

Tvangsmedisinering etter psykisk helsevernloven §4-4 2. ledd bokstav a

Kandidatnummer: 103

Antall ord: 14851



JUS399 Masteroppgave
Det juridiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

[01.06.2017]

1.0 Innledning	S. 2
1.1 Tema og problemstilling	S. 3-4
1.2 Metodiske avgrensninger	S. 5
1.3 Fremstillingen videre	S. 5
2.0 Kort om antipsykotika	S. 6
3.0 Historisk oversikt, lovgivning og menneskerettigheter	S. 7-10
3.1 De rettslige tvangsmedisineringsgrunnlagene gjennom tidene	S. 7-9
3.2 Internasjonale menneskerettigheter	S. 9
3.2.1 Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (CRPD)	S. 9-10
4.0 Overordnede hensyn og forvaltningsrettslige prinsipper	S. 10-13
4.1 Innledning	S. 10
4.1.1 Hovedregelen om frivillighet og minste inngreps-prinsipp	S. 10-11
4.1.2 Individuell og sosial paternalisme	S. 11
4.1.3 Forbudet mot kvalifisert urimelige vedtak	S. 12-13
4.1.4 Legalitetsprinsippet	S. 13
5.0 Tvangsmedisinering etter psykisk helsevernloven §4-4	S. 13-41
5.1 Innledning	S. 13-14
5.1.1 «Under tvungent helsevern»	S. 14
5.1.2 «I overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis»	S. 14-15
5.1.3 «Mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven §4-3»	S. 15-16
5.1.4 «Nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse»	S. 16-18
5.2 Psykisk helsevernloven §4-4 2. ledd bokstav a	S.18
5.2.1 Tolkning av psykisk helsevernloven §4-4 2. ledd bokstav a	S. 18
5.2.1.1 Vilkår 1: «Legemidler»	S. 19
5.2.1.2 Vilkår 2: «Preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser»	S. 19-20
5.2.1.3 Vilkår 3: «Gunstig virkning som klart veier opp ulempene ved eventuelle bivirkninger»	S. 20-24
5.3 Tilleggsvilkårene	S. 24
5.3.1 Innledning	S. 24
5.3.2 «Forsøkt å oppnå samtykke»	S. 24-25
5.3.3 «Tilstrekkelig undersøkt»	S. 25-26
5.3.4 «Behandlingskriteriet»	S. 26-28
5.3.5 «Forbedringsalternativet»	S. 28-30
5.3.6 «Forverringsalternativet»	S. 30-32
5.3.7 Inneholder bedringsalternativet et tidskrav?	S. 33
5.3.8 «Kumulasjon av bedrings- og forverringalternativet?	S. 33
5.3.9 Psykisk helsevernloven §4-4 5. ledd	S.33-35
5.4 Avsluttende helhetsvurdering	S. 36
5.4.1 Innledning	S. 36
5.4.2 Momenter i helhetsvurderingen	S. 37-41
6.0 Kontroll- og overprøvningsordningene	S. 41-42
6.1 Klage til fylkesmannen	S. 41-42
6.2 Anlegge søkmål for domstolene	S. 42
7.0 Avslutning	S. 43
8.0 Litteraturliste	S. 44-47

1.0 Innledning

Psykiske lidelser er økende, og til enhver tid anslås det at 3-4 % av befolkningen har psykotiske episoder.¹ Som en følge av dette forekommer det også flere tvangsinnleggelses, og en rapport fra Helsedirektoratet viser at tvangsbruken ikke går ned.²

I henhold til psykisk helsevernloven §3-3, kan det etableres tvungent psykisk helsevern dersom vilkårene for det er oppfylt. Videre fremgår det av phvl. §4-4 2. ledd bokstav a jf. phvl. §3-3, at pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern kan behandles med legemidler uten eget samtykke, forutsatt at legemiddelet som benyttes har en *«gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger»*.

Tvang er et tema som har vært hyppig i media de siste 50 årene, og St. meld. 32 (1976-1977) om rettssikkerhet i sosial- og helseinstitusjoner, startet den formelle fokuseringen på temaet. I nyere tid har fokuset blitt enda større, og i den forbindelse har det blitt avdekket et stort antall tilfeller av udokumentert og ulovlig tvangsbruk.

I 2014, ble det rapportert om 7.980 tvangsinnleggelses og 11.653 vedtak om bruk av tvangsmidler.³ Selv om det foreligger statistisk informasjon kan det være grunn til å tro at det finnes mørketall, fordi opplysninger om vedtak om tvangsbehandling i liten grad rapporteres videre til Norsk Pasientregister.⁴ Senest i mai 2015 opplyste Helsedirektoratet at det ikke fantes pålitelige tall for tvangsbehandling.⁵

Jeg ønsker å behandle adgangen til å tvangsmedisinere pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, fordi det er et viktig tema som angår mennesker som er på en plass i livet hvor de har begrensede forutsetninger for å ivareta sin egen rettssikkerhet.

Den sentrale virkningen for samtlige antipsykotiske midler, er at de hemmer den signaloverføringen mellom hjerneceller som skjer ved hjelp av Dopamin. Effekt knyttes hovedsakelig til reduksjon av positive symptomer, slik som hallusinasjoner og vrangforestillinger, men man kan også oppleve negative symptomer. Bivirkninger som rapporteres er diabetes, lipidforandringer, vektøkning,

¹ NOU 2011:9 s. 109

² Prop. 147 L (2015-2016), s. 5.

