp på dette grunnlag.<sup>135</sup> På bakgrunn av dette ble pasienten vurdert å mangle forståelseevne.

Kravet til forståelseevnen ble fulgt opp i HR-2021-1263-A. Saken gjaldt overprøving av vedtak om av tvungen somatisk helsehjelp overfor en person med omfattende helseproblemer forårsaket av alkoholmisbruk.<sup>136</sup> Høyesterett sammenfattet forståelseskravet etter pasient og brukerettighetsloven § 4-3 som at «pasienten må mangle evne til å forstå konsekvensene av sitt valg».<sup>137</sup> Også i denne saken benektet pasienten majoriteten av sine diagnoser og helseplager. Hun erkjente heller ikke at hennes alkoholmisbruk var dødelig for henne. Pasientens forståelseevne ble dermed ansett fraværende.<sup>138</sup> Avgjørelsen underbygger at det er særlig sentralt i vurderingen av samtykkekompetanse om pasienten mangler innsikt i de konsekvensene det vil ha å nekte helsehjelp.

*Spiseforstyrrelsesdommen* gjaldt spørsmål om en pasient med alvorlige og langvarige spiseforstyrrelser som begjærte seg utskrevet av tvunget psykisk helsevern fordi hun anså seg selv som samtykkekompetent. Høyesteretts flertall la til grunn at pasienten hadde «omfattende og nyansert innsikt i sin sykdom». Standpunktet er ikke begrunnet nærmere av Høyesterett, men av lagmannsretten- og tingrettens avgjørelse fremgår det blant annet at pasienten var godt kjent med sin egen spiseforstyrrelse og de psykiske og fysiske konsekvensene denne medførte. Hun ga blant annet uttrykk for at hun rasjonelt sett innså hun måtte gå opp i vekt for å få økt kapasitet og funksjonsnivå.<sup>139</sup> Førstvoterende uttalte at det avgjørende for spørsmålet

---

<sup>133</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 50 med henvisning til IS-1/2017 s. 15.

<sup>134</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 64.

<sup>135</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 68.

<sup>136</sup> Etersom pbl. § 4-3 gjelder for både somatisk og psykisk helsehjelp, får avgjørelsen betydning også for forståelsen av § 4-3 i relasjon til psykiske helsevern.

<sup>137</sup> HR-2021-1263-A avsnitt 39.

<sup>138</sup> HR-2021-1263-A avsnitt 53.

<sup>139</sup> LG-2019-103313 (Gulating lagmannsrett) s. 4 og TJARE-2019-77493 (Jæren tingrett) s. 7.

om samtykkekompetanse likevel var at pasienten ikke var «i stand til å innrette seg etter denne innsikten». <sup>140</sup>

Uttalelsen om at pasientens evne til innrettelse var avgjørende for spørsmålet om samtykkekompetanse kan tyde på at pasientens evne til å ta et «riktig» valg vektlegges i vurderingen av pasientens forståelsesevne. Et slikt synspunkt er problematisk i lys av praksis fra EMD, der det er fremhevet at pasienters selvbestemmelsesrett ikke er begrenset til å ta rasjonelle og fornuftige valg om eget liv og egen helse. <sup>141</sup> En forutsetning for å utøve denne retten er nettopp at helsepersonell ikke kan overstyre en pasients behandlingsvalg så lenge vedkommende har tilstrekkelig forståelse for konsekvensene av valget. EMD fremhever også at den omstendighet at pasienten nekter, og med dette utøver sin selvbestemmelsesrett, ikke i seg selv kan trekkes inn i vurderingen av om pasientens forståelsesevne mangler. <sup>142</sup>

I vurderingen av pasientens forståelsesevne viser førstvoterende til at pasienten hadde forestillinger om egen kropp som ikke lot seg realitetsorientere, og at evnen til «å resonnerer med relevant informasjon og vurdere alternativer» var «sterkt påvirket av uregulerte følelser». <sup>143</sup> Av tingsrettens dom fremgår det blant annet at pasienten ga uttrykk for at hun var en liten og spe person som ikke var laget for å veie «så mye» som over 40 kg. Samtidig ble det vurdert å være en overhengende fare for at pasienten ville få alvorlige, og livstruende somatiske følger dersom hun gikk ned til en vekt under 40 kg. <sup>144</sup> Når pasienten ble ansett å mangle samtykkekompetanse, til tross for sin sykdomsinnsikt, skyldtes dette altså at spiseforstyrrelsen overskygget pasientens evne til rasjonelle overveielser over sin egen situasjon.

*Spiseforstyrrelsesdommen* illustrerer at pasienter med spiseforstyrrelser representerer en pasientgruppe der vurderingen av samtykkekompetanse kan være særlig utfordrerne. Denne problemstillingen ble også fremhevet i lovforarbeidene. I forarbeidene påpekes det at personer med alvorlige spiseforstyrrelser vil kunne være velfungerende på mange områder, og dermed kunne framstille sin sak slik at de tilsynelatende framstår som samtykkekompetente. <sup>145</sup>

Alvorlige spiseforstyrrelser kan likevel ha stor påvirkning på beslutninger om ernæring og

---

<sup>140</sup> HR-2020-1167 avsnitt 70.

<sup>141</sup> Se særlig *Jehovas Vitner av Moskva og andre mot Russland* avsnitt 136.

<sup>142</sup> *Plesó mot Ungarn* avsnitt 67.

<sup>143</sup> HR-2020-1167 avsnitt 70.

<sup>144</sup> TJARE-2019-77493 s. 6-7.

<sup>145</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 27.

vekt. På denne bakgrunn legges det til grunn at personer med alvorlige spiseforstyrrelser som «ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade» som hovedregel må anses å mangle samtykkekompetente.<sup>146</sup>

## 5.2 Særlig om samtykkekompetanse ved fare for pasientens liv

Unntaket fra kompetansevilkåret ved fare for pasientens eget liv forutsetter at en pasient kan anses samtykkekompetent i relasjon til en beslutning om å nekte helsehjelp, også der unnlatt behandling vil bringe pasienten i nærliggende og alvorlig fare for å dø. I lys av den overstående drøftelsen blir spørsmålet hva som skal til for å anse en pasient som «i stand til å forstå» i disse tilfellene.

Det er et alminnelig prinsipp at kravet til pasientens forståelse avhenger av «hva samtykket omfatter», ved at kravene skjerpes desto mer inngripende eller alvorlig behandlingstiltak samtykket knytter seg til.<sup>147</sup> Dette gir grunn til å stille spørsmål ved om tilsvarende gjelder når pasienten nekter, ved at kravene til pasientens forståelsesevne skjerpes desto mer alvorlige konsekvensene av å *ikke* samtykke til behandlingen vil være. Dette vil i så fall innebære at kravene må være særlig strenge når konsekvensene av å nekte behandling er at pasienten kommer i nærliggende og alvorlig fare for å dø.

Høyesterettspraksis viser at en pasients evne til å resonere rundt konsekvensene av unnlatt behandling er sentralt for spørsmålet om samtykkekompetanse når pasienten nekter.<sup>148</sup> Når unnlatt behandling kan ha fatale konsekvenser, må det ut ifra dette kreves at pasienten anerkjenner at nektelsen nettopp vil være livstruende. Pasient og brukerrettighetsloven § 4-9 inneholder en særlig regulering av spørsmålet om samtykkekompetanse ved livstruende behandlingsnektelse overfor pasienter med somatiske lidelser som er «døende». Av bestemmelsens tredje ledd fremgår det at helsepersonell i disse tilfellene må forsikre seg om at pasienten er gitt tilfredsstillende informasjon og «har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen». Bestemmelsen underbygger at det er grunn til å knytte særlig

---

<sup>146</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 27.

<sup>147</sup> Aasen, *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, s. 272–275.

<sup>148</sup> HR-2018-2204-A avsnitt 64, HR-2021-1263-A avsnitt 39 og Ot.prp. nr. 12 (1998–99) s. 84.

oppmerksomhet ved pasientens forståelse for konsekvensene av unnlatt behandling når vedkommende motsetter behandling, og dette kan være fatalt.

I forarbeidene til lovendringen i 2017 uttales det at pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser som hovedregel må anses å mangle samtykkekompetanse, dersom de «ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for *livstruende* eller *vesentlig* somatisk helseskade» (min kursivering).<sup>149</sup> Selv om det ikke sies uttrykkelig indikerer disse uttalelsene at det skal mer til for å anse en pasient som samtykkekompetent når konsekvensene av behandlingsnektelsen er alvorlige, og i verste fall livstruende.<sup>150</sup> Tilsvarende er lagt til grunn i kommentarrundskrivet fra helsedirektoratet der det uttales at når det vil få store konsekvenser å nekte behandling, må pasienten ta stilling til mer informasjon, samt gjøre vanskelig vurderinger og avveininger, noe som stiller større krav til forståelseevnen.<sup>151</sup>

At kravene til pasientens forståelsesevne må være særlig strenge ved livstruende behandlingsnektelser, er i tråd praksis fra EMD, der det er understreket at det er avgjørende for at en person skal kunne nekte behandling når dette setter vedkommende i fare for å dø er vedkommendes «decision-making capacity».<sup>152</sup> EMD har lagt til grunn at staten forplikter å forhindre en person i å ta sitt eget liv dersom beslutningen ikke er tatt «freely and with *full understanding of what is involved*» (min kursivering).<sup>153</sup> Dette ble gjentatt i *Arskaya mot Ukraina* som gjaldt en psykisk syk pasient som motsatte seg somatisk behandling, noe som tilsier at det samme må gjelde der en person setter sitt liv i fare, uten at dette knytter seg til selvmord.<sup>154</sup> Av hensyn til ivaretagelse av retten til liv etter EMK artikkel 2 (1) og Grunnloven § 93 tredje ledd må en forutsetning for at en pasient anses kompetent til å ta en beslutning som setter vedkommendes liv i nærliggende og alvorlig fare for å dø, være at pasienten viser forståelse for og anerkjennelse av den faren for vedkommendes eget liv som unnlatt behandling innebærer.

---

<sup>149</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 27.

<sup>150</sup> Østenstad, «Prinsipp for vurdering av samtykkekompetanse», s. 36.

<sup>151</sup> Psykisk helsevernloven med kommentarer, s. 20. Tilsvarende Helsedirektoratet, «Bedre beslutninger, bedre behandling - Ekspertutvalg om samtykkekompetanse», s. 60.

<sup>152</sup> *Arskaya mot Ukraina*, avsnitt 69.

<sup>153</sup> *Haas mot Sveits*, avsnitt 54.

<sup>154</sup> *Arskaya mot Ukraina*, avsnitt 69.



# 6 Unntaket fra kompetansevilkåret ved fare for pasientens eget liv

## 6.1 Innledning

I dette kapittelet vil masteroppgavens hovedproblemstilling besvares. Forutsetningen for problemstillingen er at en pasient oppfyller de øvrige vilkårene for tvungent psykisk helsevern, men likevel anses som samtykkekompetent i relasjon til en beslutning om å avstå fra helsehjelp. Spørsmålet blir da om det kan gjøres unntak fra kravet om manglende samtykkekompetanse fordi det foreligger «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens] eget liv» etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum.

Problemstillingen reiser for det første spørsmål om hvor påtrengende en fare for pasientens liv må være før det skal være grunnlag for å gripe inn, og om hvor stor grad av sikkerhet det må være for at faren vil realisere seg ved at pasienten dør, uten tvungent psykisk helsevern. For det andre er spørsmålet hvilke farer som kan sies å utgjøre en fare for pasientens «eget liv».

## 6.2 «Nærliggende og alvorlig fare»

### 6.2.1 Når er en fare nærliggende og alvorlig?

En forutsetning for å gjøre unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse er at det foreligger en fare for pasientens liv som er «nærliggende og alvorlig». Uttrykket «nærliggende og alvorlig fare» viser at ikke enhver tenkelig fare for pasientens liv berettiger inngrep med tvang.

Forarbeidene og rettspraksis gir liten veiledning for hva som ligger i uttrykket «nærliggende og alvorlig fare» i § 3-3 nr. 4 andre punktum. Formuleringen har likevel likhetstrekk med farekriteriet i § 3-3 nr. 3 bokstav b der det heter at etablering av tvungent psykisk helsevern må være nødvendig for å hindre at pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjør en «nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». Forholdet mellom de to bestemmelsene er ikke utdypet i forarbeidene. Likheten mellom formuleringen av § 3-3 nr. 3 bokstav b og § 3-3 nr. 4 andre punktum tyder likevel på at uttrykket «nærliggende og alvorlig fare» skal forstås på samme måte etter begge bestemmelser. I *Spiseforstyrrelsesdommen* la Høyesteretts

flertall til grunn at uttrykket «fare for eget liv» i § 3-3 nr. 4 andre punktum skulle tolkes på samme måte som i § 3-3 nr. 3 bokstav b.<sup>155</sup> Høyesterett presiserte ikke om dette også gjaldt uttrykket «nærliggende og alvorlig». I den konkrete vurderingen av unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum nøyte Høyesterett seg likevel med å vise til vurderingen de hadde gjort av farekriteriet, noe som tilsier at også uttrykket «nærliggende og alvorlig» ble forstått på samme måte.<sup>156</sup>

En forskjell mellom unntaket fra kompetansevilkåret og farekriteriet er at farekriteriet i § 3-3 nr. 3 bokstav b omfatter «fare for eget [...] liv eller helse», mens unntaket i § 3-3 nr. 4 er begrenset til «fare for eget liv». Til tross for at formuleringen «eget» språklig sett ikke omfatter alternativet «helse» i § 3-3 nr. 3 bokstav b, følger det av forarbeidene og rettspraksis at farekriteriet omfatter fare for både liv og helseskade.<sup>157</sup> Det er dermed en forskjell mellom situasjonene som en fare må relatere seg til etter de to bestemmelsene. Denne forskjellen har naturlige konsekvenser for vurderingen av om en fare er tilstrekkelig «nærliggende og alvorlig», ved at det skal *mer* til for å konstatere at en fare ikke bare er tilstrekkelig nærliggende og alvorlig i relasjon til helseskade, men også for pasientens liv.