³ «Omfang av tvang i det psykiske helsevernet», Tvangsforsk, http://www.tvangsforskning.no/noekkel tall_tv ang, lest: 03.03.17

⁴ Ot.prp.nr. 65 (2005-2006) s. 22

⁵ Opplyst til Likestillings- og diskrimineringsombudet i juni 2015, i ombudets rapport til FN's komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

intellektuell og emosjonell hemning, nedsatt spontan bevegelse i musklene, samt uro uten psykisk angst kombinert med tydelige vansker med å holde seg i ro. De to sistnevnte bivirkningene er på fagspråket omtalt som *akinesi* og *akatisi*, og er ofte hovedårsaken til at pasientene ikke ønsker å bli behandlet med legemidler. Den mest alvorlige, og til dels ukjente bivirkningen av antipsykotika, er plutselig død.⁶

Mange av pasientene som er under tvungent psykisk helsevern og undergis behandling og undersøkelser uten eget samtykke, opplever dette som et større inngrep i eget liv, enn selve vedtaket om tvungent psykisk helsevern. Tvangsmedisineringen føles for mange som en krenkelse av deres integritet, og som en intervensjon i følelses- og tankelivet.⁷ Det er derfor av stor viktighet at vedtakene om å legemiddelbehandle pasienter oppfyller vilkåret i loven om at virkningen av legemiddelet «*klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger*», slik at medisineren faktisk er legal.

1.1 Tema og problemstilling

Tradisjonelt sett, har den norske diskusjonen om bruk av tvang innenfor psykisk helsevern fokusert på rettssikkerhetsproblemene rundt etablering og opprettholdelse av tvungent vern.

Behandlingstiltak under vernet, herunder tvangsmedisineringsproblematikken, har ikke blitt viet tilsvarende mye oppmerksomhet.

Som et utgangspunkt har vi alle full selvbestemmelsesrett i forhold vår egen helse, vårt eget liv og hvilke helsevalg vi ønsker å ta. Inngrep i denne retten, forutsetter at det foreligger et tilstrekkelig rettsgrunnlag. De aktuelle rettsgrunnlagene er henholdsvis samtykke og lovgivning. Å samtykke til helsehjelp, så man frivillig kan motta nødvendig omsorg og pleie, er den klare hovedregelen. Frivillighet skal *alltid* være prøvd først. Unntaksvis så må likevel selvbestemmelsesretten settes til side ved lovgivning. Det antas at ingen velger å gå til grunne frivillig, og de som ikke kan hjelpe seg selv, må samfunnet hjelpe - selv om dette innebærer at det gjøres mot deres egen vilje. Man påtvinger omsorg, begrunnet i at den syke ikke skjønner sitt eget beste.⁸

Phvl. §4-4 oppstiller bestemmelsen om «vilkår for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke». Phvl. §4-4 1. ledd gir adgang til å behandle pasienter under tvungent psykisk helsevern

⁶ «Zyprexa», Felleskatalogen, <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-zyprexa-zyprexa-velotab-lilly-565733>, lest: 03.03.17

⁷ NOU 2011:9 s. 109 og 198

⁸ Andenæs, Kristian «sosialrett» 5. utgave (1996) «Det psykiske helsevern» av Ørnulf Rasmussen s. 417.

uten eget samtykke, forutsatt at pasienten mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven §4-3.

Videre fremgår det av phvl. §4-4 2. ledd bokstav a, at det ikke kan gjennomføres noen undersøkelser eller behandlinger som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

«Pasienten kan behandles med legemidler. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.»

Variasjoner i medisinsk effekt av antipsykotika og risikoen for skadevirkninger på sikt, medfører at det fremstår som prinsipielt problematisk å ha en generell hjemmel for tvangsmedisinering. På den andre siden ville et absolutt forbud kunne føre til store velferdsmessige konsekvenser for en del pasienter.⁹ I mange tilfeller vil det være meningsløst å tvangsinnlegge og holde tilbake en pasient, dersom man ikke også skal ha adgang til å *tvangsbehandle* vedkommende.¹⁰ Uten en slik mulighet ville det være vanskelig å forsvare bakgrunnen for tvungen innleggelse og tilbakehold.¹¹ Dette er selve bakgrunnen for hjemmelen.

Hovedkriteriet for etablering av tvungent psykisk helsevern etter phvl. §3-3, er at man har en «alvorlig sinnslidelse».¹² Begrepet er en juridisk term, og ikke en medisinsk diagnose. Det er grunnlidelsen vilkåret tar sikte på, og man er ansett å ha en alvorlig sinnslidelse selv om denne holdes i sjakk av antipsykotisk medikasjon, jf. Rt. 1993 s. 249.¹³ Et av kjennetegnene på at man er alvorlig sinnslidende, er at man har tapt sykdomsinnsikt. Dette fører videre til at pasienten ikke har noen bestemt oppfatning om de behandlingsformene som den faglig ansvarlige¹⁴ mener er riktig og nødvendig for han, eller at pasienten i noen tilfeller motsetter seg enkelte eller samtlige behandlingsformer. I slike tilfeller vil det derfor være nødvendig å iverksette behandlingstiltak uten pasienten sitt samtykke, eller til og med mot vedkommende sin vilje. På denne bakgrunn er det derfor forutsatt i loven, at man kan gi den behandling som faglig ansvarlig finner riktig og nødvendig, uten at pasienten har noen forståelse for det, eller samtykker til behandlingen.

⁹ NOU 2011:9 s. 200 og 201

¹⁰ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 107.

¹¹ NOU 2011:9 s. 200

¹² Innholdet i begrepet er at vedkommende lider av psykose, og har en virkelighetsoppfatning som avviker fra det normale.

¹³ Se også Rt. 2001 s. 1481

¹⁴ Se phvl. §1-4

Oppgaven søker å klarlegge hvordan vilkåret i phvl. §4-4 2. ledd bokstav a forstås; herunder om man kan være sikker på at legemiddelet som benyttes har en «gunstig virkning som *klart* oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger», slik at det handles i samsvar med legalitetsprinsippet. Den naturlige språklige forståelsen tilsier at det må foreligge en høy terskel av positiv sannsynlighet for at vilkåret kan anses oppfylt.

1.2 Metodiske avgrensninger

Det avgrenses mot legemidler brukt som tvangsmiddel etter phvl. §4-8. Oppgaven vil omhandle bestemmelsen for tvangsmedisinering av voksne mennesker i phvl. §4-4 2. ledd bokstav a, samt tilleggsvilkårene som oppstilles i phvl. §4-4. Det forutsettes at vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern etter phvl. §3-3 allerede er oppfylt.

1.3 Fremstillingen videre

Oppgaven er komplisert, da den berører både en juridisk og en medisinskfaglig side. Det foreligger stor uenighet blant psykiatere om virkningen av antipsykotiske midler, og debatten bærer preg av å være polarisert. Det er også vesentlige forskjeller i konklusjoner og resultater i eksisterende forskningsrapporter om antipsykotiske midler.¹⁵

Fremstillingen starter med en kort presentasjon av antipsykotika, for å gi et bilde av legemiddelgruppen bestemmelsen jeg skal ta for meg omhandler. Deretter vil jeg gi en innføring i tvangsmedisineringslovgivningen i et historisk perspektiv, før jeg tar for meg sentrale prinsipper i helseretten. Videre vil jeg gå raskt innom phvl. §4-4 1. ledd, fordi det oppstiller utgangspunktene for undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Deretter vil jeg gå videre til phvl. §4-4 2. ledd bokstav a, før jeg gjør rede for tilleggsvilkårene. Avslutningsvis vil jeg også gi en kort presentasjon av klage- og overprøvingsordningen.

Hoveddelen vil være rettsdogmatisk, og se på gjeldende rett. Avslutningsdelen vil være rettspolitisk, og forsøke å belyse om noe burde være annerledes fra sånn som det er nå.

¹⁵ NOU 2011:9 s. 111

2.0 Kort om antipsykotika

«Antipsykotika» er en fellesbetegnelse på legemidler som benyttes for å behandle psykose. Psykose er den mest brukte betegnelsen for alvorlige sinnslidelser, hvor det foreligger realitetsbrist og en abnormal oppfatning av virkeligheten.

Antipsykotika ble introdusert i 1952, da den antipsykotiske virkningen av Klorpromazin ble oppdaget. Man fant ut at middelet hadde en uspesifikk sederende effekt i høyere doser, og i tillegg fremkalte et syndrom som fikk navnet *syndrome neuroleptique*. Syndromet kjennetegnes av nedsatt spontan aktivitet, redusert energi og initiativtaking, samt indifferens ovenfor indre og ytre stimuli. Pasientene ble mindre opptatt av egne tanker og følelser, uten at dette skyldtes noen form for nedsatt grad av våkenhet.¹⁶

Klorpromazin ble tatt i bruk i 1955, og ble utbredt i behandlingen av schizofreni og andre psykiske lidelser.¹⁷ På 1960-tallet ble det satt opp en hypotese om at den sentrale forstyrrelsen bak blant annet schizofreni, var økt frisetting av dopamin i hjernen. Dopamin er en signalsubstans – det vil si et stoff som overfører kjemiske signaler til og fra nerveceller. Den sentrale virkningsmekanismen for alle typer antipsykotika, er at de hemmer den signaloverføringen mellom hjerneceller som skjer ved hjelp av Dopamin. Med noen modifikasjoner er dette fortsatt hypotesen de fleste forskerne støtter seg til.¹⁸

Antipsykotika har fått kritikk for å være misledende som fellesbetegnelse på de legemidlene som benyttes ved behandling av psykoselidelser. I motsetning til antibiotika – som stammer fra gresk, betyr «mot liv» og hemmer formeringen av eller dreper bakterier, indikerer antipsykotika at legemidler med denne betegnelsen utsletter psykosen. Dette er derimot ikke tilfellet. Antipsykotika helbreder ikke den psykiske grunnlidelsen, men har en symptomdempende effekt når pasienten innehar en tilstrekkelig konsentrasjon av det i kroppen.

I dag skiller man mellom førstegenerasjons- og annengenerasjons antipsykotika. Annengenerasjons antipsykotika kalles ofte «atypiske», i motsetning til førstegenerasjons antipsykotika som omtales som «typiske». Betegnelsene er brukt for å markere at annengenerasjons antipsykotika sjeldnere gir

¹⁶ Jørgensen, Hugo, «Medikamentell behandling av schizofreni», <http://tidsskriftet.no/2002/09/tema-schizofreni/medikamentell-behandling-av-schizofreni> (2002)

¹⁷ Robert Whitaker, «A case against antipsychotics» (2016) s. 4.

¹⁸ Rapport 08/2009 fra kunnskapscenteret «Effekt og sikkerhet av første- og annengenerasjons antipsykotika ved schizofreni hos voksne» s. 19

ekstrapyramidale bivirkninger.¹⁹ Det ekstrapyramidale system regulerer blant annet reflekser, balanse og muskelspenning.

3.0 Historisk oversikt, lovgivning og menneskerettigheter

3.1 De rettslige tvangsmedisineringsgrunnlagene gjennom tidene

Man begynte å benytte seg av antipsykotika for å behandle pasienter med alvorlige sinnslidelser på midten av 1950-tallet. En komité arbeidet med ny sinnssykelov fra 1951 til 1955, og lov om psykisk helsevern ble vedtatt i 1961. I denne loven stod det opprinnelig ikke noe om behandling uten eget samtykke. Lovens innleggelsesbestemmelse i §5 ble brukt som rettsgrunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern, og §6 ble brukt for å holde tilbake pasienter i psykiatriske institusjoner med tvang. Rettsoppfatningen var at man også kunne tolke innleggelsesbestemmelsen i §5 utvidet, og bruke den som rettsgrunnlag for å behandle alvorlig sinnslidende mennesker med medikamentell behandling, uten deres samtykke.²⁰

Ot.prp.nr. 77 (1980-1981) omhandlet forslag til endringer i sykehusloven og nåværende lov om psykisk helsevern. I lovforslaget ble rettsoppfatningen angående å benytte seg av innleggelsesbestemmelsen i §5 som rettsgrunnlag for å tvangsmedisinere pasienter sterkt kritisert, fordi bestemmelsen kun ga grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern. Det ble presisert at rettsikkerheten til pasientene blant annet avhenger av klare og betryggende juridiske regler. En slik tolkning og anvendelse av innleggelsesbestemmelsen i §5 utfordret derfor legalitetsprinsippets klarhetskrav så mye, at Stortinget uten dissens fulgte departementet sitt forslag om å gi Kongen fullmakt til å utferdige nærmere forskrifter om behandling uten samtykke i lovens §2. Den nye bestemmelsen fremgikk av §2 5. ledd.