Selv om det ikke sies uttrykkelig i lovteksten, er det nokså klart at vurderingen av om det foreligger en «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens] eget liv» må ta utgangspunkt i hvordan pasientens tilstand vil utvikle seg uten tvungent psykisk helsevern sammenliknet med under tvungent vern. Dette illustreres av *Spiseforstyrrelsesdommen* der det uttales at det «uten fortsatt tvungent psykisk helsevern vil være en nærliggende og alvorlig fare for at A kommer til å dø».<sup>158</sup> Vurderingen av om det foreligger en «nærliggende og alvorlig fare» er altså basert på en prognosevurdering for hvordan pasientens situasjon vil utvikle seg i fremtiden.<sup>159</sup> Det avgjørende er om pasienten i fremtiden vil komme i en «nærliggende og alvorlig fare» dersom tvungent psykisk helsevern ikke iverksettes eller opprettholdes. Inngrep i disse tilfellene har slik sett et preventivt formål.

Ordlyden «nærliggende» indikerer at det må være en reell risiko for at pasienten vil dø dersom pasienten ikke kommer under tvungent psykisk helsevern. Høyesterett har uttalt at kravet innebærer at faren må fremstå som reell og kvalifisert på avgjørelsestidspunktet, men

---

<sup>155</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 40-43.

<sup>156</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 68.

<sup>157</sup> Se Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 155 og HR-2020-1167-A avsnitt 40.

<sup>158</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 68.

<sup>159</sup> Se NOU 2019:14 s. 524.

har avvist at det i «nærliggende» ligger et bestemt tidsperspektiv.<sup>160</sup> Tidsmomentet vil likevel få betydning for vurderingen av den konkrete påregneligheten av en fare, ved at sikkerheten for at faren vil oppstå blir mindre desto lengre frem i tid denne ligger.<sup>161</sup> At faren må være reell, innebærer at den må være konkretiserbar. I forarbeidene uttales det at det bør «utdypes hva denne faren egentlig består i».<sup>162</sup> Når det gjelder fare for pasientens liv må det presiseres hvordan pasienten vil utgjøre en fare for sitt eget liv. Det er ikke grunnlag for å vedta tvangsbehandling på grunnlag av en mulig mistanke om en slik fare. Det er for eksempel ikke tilstrekkelig at det er en generelt forhøyet risiko for selvmord knyttet til pasientens psykiske lidelse, med mindre det også finnes konkrete indikasjoner på at pasienten vil ta sitt eget liv uten tvungent psykisk helsevern.<sup>163</sup>

At faren må være «alvorlig» tilsier at den aktuelle faren må ha et livstruende skadepotensial. Det vil si at den skaden pasienten vil påføre seg selv, må kunne medføre at pasienten dør. I forarbeidene er «vesentlig fare» brukt for å markere den grad av fare som kreves for at denne skal anses «alvorlig». Det er presisert at det ikke er tilstrekkelig at pasienten utgjør en «viss fare» for seg selv.<sup>164</sup> Om unntaket i § 3-3 nr. 4 heter det at det må gjøres unntak fra kompetansekravet ved «stor risiko» for selvmord.<sup>165</sup> Utover dette finnes det liten veiledning i rettskildene om hvor stor sannsynlighet det må være for at skaden vil realisere seg uten tvungent psykisk helsevern. Ordlyden «alvorlig» tilsier likevel at det må være relativt stor sannsynlighet for at skaden vil realisere seg. Etersom vurderingen må basere seg på en prognose om hvordan pasientens situasjon vil utvikle seg i fremtiden, vil spørsmålet om det foreligger en tilstrekkelig alvorlig fare i stor grad bero på psykolog- og medisinskfaglige vurderinger. I *Spiseforstyrrelsesdommen* uttalte den sakkyndige at det vekttapet som «må forventes ved opphør av det tvungne vernet» ville utløse fare for «livstruende organsvikt i nyrer og risiko for hjerterytmeforstyrrelser og død».<sup>166</sup> Det ble altså vurdert å være nærmest sikkert at opphør av tvunget psykisk helsevern ville være fatalt for pasienten.

---

<sup>160</sup> Rt. 2001 s. 1481 på s. 1487.

<sup>161</sup> Rt. 2001 s. 1481 på s. 1487.

<sup>162</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 81.

<sup>163</sup> Se for eksempel LB-2020-112226 (Borgarting lagmannsrett).

<sup>164</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 81.

<sup>165</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 24.

<sup>166</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 32.

## 6.2.2 Forholdet mellom § 3-3 nr. 4 og helsepersonelloven § 7

Helsepersonelloven § 7 første ledd første punktum oppstiller en plikt for helsepersonell til å «gi den helsehjelp de evner» når det «må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig». Bestemmelsen gjelder uavhengig av samtykkekompetanse og forutsetter ikke at pasienten samtykker til helsehjelpen. Helsepersonelloven § 7 kan ikke danne grunnlag for tvangsinnleggelse i psykisk helsevern.<sup>167</sup> hjelpeplikten kan likevel gi grunnlag for ytelse av helsehjelp overfor pasienter med psykiske lidelser som utgjør en fare for eget liv, forutsatt at helsehjelpen er «påtrengende nødvendig». Spørsmålet blir hva som er forholdet mellom situasjoner der helsehjelp er «påtrengende nødvendig» og situasjoner der det foreligger «nærliggende og alvorlig fare» for pasientens liv.

Sammenlignet med ordlyden «nærliggende og alvorlig fare» i § 3-3 nr. 4 andre punktum, viser ordlyden «påtrengende nødvendig» at det skal mer til for at hjelpeplikten etter § 7 skal inntre. Etter forarbeidene plikter helsepersonell blant annet å gripe inn i situasjoner der det er et «akutt behov for undersøkelse og behandling» for å «gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner».<sup>168</sup> Behovet for helsehjelp må altså være påtrengende. Hjelpeplikten vil ut i fra dette blant annet inntre ved umiddelbart forestående eller påbegynte selvmordsforsøk. Tilsvarende vil helsepersonelloven § 7 gi plikt til å gripe inn der en pasient med alvorlige spiseforstyrrelser på grunn av underernæring kommer i en akutt og livskritisk situasjon, for eksempel ved umiddelbart forestående organsvikt eller hjertestans. I disse tilfellene plikter helsepersonell å gi «livreddende innsats og innsats for å avverge alvorlig helseskade for å hjelpe pasienten ut av en akutt situasjon».<sup>169</sup> Helsepersonells rett, og plikt, til å yte helsehjelp i disse tilfellene opphører når den akutte faren for pasientens liv er over.<sup>170</sup>

Når det gjelder skadelig adferd som en pasient påfører seg selv, gir psykisk helsevernloven § 3-3 hjemmel til å gripe inn på et tidligere tidspunkt enn helsepersonelloven § 7. Mens § 3-3 nr. 4 gir hjemmel for å gripe inn der en fare enda ikke har materialisert seg i skade, gir hjelpeplikten etter § 7 hjemmel for å gjøre inngrep når en livstruende skade allerede er i ferd med å realisere seg. Dette illustrerer at psykisk helsevernloven § 3-3 har et mer preventivt formål enn hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7.

---

<sup>167</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 219.

<sup>168</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 52.

<sup>169</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 219.

<sup>170</sup> Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 219.

## 6.3 Fare for pasientens «eget liv»

### 6.3.1 Når er en pasient til fare for eget liv?

Unntaket fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum gjelder for fare for pasientens «eget liv». Ordlyden «fare for eget liv» er vid. Mens unntaket for fare for pasienten selv er uttrykkelig begrenset til fare for pasientens «liv», gjelder unntaket for fare for andre enn pasienten i § 3-3 nr. 4 ved fare for «liv eller helse». Fare for helseskade faller dermed utenfor. Dette innebærer at tvungent psykisk helsevern for eksempel ikke kan etableres fordi en pasient forsømmer egen helse, personlige hygiene eller kosthold, uten at dette er livstruende. Det er heller ikke tilstrekkelig at pasienten forsømmer sitt eget liv på en måte som går ut over vedkommendes livskvalitet, for eksempel gjennom sosial isolasjon eller manglende medisinerings, med mindre dette også innebærer en nærliggende og alvorlig fare for vedkommendes liv.

Unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum har, som nevnt, likhetstrekk med farekriteriet i § 3-3 nr. 3. En forskjell mellom de to bestemmelsene er at det i farekriteriet er oppstilt et krav om at det må være fare for pasientens liv «på grunn av sinnslidelsen». Den samme formuleringen er ikke oppstilt i § 3-3 nr. 4. Forskjellen er ikke omtalt i forarbeidene. Det er likevel etablert i rettspraksis at en forutsetning for å vedta tvungent psykisk helsevern er at faren for pasientens liv er forårsaket av sinnslidelsen.<sup>171</sup> Dette innebærer at det for eksempel ikke kan vedtas tvungent psykisk helsevern fordi en pasient vil begi seg ut på livsfarlige aktiviteter som ikke har sin årsak i sinnslidelsen. Det er liten grunn til at det skulle være større adgang til å vedta tvungent psykisk helsevern overfor samtykkekompetente pasienter på grunn av farer som ikke kan tilskrives vedkommendes sinnslidelse, enn for pasienter som mangler samtykkekompetanse. Dette tilsier at kravet om årsakssammenheng må gjelde tilsvarende etter § 3-3 nr. 4. Høyesterett synes også å forutsette et slikt krav i § 3-3 nr. 4 i *Spiseforstyrrelsesdommen* når det uttales at «sinnslidelsen [...] vil lede til en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv» (min kursivering).<sup>172</sup>

Etter en naturlig språklig forståelse omfatter ordlyden «fare for eget liv» enhver fare som kan true pasientens liv, det vil si farer som vil kunne medføre at pasienten dør dersom tvungent

---

<sup>171</sup> Se blant annet Rt. 2001 s. 1481 på s. 1486, LB-2015-13924 s. 8, LB-2020-112226 s. 9.

<sup>172</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 55.

psykisk helsevern ikke iverksettes eller opprettholdes. Det er nokså klart at fare for pasientens liv vil foreligge dersom pasienten vil begå selvmord hvis tvungent psykisk helsevern ikke iverksettes eller opprettholdes. Dette underbygges av forarbeidene.<sup>173</sup> Isolert sett åpner ordlyden også for at andre livstruende farer enn selvmordsfare kan gi grunnlag for å gjøre unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse. Det mest praktiske eksempelet er livstruende farer på grunn av underernæring hos pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser.

I forarbeidene er unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum utelukkende knyttet opp mot faren for selvmord. Både i den generelle omtalen av vilkåret og i de spesielle merknadene til bestemmelsen omtales unntaket som et unntak for selvmordsfare. I proposisjonen heter det blant annet at «departementet i likhet med utvalgets flertall [mener] at modellen ikke bør gjelde i tilfeller der det er en nærliggende og alvorlig fare for selvmord».<sup>174</sup> I de spesielle merknadene til bestemmelsen heter det at «[u]nntak fra krav om manglende samtykkekompetanse gjelder ved nærliggende og alvorlig selvmordsfare eller ved nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse».<sup>175</sup> Selv om forarbeidene ikke uttrykkelig sier at unntaket kun var ment å gjelde ved selvmordsfare, nevnes det ikke andre situasjoner der fare for pasientens liv kan gi grunnlag for å fravike kompetansevilkåret.

Samlet sett gir forarbeidene uttrykk for at unntaket i alle fall først og fremst var tiltenkt selvmordsfare. Sett opp mot den vide ordlyden i bestemmelsen, oppstår det på bakgrunn av dette en tolkningstvil knyttet til om unntaket er begrenset til tilfeller der det foreligger selvmordsfare, eller om også annen sykdomsutvikling som medfører en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv omfattes. Denne tolkningstvilen ble avklart i et *obiter dictum* av Høyesterett i *Spiseforstyrrelsesdommen*.

### 6.3.2 Høyesteretts tolkning i HR-2020-1167-A

*Spiseforstyrrelsesdommen* gjaldt en kvinne med alvorlige spiseforstyrrelser, som begjærte opphør av tvungent psykisk helsevern. Kvinnen hadde over en tjueårsperiode vært innlagt til behandling for anoreksi under tvang en rekke ganger. I Rt. 2015 s. 913 ble kvinnens krav om utskrivelse fra tvungent psykisk helsevern avvist av Høyesterett. Når kvinnen på nytt reiste

---

<sup>173</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 49.

<sup>174</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 24.

<sup>175</sup> Prop. 147 L (2015-2016) s. 49.

sak for Høyesterett var dette begrunnet med at kvinnen anså seg selv som samtykkekompetent og ønsket frihet til å bestemme selv.<sup>176</sup>

Høyesterett fant enstemmig at vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 var oppfylt, herunder vilkåret om manglende samtykkekompetanse, slik at begjæringen om opphør av tvungent psykisk helsevern ikke kunne tas til følge. Høyesterett valgte likevel å avgi et *obiter dictum* om vilkåret for «nærliggende og alvorlig fare for eget liv» i § 3-3 nr. 4 andre punktum, fordi det forelå stor fare for at pasienten ville dø uten behandling. Høyesterett splittet seg i et flertall på tre dommere og et mindretall på én dommer i tolkningen av unntaket i § 3-3 nr. 4.