Med grunnlag i denne hjemmelen ble det ved kongelig resolusjon 21. september 1984, gitt forskrift om begrenset adgang til tvangsbehandling i det psykiske helsevern. Forskriften omhandlet kun behandling med legemidler, fordi lobotomi var forbudt og lovutvalget mente at elektrosjokkbehandling ikke kunne hjemles.

Litt tidligere, i 1981, ble det også oppnevnt et utvalg til å gjennomgå reglene for det psykiske helsevernet. Dette resulterte i NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke, og utvalget ble ledet av Jan Fridtjof Bernt. NOU'en fremmet et forslag som ville komme til å innebære

¹⁹ Ibid s. 16

²⁰ Ot.prp. nr. 11 (1998 - 1999) s. 102

en omfattende reform av det rettslige grunnlaget for å kunne etablere tvungent psykisk helsevern. Lovutkastet fikk derimot ikke stor nok oppslutning i høringsrunden, og departementet fremmet derfor ikke lovproposisjonen for Stortinget. Arbeidet ble imidlertid ansett som meget solid, og førte til en nødvendig diskusjon om de rettslige rammebetingelsene for norsk psykiatri.²¹

Deretter ble Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern fremmet for Stortinget i 1999. Forslaget ble vedtatt, og loven trådte i kraft 1. januar 2001. 1999-loven, ofte henvist til som psykisk helsevernloven, ble gjort mer detaljert og omfattende, og adgangen til å benytte tvangsmedisinering som behandlingstiltak ble skrevet inn i lovteksten. Denne loven er det nåværende rettsgrunnlaget for å tvangsmedisinere pasienter.

I 2005 foretok man en gjennomgang av psykisk helsevernloven, ved Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. jf. Innst. O, nr. 66 (2005-2006). Endringene som ble gjort var i all hovedsak presiseringer, forenklinger og noen mindre endringer av gjeldende rett. Det ble også foretatt en harmonisering mellom pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven.²²

I Prop. 147 L (2015-2016) ble ytterligere endringer i psykisk helsevernloven foreslått, som en følge av departementets vurdering av lovforslagene i NOU 2011:9. Man ønsket å etterleve utvalgets oppfordring om en bedre utredning av dagens helselovgivning.²³ Stortinget vedtok de foreslåtte endringene i Prop. 147 L 10. februar 2017, som følge av en etisk, faglig og rettslig utredning av nåværende regler og praksis innenfor psykisk helsevern. Gjeldende tvangsbestemmelser i psykisk helsevernloven ble grundig gjennomgått og evaluert, og endringene har til formål å medføre bedre rettsikkerhet for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. Det nye lovverket skal ta utgangspunkt i pasientens behov og ressurser. Regjeringen oppnevnte også i juni 2016 et lovutvalg som skal vurdere om de ulike tvangsreglene i helse- og sosialretten kan samordnes bedre – eventuelt til en felles lov. Utvalgsleder er Bjørn Henning Østenstad, og utvalgets avleveringsfrist er 1. september 2018.²⁴

²¹ NOU 2011:9 s. 83

²² Ibid s. 83

²³ Prop. L 147 (2015-2016) s. 6

²⁴ <http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/ord/styrer-rad-og-utvalg/tvangslovutvalget/id2504904/>

Etter at lov om endringer i psykisk helsevern mv.²⁵ trer i kraft 1. september 2017, vil hjemmelen for tvangsmedisinering fremdeles befinne seg i phvl. §4-4 2. ledd bokstav a, med noen endringer. Se kapittel 1.1.

3.2 Internasjonale menneskerettigheter

Menneskerettighetene er universelle, og av semi-konstitusjonell rang. Det vi si at bestemmelsene i konvensjonene og protokollene har forrang fremfor annen norsk lovgivning foruten om Grunnloven, dersom det skulle oppstå motstrid, jf. menneskerettighetsloven §3.

Hvilke konvensjoner som skal gjelde for Norge, følger av menneskerettighetsloven §2. For at en konvensjon skal bli gjeldende for det enkelte landet, må den ratifiseres. Gjennom ratifikasjon blir staten forpliktet til å følge konvensjonen, og blir dermed part av en folkerettslig avtale.

Legitimiteten av ulike tvangsinngrep innenfor psykisk helsevern har ofte blitt prøvd mot kravene i EMK artikkel 3, 5 og 8, og i senere tid også CRPD - konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter.

3.2.1 Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (CRPD)

Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter ble vedtatt av FNs generalforsamling 13. desember 2006, og trådte i kraft 3. mai 2008. Norge ratifiserte konvensjonen 3. juni 2013, men har fremdeles ikke gitt tilslutning til den valgfrie protokollen som gir individklageadgang til CRPD-komiteén som overvåker etterlevelsen av bestemmelsene i konvensjonen. En slik eventuell tilgang er fremdeles til utredning.²⁶

Regjeringen har bestemt at Grunnloven §92, som sier at «Statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i denne grunnlov og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter» skal forstås slik at staten skal respektere og sikre CRPD, selv om den ikke er inkorporert i menneskerettighetsloven.²⁷

Mennesker med «nedsatt funksjonsevne» er å forstå som mennesker med «langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre», jf. CPRD artikkel 1, 2. avsnitt.