Både flertallet og mindretallet i Høyesterett la til grunn at ordlyden «fare for eget liv» åpnet for at enhver livstruende fare for pasienten omfattes av unntaket i § 3-3 nr. 4.<sup>177</sup> Samtidig ble det lagt til grunn at forarbeidene viser at unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum først og fremst var ment å omfatte selvmordsfare.<sup>178</sup> Det sentrale tolkningsspørsmålet for Høyesterett var derfor om det var grunnlag for å tolke ordlyden i § 3-3 nr. 4 *innskrenkende* ut ifra øvrige rettskildefaktorer, slik at unntaket var begrenset til selvmordsfare.

Utgangspunktet for flertallets tolkning var at ordlyden «fare for eget liv» i § 3-3 nr. 4 klart omfatter enhver fare for pasientens liv som er tilstrekkelig nærliggende og alvorlig, uansett hva faren består i.<sup>179</sup> Førstvoterende viser, som representant for flertallet, til at unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum ligner farevilkåret i § 3-3 nr. 3 b) som omfatter «nærliggende og alvorlig fare» for pasientens «eget eller andres liv eller helse». Om farevilkåret i nr. 3 bokstav b heter det i forarbeidene at dette ikke bare omfatter «faren for selvmord eller selvbeskadigelse» men også «faren for at vedkommende forkommer eller lider overlast på en slik måte at det er en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse».<sup>180</sup> Når selvmord brukes som et eksempel på en fare som truer pasientens «liv», tilsier dette, etter flertallets syn, at man med farevilkåret i § 3-3 nr. 3 sikter til mer enn bare selvmordsfare. Likheten mellom de to bestemmelsene innebærer, etter flertallets mening, at det er grunn til å forvente at lovgiver ville presisert at man sikter til en annen forståelse av «liv» i § 3-3 nr. 4 andre punktum, dersom dette var lovgivers intensjon. Førstvoterende påpeker imidlertid at fordi farer forbundet med spiseforstyrrelser omfattes av alternativet «helse» i § 3-3 nr. 3 uavhengig

---

<sup>176</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 17.

<sup>177</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 37 og 80.

<sup>178</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 54 og 80.

<sup>179</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 39.

<sup>180</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 42 med henvisning til Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 155.

av forståelsen av fare for eget liv, kan det ikke legges for stor vekt på sammenhengen mellom de to bestemmelsene.<sup>181</sup>

Annenvoterende, som representant for mindretallet, tar utgangspunkt i at ordlyden «fare for eget liv» er vid, og legger stor vekt på at forarbeidene klart gir uttrykk for at unntaket skulle begrenses til selvmordsfare.<sup>182</sup> Det vises til at selv om forarbeidene til bestemmelsen ikke inneholder noen begrunnelse for hvorfor man valgte akkurat den ordlyden som fremgår av lovteksten, er det klart hva som var *meningen* å uttrykke i loven. Når lovgiver i forarbeidene utelukkende knytter unntaket for pasientens eget liv til selvmordsfare er det etter annenvoterendes oppfatning tydelig at lovgiver tok sikte på at unntaket var begrenset til å gjelde selvmordstilfeller.<sup>183</sup>

Annenvoterende viser det til at det i forarbeidene uttales at pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser «som hovedregel» må anses å mangle samtykkekompetanse, dersom de «ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade».<sup>184</sup> Annenvoterende mener at uttalelsen illustrerer at departementet anså manglende samtykkekompetanse som en forutsetning for tvungent psykisk helsevern også ved livstruende farer som følge av underernæring hos pasienter med spiseforstyrrelser.<sup>185</sup> Dersom unntaket i § 3-3 nr. 4 var ment å omfatte denne typen farer, ville ikke vilkåret om samtykkekompetanse kommet på spissen i disse tilfellene. Flertallet mener på sin side at uttalelsene ikke kan forstås slik at man mente å drøfte rekkevidden av begrepet «fare for eget liv».<sup>186</sup>

Høyesteretts flertall konkluderer med at det ikke er klare nok holdepunkter i forarbeidene for å tolke bestemmelsens ordlyd innskrenkende til kun å gjelde selvmord.<sup>187</sup> Dette innebærer at unntak fra kompetansevilkåret kan gjøres også der det foreligger «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens] eget liv» uten at dette knytter seg til selvmordsfare. Førstvoterende underbygger sin konklusjon med at uttalelser i helsedirektoratets kommentarrundskriv tyder på at unntaket er forstått på denne måten. I kommentarrundskrivet er selvmordsrisiko

---

<sup>181</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 43-44.

<sup>182</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 80 med henvisning til Prop. 147 L (2015-2016) s. 24-26.

<sup>183</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 86.

<sup>184</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 82 med henvisning til Prop. 147 L (2015-2016) s. 27.

<sup>185</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 82.

<sup>186</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 61.

<sup>187</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 67.



beskrevet som et eksempel på tilfeller der unntaksregelen kan komme til anvendelse.<sup>188</sup> Konklusjonen underbygges også med samfunnets etiske plikt til å sørge for at pasienter ikke tar beslutninger som setter deres eget liv i nærliggende og alvorlig fare.<sup>189</sup> Når det gjelder CRPD avviser flertallet at konvensjonen har betydning for tolkningsspørsmålet.<sup>190</sup>

Annenvoterende mener derimot at forarbeidene gir klart uttrykk for at unntaket må tolkes innskrenkende og konkluderer med at unntaket for «nærliggende og alvorlig fare for eget liv» i § 3-3 nr. 4 andre punktum må forstås slik at det kun omfatter selvmordsfare.<sup>191</sup>

Annenvoterende fremhever at CRPD tilsier at unntaket fra kompetansevilkåret bør begrenses til selvmordsfare. Det fremheves at konvensjonen var en avgjørende begrunnelse for innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse, og at denne representerer en økt vektlegging av pasienters selvbestemmelsesrett. Annenvoterende legger til grunn at en innskrenkende tolkning av unntaket er best i samsvar med konvensjonen fordi den gir størst rom for selvbestemmelsesretten.<sup>192</sup>

### 6.3.3 Analyse og vurdering

Tolkingen av unntaket for «nærliggende og alvorlig fare» for pasientens «eget liv» i § 3-3 nr. 4 andre punktum i *Spiseforstyrrelsesdommen* har redusert prejudikatsverdi fordi den ble gitt i *obiter dicta* under dissens. Det er likevel den eneste avgjørelsen fra Høyesterett der det tas stilling til rekkevidden av unntaket. Flertallets tolkningsresultat avklarer dermed spørsmålet *de lege lata*. Annenvoterendes særmerknad, som kommer til motsatt tolkningsresultat, gir likevel grunn til å analysere flertallets rettskildebruk og tolkningsresultat nærmere.

Den største forskjellen mellom første- og annenvoterendes tolkning av unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum, er at førstvoterende lar en naturlig forståelse for lovtekstens ordlyd få fortrinn, mens annenvoterende kommer til at lovteksten må tolkes innskrenkende på grunn av lovgiverviljen, slik den uttrykkes i forarbeidene. Utgangspunktet for rettskildelæren er at den forståelsen som følger av lovtekstens ordlyd er et direkte utslag av lovgiverviljen og derfor må gå foran lovforarbeidene i tilfeller hvor disse skulle trekke i en annen retning.<sup>193</sup> Flertallets

---

<sup>188</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 63-64 med henvisning til psykisk helsevernloven med kommentarer s. 43.

<sup>189</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 66.

<sup>190</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 65-66.

<sup>191</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 92.

<sup>192</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 89-90 med henvisning til Prop. 147 L (2015-2016) s. 24.

<sup>193</sup> Eckhoff, *Rettskildelære*, s. 83.

tolkning representerer ut fra dette en lojal ivaretagelse av lovgiverviljen slik denne kommer til uttrykk i lovteksten i § 3-3 nr. 4 andre punktum.

En innvending mot flertallets tolkning av unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum er at tolkningsbidrag fra lovforarbeidene i stor grad tones ned til fordel for lovtekstens ordlyd. Til tross for at forarbeidene, også etter flertallets mening, nokså tydelig uttrykker at unntaket kun var ment å ramme selvmordsfare, mener flertallet at de ikke gir grunnlag for å tolke ordlyden innskrenkende.<sup>194</sup> Høyesterettspraksis viser at forarbeidene ofte gis fortrinn i tilfeller der lovteksten ikke er entydig eller kan trekke i motsatt retning av forarbeidene.<sup>195</sup> Dette skyldes at forarbeidene ofte gir mer detaljert uttrykk for lovgiverviljen sammenlignet med lovtekst, som ofte er generelt og kortfattet formulert.<sup>196</sup> Som annenvoterende legger til grunn er det, når det gjelder tolknings spørsmål «hvor det er tale om å avgrense statens myndighet til å utøve omfattende tvang mot enkeltmennesker», liten grunn til å «åpne for mer bruk av tvang enn det lovgiveren har ment».<sup>197</sup> Ut fra hensynet til lovgiverviljen kan ut i fra dette fremstå som betenkelig at lovgivers intensjon, slik den kommer til uttrykk i forarbeidene, ikke tillegges større vekt i flertallets lovtolkning.

En utfordring ved å tillegge lovforarbeidene avgjørende vekt i lovtolkningsprosessen er på den andre siden at lovforarbeidene ikke er like gjennomarbeidet eller kvalitetssikret som lovteksten. Forarbeidene har dessuten bare indirekte demokratisk legitimitet som del av stortingets lovgivningsprosess, og nyter derav ikke samme autoritet og legitimitet som lovteksten. Det må derfor utvises forsiktighet med å legge for stor vekt på uttalelser fra forarbeidene på bekostning av lovteksten, i tilfeller der det ikke er helt klart hva lovgiver har ment. Selv om unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum utelukkende knyttes opp mot selvmordsfare i forarbeidene, sies det heller ikke uttrykkelig at unntaket var ment å være begrenset til disse tilfellene. Som flertallet påpeker, er selvmordsfare det mest praktiske eksempelet på situasjoner der det kan være nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv, noe som kan forklare at ikke andre situasjoner omtales.<sup>198</sup> Forarbeidene gir slik sett ikke et fullstendig entydig inntrykk av lovgivers intensjon med unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum.

---

<sup>194</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 56.

<sup>195</sup> Bergo, *Høyesteretts forarbeidsbruk*, s. 458-590.

<sup>196</sup> Blandhol, Tøssebro og Skotheim, «Innføring i juridisk metode», s. 323.

<sup>197</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 87.

<sup>198</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 55.

I lys av den betydningen menneskerettighetene har for den rettslige reguleringen av tvang på området for psykisk helsevern, knytter flertallet påfallende liten oppmerksomhet til menneskerettighetene i sin tolkning. Flertallet avfeier at CRPD har betydning for tolkningsspørsmålet under henvisning til at Høyesterett tidligere har uttalt at tvangsbehandling av psykisk syke ikke er i strid med konvensjonen.<sup>199</sup> EMK blir bare indirekte berørt av flertallet der førstvoterende viser til at retten til liv uansett innebærer at retten til selvbestemmelse kan måtte vike når det er snakk om personer med alvorlige spiseforstyrrelser som motsetter seg behandling.<sup>200</sup> Annenvoterende legger på sin side langt større vekt på CRPD. Konvensjonen behandles likevel nokså overfladisk, uten noen nærmere vurdering av hvilke føringer de ulike konvensjonsforpliktelsene har for det konkrete spørsmålet i saken.<sup>201</sup>

Som redegjørelsen for EMK og CRPD i kapittel 4 viser, overser Høyesterett viktige rettslige holdepunkter når menneskerettighetene ikke behandles mer inngående i analysen av § 3-3 nr. 4 andre punktum. Menneskerettighetsutviklingen har i nyere tid gått i retning av at samfunnets interesse i å forhindre personer i å gjøre skade på seg selv i stor grad må vike til fordel for den enkeltes selvbestemmelsesrett. De kan derfor være grunn til å stille spørsmål ved om Høyesteretts tolkning er i samsvar med denne utviklingen. Det er klart at tvangsbehandling overfor samtykkekompetente pasienter utgjør inngrep i retten til å avvise behandling etter EMK artikkel 8, også når en slik avvisning kan ha livstruende konsekvenser. For at tvungent psykisk helsevern skal være i samsvar med EMK i disse tilfellene må vilkårene i artikkel 8 (2) være oppfylt.<sup>202</sup> Det er en svakhet ved *Spiseforstyrrelsesdommen* at Høyesterett ikke går nærmere inn på spørsmålet om tvangsbehandling av samtykkekompetente pasienter ved fare for pasientens eget liv er et egnet og forholdsmessig tiltak, sett opp imot samfunnets interesse i å beskytte den enkeltes liv.<sup>203</sup>

---

<sup>199</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 65-66.

<sup>200</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 66.

<sup>201</sup> HR-2020-1167-A avsnitt 88-90.

<sup>202</sup> Se punkt 4.2.

<sup>203</sup> Vegard Bø Bahus hevder at mindretallets votum er best i samsvar med Norges folkerettslige forpliktelser. Se nærmere Bahus, «Adgangen til tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent, men til fare for eget liv», s. 151.

## 7 Avsluttende betraktninger

Som analysen har vist, innebærer samfunnets plikt til å beskytte enkeltmenneskets liv at pasienters selvbestemmelsesrett i visse tilfeller må vike. Etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4 andre punktum kan tvungent psykisk helsevern vedtas overfor samtykkekompetente pasienter, når det foreligger en nærliggende og alvorlig fare for at pasientens liv vil gå tapt uten tvungent psykisk helsevern. I *Spiseforstyrrelsesdommen* ble det avklart at dette gjelder ved enhver fare for pasientens liv som er tilstrekkelig alvorlig og nærliggende, uavhengig av om denne knytter seg til selvmordsfare. Høyesterett foretok likevel ikke noen mer inngående vurdering av det underliggende prinsipielle spørsmålet om når tvangsbehandling av samtykkekompetente ut ifra hensynet til vedkommendes eget liv, er legitimt og forholdsmessig i lys av menneskerettslige krav.