²⁵ LOV-2017-02-10-6

²⁶ CRPD, s. 6

²⁷ Strømmen, Hadi «Leder», Kritisk Juss, https://www.idunn.no/kritisk_juss/2016/03/leder, lest 15.04.17

Hovedformålet til konvensjonen er «å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet.» jf. CPRD artikkel 1. Den skal også bidra til å sikre respekt for de gjeldende sosiale, kulturelle, sivile, politiske og økonomiske rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

CRPD er med på å aktualisere spørsmålet om berettigelse av tvangstiltak på psykisk helsevernområdet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, da prinsippene om selvbestemmelse og ikke-diskriminering er sentrale i konvensjonen. Det er blant annet anført at den vil medføre et paradigmeskifte i den menneskerettslige debatten, fordi den innsnevrer adgangen til enkelte inngrepsbestemmelser ovenfor mennesker med psykiske lidelser.²⁸

4.0 Overordnede hensyn og forvaltningsrettslige prinsipper

4.1 Innledning

Flere viktige hensyn gjør seg gjeldende ved tvangsinngrep i forbindelse med tvungent psykisk helsevern. Disse hensynene kan enten overlappe hverandre, eller representere selvstendige hensyn som tidvis kan komme i konflikt med hverandre.²⁹

4.1.1 Hovedregelen om frivillighet og minste inngreps-prinsipp

Ethvert menneske innehar privat autonomi - såkalt selvbestemmelsesrett, i egenskap av å være en fysisk person. Denne retten er også betegnet som pasientautonomi. Rettens innhold er at man som et utgangspunkt står fritt til å ta de valgene man vil med tanke på eget liv og helse, forutsatt at man er samtykkekompetent. For å kunne ta beslutninger om eget liv og helse, er det en nødvendighet at man skjønner hva valgene man tar innebærer. Å la en pasient som mangler sykdomsinnsikt og ikke forstår sitt eget beste ta viktige helsebeslutninger ville være uforsvarlig, og stride mot forsvarlighetskravet i helsepersonelloven §4.

Videre slår phvl. §4-2 fast at pasienten har et integritetsvern. Integritet betyr «helhet» og «renhet», og kan betegnes som et menneskes ukrenkelighet. Vedkommende har og krav på respekt for sine meninger og synspunkter, jf. phvl. §3-9. De restriksjonene og inngrepene som skal gjøres, skal gjøres så små som mulig. Det skal også tas spesielt hensyn til pasientens kulturbakgrunn, og

²⁸ NOU 2011:9 s. 60

²⁹ Syse, Aslak, «Tvungent psykisk helsevern – enkelte kommentarer», Kritisk juss

livssyn.³⁰ Det er derfor viktig å respektere pasientens følelser og meninger, slik at integriteten ikke krenkes som en følge av at noen har trådt over vedkommende sine fysiske eller psykiske grenser.

Frivillighetsvilkåret i psykisk helsevernloven §3-3 1. ledd nr. 1, markerer at bruk av tvang skal være en subsidiær løsning. Loven stiller derfor som krav at etablering av frivillig vern skal være forsøkt før tvang kan benyttes. Dette innebærer at et adekvat og kvalitativt godt behandlingstilbud som hovedregel må ha vært forsøkt før det er aktuelt å bruke tvang.³¹ Frivillighetsvilkåret er derfor et uttrykk for minste inngreps-prinsipp, når forskjellige behandlingstiltak skal vurderes. Også av psykisk helsevernloven §15 følger det at «restriksjoner og tvang skal ikke være mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for tiltaket. Tiltaket kan bare iverksettes dersom det gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket, jf. phvl. §4-2.»

Etablering av frivillig vern forutsetter at pasienten har samtykkekompetanse, jf. phvl. §2-1 1. ledd. Man kan derfor se bort fra frivillighetsvilkåret når etablering av frivillige opplegg åpenbart er formålsløst å forsøke.

4.1.2 Individuell og sosial paternalisme

Ved individuell paternalisme griper man inn av hensyn til å verne pasienten fra seg selv, fordi han eller hun ikke vet sitt eget beste. Ved sosial paternalisme benytter man tvang ovenfor en pasient av hensyn til andre mennesker. Videre kan man også skille mellom sterk og svak paternalisme. Med sterk paternalisme forstås en situasjon hvor rettsanvenderen³² benytter tvang ovenfor en pasient som synes å ha en korrekt forståelse av hvorfor inngrepet bør gjøres og hva man kan oppnå med det, men likevel motsetter seg det. Ved svak paternalisme bestemmer rettsanvenderen at tvang skal benyttes mot pasientens motstand, i en situasjon hvor pasienten ikke synes å forstå hvorfor inngrepet bør gjøres, og hva formålet med det er. Begge formene utøves uten pasientens samtykke. Slike typer inngrep vil alltid stå i motstrid med hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett.³³

³⁰ Warberg, Lasse, Norsk Helsereett, 2. utgave s. 231 (2011) Universitetsforlaget.

³¹ Helsedirektoratet, «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/8.behandling-og-oppfo%CC%8Bling/rettslig-grunnlag-for/riktig-bruk-av-tvang>, lest 16.04.17

³² «Faglig ansvarlig», se. phvl. §1-4

³³ Syse, Aslak, «Tvingent psykisk helsevern – enkelte kommentarer», Kritisk juss

4.1.3 Forbudet mot kvalifisert urimelige vedtak

Forbudet mot kvalifisert urimelige vedtak er utviklet gjennom rettspraksis, og har sin opprinnelse i Rt. 1933 s. 548, Rådhusospits-dommen. Læren er ulovfestet og prinsippet kommer derfor ikke direkte til uttrykk i lov på helserettens område, men er like fullt ansett å være et viktig forvaltningsrettslig prinsipp. Prinsippet kan minne om forholdsmessighetsprinsippet, men i Rt. 2008 s. 560 avviste Høyesterett at vi har noen generell forholdsmessighetsbegrensning i forvaltningsretten, selv om dette har blitt hevdet i juridisk teori.³⁴ Derimot kan et forvaltningsvedtak blant annet kjennes ugyldig hvis det er *åpenbart urimelig*, og i denne vurderingen vil det inngå *forholdsmessighetsbetraktninger*.

Rt. 1951 s. 19, også kjent som Mortvedt-dommen, var med å etablere prinsippet på forvaltningsrettens område. Av dommen fremgår det at det ved vurderingen av om det er vedtatt et kvalifisert urimelig vedtak, må foretas en *forholdsmessighetsvurdring* hvor man må vurdere behovet for inngrepet opp mot inngrepets art og grad. Det må altså være en balanse mellom målet og de midlene som benyttes for å oppnå det. Innenfor den psykiske tvangslovgivningen innebærer dette at et inngrep i en persons integritet skal stå i et rimelig forhold til det man ønsker å oppnå med inngrepet. Jo mer tyngende inngrepet er, jo større sjanse er det for at det er uforholdsmessig - og dermed kvalifisert urimelig.

Som et utgangspunkt har forvaltningen fri skjønnsutøvelse, og kan legge vekt på de hensynene som den selv finner relevant når den fatter vedtak. Av juridisk teori fremgår det at forvaltningens frie skjønn er basert på «en forestilling om at lovgiver i noen sammenhenger har valgt å tre tilbake som normgiver og gi forvaltningen et handlingsrom som ikke er uttømmende rettslig normert».³⁵ Hovedregelen er derfor at domstolen ikke kan prøve forvaltningens frie skjønn. Denne retten begrenses av myndighetsmisbrukslæren, som skal ivareta hensynet til pasientenes rettsikkerhet. I Mortvedt-dommen uttales det at «tross den adgang som domstolene etter vår rett har til å kontrollere forvaltningsorganenes utøvelse av «det frie skjønn» er begrenset [...] er dette resultat etter min mening så urimelig og så stridende mot alminnelig samfunnsoppfatning at Samferdselsdepartementets avgjørelse [...] må anses rettsstridig og derfor erklæres ugyldig».

Læren innebærer altså at domstolen kan sensurere vedtak fra forvaltningen hvis vedtaket er grovt urimelig, og inngrepsbehovet ikke samsvarer med inngrepets art og grad. Det finnes derimot ikke noen klar terskel for når domstolene kan intervensere. Man har med andre ord ikke noen en fasit på

³⁴ Rasmussen, Ørnulf, «Forholdsmessighetsprinsippet i forvaltningsretten», Lov og rett (1995)

³⁵ Bernt, Jan Fridthjof «Rammene for rettslig prøving av forvaltningens avgjørelser - Fra fritt skjønn til pragmatiske vurderinger?» Jussens venner (2016)

hvor grovt urimelig et vedtak skal være, før man kan gripe inn og sensurere vedtaket på grunn av urimelig innhold. Vurderingen av hvorvidt et vedtak er kvalifisert urimelig er derfor absolutt konkret, fordi det alltid vil være individuelle forskjeller mellom pasientene for hvert vedtak som fattes.

4.1.4 Legalitetsprinsippet

Legalitetsprinsippet er en overordnet rettsregel og prinsipp av Grunnlovs rang, og kalles gjerne «lovskravet». På det forvaltningsrettslige området var lovskravet tidligere ulovfestet, og en del av den konstitusjonelle sedvaneretten. Nå er derimot prinsippet hjemlet i Grunnloven §113, hvor det heter at «styresmaktene må ha grunnlag i lov for å gripe inn overfor einskildmennesket».

Innholdet i prinsippet er som det fremgår av ordlyden, at offentlige myndigheter må ha hjemmel i lov for å gripe inn, endre eller etablere bindende rettsforhold ovenfor borgerne, hvis det ikke bygger på et annet kompetansegrunnlag. Et slikt kompetansegrunnlag kan eksempelvis være samtykke. Dersom pasienten ikke samtykker, må man derfor ha hjemmel i formell lov for å gripe inn og forsøke å hjelpe vedkommende. Legalitetsprinsippet's viktigste funksjon, er å «beskytte borgerne mot inngrep fra forvaltningen som Stortinget som lovgivende forsamling ikke har godkjent på forhånd».³⁶

Legalitetsprinsippet's kjerneområde er administrative frihetsinngrep, som eksempelvis tvangsmedisinering. I Rt. 1995 s. 20 gjaldt saken en uhjemlet tvangsmedisinering av en mann som skulle transporteres ut av landet med fly. Høyesterett uttalte at det var snakk om en maktanvendelse som innebærer «en inngripende integritetskrenkelse, og det er en handling som faller utenfor de tradisjonelle politihandlinger. Legalitetsprinsippet tilsier at det må kreves hjemmel i lov for at en slik tjenestehandling skal være akseptabel. Slik lovhjemmel finnes ikke». Heller ikke nødretts- eller nødvergebetraktninger ga lovhjemmel, da medisineringsen ikke ble foretatt for å avverge en farlig situasjon. Dommen gir uttrykk for at integritetskrenkelser har et spesielt sterkt vern.

5.0 Tvangsmedisinering etter psykisk helsevernloven §4-4

5.1 Innledning

Gjennomgangen og analysen av adgangen til å tvangsmedisinere voksne tar utgangspunkt i lovgivningen som vil være gjeldende fra og med 1. september 2017, etter at lovendringen har trådt i kraft, jf. punkt 3.1.

³⁶ Andenæs, Kristian, «Sosialrett», 6. utgave (2003) s. 92.

Det fremgår av forarbeidene at innføringen av effektive antipsykotiske midler i psykiatrien utvilsomt har vært et fremskritt som har gjort det mulig å behandle alvorlig sinnslidende på en bedre måte enn tidligere.³⁷ I Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) slås det også fast at bruk av legemidler kan være en nødvendig forutsetning for at andre behandlingstiltak skal fungere. Det er på denne bakgrunn at loven åpner opp for tvangsmedisinering, selv om det anses som et svært integritetsinngripende vedtak.