Tvangsbehandling overfor samtykkekompetente pasienter, på grunn av fare for pasientens eget liv, innebærer en vanskelig balansering av pasientens selvbestemmelsesrett på den ene siden, og statens etiske, og dels lovfestede, plikt til å forhindre tap av liv på den andre. Fordi formålet med tvungent psykisk helsevern er basert på paternalisme, i form av helsepersonells oppfatning om hva som er til pasientens eget beste, er det lett å undervurdere hvor inngripende tvangsbehandling er overfor den enkelte. Et særlig alvorlig inngrep i den enkeltes fysiske og psykiske integritet er tvangsbehandling som iverksettes overfor samtykkekompetente pasienter. Dette innebærer at det må stilles strenge krav til nødvendigheten og forholdsmessigheten av slike inngrep.

Til tross for at tvangsbehandling har som formål å hjelpe, er det ikke gitt at en forpliktelse til å redde liv betyr at hjelpen best kan gis ved tvang. I en studie av pasientopplevelser etter innføringen av vilkåret om manglende samtykkekompetanse, kom det frem at et flertall av pasientene som på grunn av lovendringen i 2017 hadde fått opphevet vedtak om tvungent psykisk helsevern, ga uttrykk for økt opplevelse av autonomi og vilje til bedring. De fleste pasientene hadde også fortsatt i frivillig behandling.<sup>204</sup> Det kan ut fra dette være grunn til å stille spørsmål ved om samtykkekompetente ikke i større grad burde ha rett til å nekte psykiatrisk behandling, også når det foreligger fare for pasientens eget liv.

---

<sup>204</sup> Wergeland m.fl., «Increased autonomy with capacity-based mental health legislation in Norway: a qualitative study of patient experiences of having come off a community treatment order», s. 5.

Samtykkekompetente med somatiske lidelser har rett til å nekte behandling, også der dette innebærer en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv.<sup>205</sup> Unntak gjelder i akutte nødstilfeller der helsepersonell har plikt til å gi øyeblikkelig helsehjelp etter helsepersonelloven § 7 når dette er «påtrengende nødvendig».<sup>206</sup> I Tvangslovutvalgets lovforslag ble det foreslått å fjerne adgangen til tvungent psykisk helsevern av samtykkekompetente ved fare for pasientens eget liv, med unntak for nødssituasjoner.<sup>207</sup> I tillegg ble det foreslått en begrenset adgang til å tilbakeholde personer ved akutt selvmordsfare i inntil 24 timer.<sup>208</sup> En slik lovendring ville bidratt til å økt likestilling mellom psykisk- og somatisk syke når det gjelder retten til å nekte behandling ved fare for eget liv, i tråd med kravet om ikke-diskriminering som særlig CRPD representerer.

Det kan virke paradoksalt at en samtykkekompetent person som er diagnosert med en alvorlig sinnslidelse og som samtidig har en dødelig kreftdiagnose, kan nekte kreftbehandling, men likevel underlegges tvungent psykisk helsevern dersom sinnslidelsen vil utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv.<sup>209</sup> Tatt i betraktning at vurderingen av en sinnslidelse som livstruende, i motsetning til ved somatisk sykdom, langt på vei må basere seg på en antagelse om pasientens fremtidige handlinger, er skillet mellom psykisk og somatisk syke på dette punktet vanskelig å forstå. På den andre siden kan det at psykiske lidelser ikke nødvendigvis er dødelige, også være et argument for at samfunnet i større grad burde gripe inn for å forhindre tap av liv. Det samme gjør den omstendighet at det er vanskeligere å bedømme om en livstruende behandlingsnektelse hos en pasient med en alvorlige sinnslidelse ikke i realiteten er et utslag av sinnslidelsen. Utgangspunktet om at samtykkekompetente skal ha rett til å bestemme selv bygger likevel på en forutsetning om at så lenge en person forstår sin egen situasjon og de konsekvenser det vil ha å nekte behandling, må vedkommende ha rett til å ta egne valg, også når disse fremstår som irrasjonelle eller skadelige. I tilfeller der en pasient har tilstrekkelig forståelse for sin sinnslidelse og konsekvensen av å nekte behandling, er det etter min mening betenkelig å overprøve pasientens vurdering.

Når det gjelder selvmordsfare, er det vanskeligere å akseptere at en beslutning om å nekte behandling skal respekteres så lenge pasienten forstår og aksepterer risikoen for egen

---

<sup>205</sup> Pbrl. § 4-1 (1).

<sup>206</sup> Hpl. § 7 første ledd.

<sup>207</sup> NOU 2019:14 Lovutkastets § 5-4 og § 4-1 på s. 756-758.

<sup>208</sup> NOU 2019:14 Lovutkastets § 4-8 på s. 756.

<sup>209</sup> Se tilsvarende Bahun, «Adgangen til tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent, men til fare for eget liv», s. 150.

selvmordsfare. Dersom unntaket i § 3-3 nr. 4 andre punktum ikke skulle gi grunnlag for å vedta tvungent psykisk helsevern i disse tilfellene, ville helsepersonell måtte stå på sidelinjen frem til pasientens tilstand ble så kritisk og akutt at det ble grunnlag for å gripe inn etter helsepersonelloven § 7. Etter min mening er det gode grunner for å verne om enkeltmenneskets liv på bekostning av selvbestemmelsesretten i disse tilfellene.

Særlig i lys av menneskerettslige krav til økt selvbestemmelsesrett for samtykkekompetente pasienter, mener jeg det er gode grunner til at unntaket for «nærliggende og alvorlig fare for [pasientens] eget liv» i psykisk helsevernloven i § 3-3 nr. 4 andre punktum burde begrenses til å omfatte selvmordsfare. Annenvoterendes tolkning av unntaket i *Spiseforstyrrelsesdommen* representerer etter min mening den mest overbevisende rettslige balanseringen av selvbestemmelsesretten på den ene siden, og statens interesse i å beskytte enkeltmenneskets liv på den andre.

## 8 Litteraturliste

### Norske lover

Lov 17. mai 1814 Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven).

Lov 5. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

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

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

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

### Norske lovforarbeider

Ot.prp. nr. 3 (1998–1999) Om lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

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

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

Ot.prp. nr. 13 (1998–1999) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven).

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

Dokument 16 (2011–2012) Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven, avgitt 19. desember 2011.

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

Prop. 106 S (2011–2012) Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

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

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

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

## Rundskriv og andre offentlige dokumenter

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

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

Helsedirektoratet, Rundskriv IS-1/2017 «Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer» (2017).

Helsedirektoratet, Rundskriv om psykisk helsevernloven «Psykisk helsevernloven med kommentarer», sist faglig oppdatert 23.11.2023. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>. Lest 30.11.2023.