Bruk av undersøkelse eller behandling under tvungent psykisk helsevern, forutsetter at en rekke vilkår er oppfylt. Vilkårene for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke fremgår av phvl. §4-4. Bestemmelsen i phvl. §4-4 2. ledd bokstav a, regulerer adgangen til å tvangsmedisinere pasienter. Videre må også vilkårene i bestemmelsens tredje, fjerde og femte ledd være oppfylt.

I phvl. §4-4 1. ledd heter det at «Pasient som er *under tvungent psykisk helsevern*, kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som *klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis*. Det er et vilkår at pasienten *mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven §4-3*. Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved *nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.*»

5.1.1 «Under tvungent helsevern»

Det stilles for det første altså et krav om at pasienten er «under tvungent helsevern». Det forutsetter at vilkårene i phvl. §3-3 første ledd nr. 1 til 6, for vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern må være oppfylt, og at det er truffet formelt vedtak om tvang. Vilkårene er kumulative – hvilket innebærer at samtlige vilkår må være oppfylt for at rettsvirkningen skal kunne inntre. Bestemmelsen blir ikke nærmere omtalt grunnet oppgavens tematiske avgrensninger.

5.1.2 «I overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis»

For det andre, må undersøkelsene og behandlingen som gis «klart være i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis».

³⁷ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 110

Dette vilkåret er myntet på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven §4, som er et grunnleggende krav i helseretten. Kravet er en objektiv rettslig standard, og gir uttrykk for en minstestandard på kvaliteten av de helsefaglige vurderingene og det medisinske skjønnnet som utøves.³⁸ Kravet skjerpes ytterligere når behandlingen gis uten pasientens eget samtykke, fordi pasienten ikke vil ha den samme muligheten til å ivareta sin egen rettssikkerhet som et friskt menneske.³⁹

Behandlingstiltakene skal være kunnskapsbaserte, hvilket innebærer at tiltak som har usikker virkning eller fremstår som eksperimentelle, ikke skal benyttes som tvangsbehandlingstiltak. Dette gjelder spesielt legemiddelbehandling som gis utenfor legemiddelets godkjente indikasjon og anbefalte doseringsintervall.⁴⁰ En slik praksis ville også i stride imot FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter artikkel 7, som uttaler at «I særdeleshet må ingen, uten sitt frie samtykke, utsettes for medisinske eller vitenskapelige eksperimenter.»⁴¹

5.1.3: «Mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven §4-3»

For det tredje, må pasienten «mangle samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven §4-3».

Utgangspunktet for selve helselovgivningen er at mennesket er autonomt og verdig. Dette er med på å understreke respekten for pasientens integritet og menneskeverd.

Pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 angir hvem som har samtykkekompetanse, og dermed rett til å kunne samtykke til eller nekte helsehjelp. I pbrl. §4-3 2. ledd heter det at «samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.»

En naturlig språklig forståelse av at noen *åpenbart* ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, tilsier at det ikke kan foreligge noen tvil om at vedkommende ikke skjønner hva han eller hun sier seg enig i, eller motsetter seg. Man mangler med andre ord tilstrekkelig skjønnsevne og innsikt til å kunne forstå.

³⁸ Andenæs, Barbro og Mår, Nina (2008) «Klagenemder – rettssikkerhet og effektivitet» Fagbokforlaget (2008) s. 187

³⁹ Helsedirektoratet, «Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven §4-4» (2015) s. 27.

⁴⁰ Ibid

⁴¹ Syse, Aslak (2016) Kommentarer til psykisk helsevernloven, Gyldendal Norsk Forlag.

I forarbeidene heter det at det skal foretas en vurdering av hvilke områder pasienten ikke har samtykkekompetanse. Det skal en del til for at vedkommende ikke er i stand til å skjønne hvorfor helsehjelpen blir gitt, og hva samtykket innebærer, jf. «åpenbart».⁴²

Dette fremgår også av RG. 2011 s. 436, hvor det uttales at «kompetansen til å kunne samtykke i helsehjelp faller ikke bort i større utstrekning enn det er grunnlag for. Det må dermed avgjøres konkret om pasienten har tilstrekkelig forståelse for sin situasjon til at han kan gi et informert samtykke». Vurderingen er altså konkret, og individuell. Hvis helsepersonellet er i tvil om situasjonen til vedkommende, innebærer dette at pasienten anses som samtykkekompetent, og gis rett til å enten samtykke til, eller nekte å motta behandling.

Videre stilles det også krav til årsaken bak bortfallet av samtykkekompetansen. Det er bare hvis pasienten på grunn av «sinnslidelse, fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming» ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for helsehjelpen, at samtykkekompetansen skal bortfalle. Det må altså foreligge årsakssammenheng mellom bortfallet og den psykiske lidelsen.⁴³

5.1.4: «Nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse»

Ved «*nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse*», må derimot hensynet til selvbestemmelsesretten vike. Dette er et unntak fra hovedregelen. Vilkåret fremstår ordlydmessig likt vilkåret som oppstilles i phvl. §3-3 nr. 3 bokstav b, «farekriteriet». Farlighet hos sinnslidende kan være vanskelig å forutsi, og den faglig ansvarlige vil derfor kunne komme til å stå ovenfor en vanskelig vurdering.⁴⁴

En naturlig språklig forståelse av «nærliggende og alvorlig fare», indikerer at det må være snakk om en alvorlig fare som kan oppstå i løpet av nært forestående tid. Det er altså snakk om en relativt kort periode, jf. HR-2016-1286-A. Videre tilsier ordlyden at fare for ødeleggelse av rent materielle verdier faller utenfor.