Statsministerens kontor, «Hurdalsplattformen 2021-2025 - for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet», 14.10.2021. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>.

Helsedirektoratet, «Bedre beslutninger, bedre behandling - Ekspertutvalg om samtykkekompetanse», 15.06.2023. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/bedre-beslutninger-bedre-behandling/id2985104/>.

Norges institusjon for menneskerettigheter, «Inkorporering av CRPD i norsk rett - Særlig om CRPD artikkel 12 og 14», 21.03.2022. Tilgjengelig fra <https://www.nhri.no/rapport/inkorporering-av-crpd/>.

## Norske rettsavgjørelser

Rt. 1987 s. 1495

Rt. 2015 s. 913

Rt. 1988 s. 634

HR-2016-1286-A

Rt. 1993 s. 249

HR-2016-2591-A

Rt. 2001 s. 1481

HR-2018-2204-A

Rt. 2001 s. 752

HR-2020-1167-A

Rt. 2008 s. 1764

HR-2021-1263-A

Rt. 2009 s. 1261

LG-2019-103313 (Gulating)

Rt. 2015 s. 1388

LB-2020-112226 (Borgarting)



### **Internasjonale konvensjoner**

Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (Den europeiske menneskerettighetskonvensjon, EMK), Roma 4. november 1950.

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), 13. desember 2006.

### **Internasjonale dokumenter**

FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD-komiteen),  
Concluding observations on the initial report of Norway. CRPD/C/NOR/CO/1. (2019).

FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD-komiteen),  
General Comment No. 1. CRPD/C/GC/1. (2014).

FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD-komiteen),  
Guidelines on the right to liberty and security of persons with Disabilities i Report of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Vedtatt under komiteens 14. sesjon, (2015).

### **Praksis fra den europeiske menneskerettsdomstol (EMD)**

EMDs dom 24. mars 1988 *Olsson mot Sverige*, klagesak nr. 10465/83.

EMDs dom 29. april 2002 *Pretty mot Storbritannia*, klagesak nr. 2346/02.

EMDs dom 16. oktober 2008 *Renolde mot Frankrike*, klagesak nr. 5608/05.

EMDs dom 10. juni 2010 *Jehovas Vitner av Moskva og andre mot Russland*, klagesak nr. 302/02.

EMDs dom 20. januar 2011 *Haas mot Sveits*, klagesak nr. 31322/07.

EMDs dom 2. oktober 2012 *Plesó mot Ungarn*, klagesak nr. 41242/08.

EMDs dom 5. desember 2013 *Arskaya mot Ukraina*, klagesak nr. 45076/05.

EMDs dom 31. januar 2019 *Fernandes de Oliveira mot Portugal*, klagesak nr. 78103/14.

EMDs dom 30. juni 2020 *S.F. mot Sveits*, klagesak nr. 23405/16.

## Litteratur

- Aall, Jørgen, *Rettsstat og menneskerettigheter 1* (Bergen: Fagbokforlaget, 2022).
- Aasen, Henriette Sinding, *Pasienters rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, (Bergen: Fagbokforlaget, 2000).
- Andenæs, Mads Henry, *Rettskildelære* (M.H Andenæs, 2009).
- Askeland, Bjarte, «Om rettsdogmatisk metode og sammenligning», *Undring og erkjennelse Festskrift til Jan Fridthjof Bernt* (2013) s. 12-25.
- Bahus, Marianne K., Pål Friis og Terje Mesel, «Pasientautonomi – en rettighet med moralske implikasjoner», *Kritisk juss* vol. 44 2. utg. (2018) s. 56-78.
- Bahus, Vegard Bø, «Adgangen til tvungent psykisk helsevern når pasienten er samtykkekompetent, men til fare for eget liv.» I *Menneskerettigheter i helse- og omsorgstjenesten*, av Marianne Klungland Bahus og Henriette Sinding Aasen (red.) (Oslo: Universitetsforlaget, 2022) s. 122-152.
- Befring, Anne Kjersti, Morten Kjelland og Aslak Syse, *Sentrale helserettslige emner* (Oslo: Gyldendal, 2016).
- Bergo, Knut, *Høyesteretts forarbeidsbruk* (Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2000).
- Bladhol, Sverre, Henriette Tøssebro og Øystein Skotheim, «Innføring i juridisk metode» *Jussens Venner* vol. 50 6. utg. (2015) s. 310-345.
- Eckhoff, Torstein, *Rettskildelære*, 5. utg. ved Jan E. Helgesen (Oslo: Universitetsforlaget, 2001).
- Graver, Hans Petter, «Vanlig juridisk metode? Om rettsdogmatikken som juridisk sjanger» *Tidsskrift for Rettsvitenskap*, (2008) s. 149-178.
- Kjønstad, Asbjørn, Aslak Syse, og Morten Kjelland, *Velferdsrett I*, 6. utg. (Oslo: Gyldendal Juridiske, 2017).
- Larsen, Kjetil Mujezinović, «Konsekvenser ved eventuell norsk tilslutning til den valgfrie protokollen om individuell klagerett til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne», Utredning avgitt til Utenriksdepartementet 28. juli 2015.
- Nygaard, Nils, *Rettsgrunnlag og standpunkt*, 2. utg. (Oslo: Universitetsforlaget, 2004).
- Orefellen, Hege, «Selvbestemmelse og frihet på lik linje med andre - Lovutvalg for vurdering av regler og tvang mv. i psykisk helsevern» vedlegg 1 til NOU 2011: 9.

Syse, Aslak, *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 3. utg. (Oslo: Gyldendal, 2016).

Søvig, Karl Harald, «Ulike tvangsbegrep i norsk velferdsrett» i *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten*, av Bjørn Henning Østenstad, Caroline Adolphsen, Eva Naur og Henriette Sinding Aasen (red.) (Bergen: Fagbokforlaget, 2018) s. 35-56.

Østenstad, Bjørn Henning, «Det menneskerettslege vernet mot tvang: utviklingstrekk» i *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten*, av Bjørn Henning Østenstad, Caroline Adolphsen, Eva Naur og Henriette Sinding Aasen (red.) (Bergen: Fagbokforlaget, 2018) s. 11-34.

Østenstad, Bjørn Henning, «Prinsipp for vurdering av samtykkekompetanse» i *Lov og Rett* vol. 60. (2021) s. 24-42.

## Nettsider

Pressemelding fra kultur- og likestillingsdepartementet, «Ekspertutvalget som skal utrede inkorporering av CRPD i norsk lov er klart», *Regjeringen no.* 02.12.2022. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ekspertutvalget-som-skal-utrede-inkorporering-av-crpd-i-norsk-lov-er-klart/id2949387>. Lest 7.11.23.

Wergeland, N. C., Fause, Å., Weber, A. K., Fause, A. B. O., & Riley, H., «Increased autonomy with capacity-based mental health legislation in Norway: a qualitative study of patient experiences of having come off a community treatment order», *BMC Health Services Research*, 22 (1) nr. 454. (2022). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07892-9>. Lest 30.11.23.