Hva som skal anses som «nærliggende fare» skal ifølge forarbeidene tolkes strengt, og det bør utvises forsiktighet med å strekke tidshorisonten for langt. En utvidende tolkning vil sannsynligvis stride mot lovgivers intensjon bak ordvalget, samt den naturlige språklige forståelsen av vilkåret og

⁴² Ot.prp. nr. 11 (1998-1999)

⁴³ RG. 2011 s. 436

⁴⁴ Ot. Prp. nr. 11 (1998-1999) s. 80

hensynet til forutberegnelighet.⁴⁵ I LE-2000-737, uttales det at begrepet indikerer at «det må være en viss nærhet i tid. Farekriteriet er bare oppfylt dersom det er sannsynlig at fare vil oppstå i overskuelig fremtid." Av forarbeidene fremgår det at det vil være «naturlig å antyde en grense for vurderingen på maksimum 2 måneder».⁴⁶

I Rt. 2001 s. 752, uttalte derimot førstvoterende at «uttalelsen ikke kan tas som mer enn en antydning.» Dette ble begrunnet i at man i Rt. 1993 s. 249 hadde brukt uttrykket «rimelig nær fremtid», som en skjønsmessig vurdering uten noen spesifikk grense.

I Rt. 2001 s. 1481, kom Høyesterett frem til at et tidsrom på 3-4 måneder er å anse som «nærliggende». Forståelsen og innholdet i begrepet ble utførlig behandlet i dommen, og etter å ha sitert forarbeidene, sier førstvoterende seg enig med lagmannsretten i at det ikke er «holdepunkter i lovens forarbeider eller andre rettskilder for at farekriteriet inneholder noen begrensning [...] og legger til grunn at det ikke kan kreves at fare skal oppstå innenfor en klart begrenset tidshorisont.»

Dette synspunktet forlenges også i Rt. 2014 s. 801, hvor Høyesterett kom til at «en forverring som skjer etter tre til fire måneder etter utskrivning, ligger innenfor lovens krav om vesentlig forverring 'i meget nær framtid'. Det kan ikke utelukkes at grensen kan strekkes ytterligere ut alt etter virkningstiden for legemidlet og det individuelle reaksjonsmønsteret for den enkelte pasient. Jeg antar imidlertid at grensen på tre til fire måneder bør gjelde for hovedtyngden av denne pasientgruppen, og at en ytterligere utstrekking av grensen i så fall bare kan skje i mer spesielle tilfeller. Noe vesentlig ut over tre til fire måneder kan det imidlertid ikke være tale om når hensyn tas til den relativt snevre rammen som følger av lovens ordlyd.»

I Rt. 2001 s. 1481 ble det også uttalt at faren for eget liv eller andres liv eller helse må være «reell og kvalifisert» på avgjørelsestidspunktet, og at en sannsynlighetsbetraktning må tas inn i vurderingen. Dette innebærer et krav om at det foreligger reell voldsbruk av alvorlig karakter, som ikke ligger altfor langt bak i tid.

I rundskriv av 9. februar 1981 til kontrollkomisjonene, skrev Sosialdepartementet blant annet at: «Risikoen for skade må være stor. Det potensielle skadetilfelle må være alvorlig.» Fare for liv og helse er en tungtveiende begrunnelse for tvangsinngrep i psykisk helsevern. Begrepet omfatter ikke bare at det foreligger en risiko for selvskadning eller selvmord, men også for at pasienten lider

⁴⁵ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 80

⁴⁶ Ibid

overlast på en slik måte at det potensielt kan representere en fare for vedkommende sitt liv eller helse.⁴⁷ Dersom det derimot er snakk om andres liv eller helse, må det være snakk om fare for drap eller alvorlige voldsforbrytelser. Det må avgrenses mot bagatellmessige legemskrenkninger, uten spesielle alvorlige følger.⁴⁸ Bestemmelsen omfatter både fysisk og psykisk helse.⁴⁹ Skjønnskemaene i farevilkåret har en streng utforming, fordi vurderingen av potensiell farerisiko er forbundet med stor usikkerhet.⁵⁰

Videre heter det i phvl. §4-4 2. ledd, at det ikke kan gjennomføres «undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep», hvis ikke vilkårene for et av de påfølgende unntakene som oppstilles er oppfylt. Et slikt alvorlig inngrep henspiller nettopp på blant annet medikamentell tvangsbehandling, som vil utgjøre temaet for den videre drøftelsen.

5.2 Psykisk helsevernloven §4-4 2. ledd bokstav a

I forarbeidene til loven ble det slått fast at tvungen legemiddelbehandling er et alvorlig inngrep for pasienten. Man diskuterte å ta bort adgangen til å tvangsmedisinere pasienter, men det ble lagt avgjørende vekt på de gunstige virkningene en vesentlig andel pasienter har hatt av medikamentell behandling.⁵¹

I unntaket i psykisk helsevernloven §4-4 2. ledd bokstav a, heter det at:

«Pasienten kan behandles med *legemidler*. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med *preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser*. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en *gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger*.»

Unntaket oppstiller 3 vilkår som må oppfylles før tvangsmedisinering kan igangsettes. Den videre fremstillingen vil inneholde en analyse av disse vilkårene, samt en gjennomgang av tilleggsvilkårene som må være oppfylt før tvangsmedisinering anses legitimert.

⁴⁷ NOU 2011:9 s. 176

⁴⁸ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 81

⁴⁹ Se Rt. 1971 s. 949

⁵⁰ Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 80

⁵¹ NOU 2011:9 s. 200

5.2.1 Tolking av psykisk helsevernloven §4-4 2. ledd bokstav a

5.2.1.1 Vilkår 1: «Legemidler»

Det første vilkåret som stilles, er at behandlingen av pasienten må gjennomføres med «*legemidler*».

En naturlig språklig forståelse tilsier at det må være snakk om et medikament som vil kunne ha en positiv effekt på en alvorlig sinnslidelse. Av lovforarbeidene fremgår det at «psykofarmaka» var for snevert å bruke i lovteksten, da også andre medikamenter vil kunne ha en positiv effekt.⁵²

I henhold til legemiddeloven §2 1. ledd, skal «legemidler» forstås som «stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom.»

I legemiddelforskriften 1-3 a) nr. 2, er bestemmelsen supplert med at «legemidler» også er «stoff, droger eller preparater» [...] som kan anvendes eller gis til mennesker eller dyr for å gjenopprette, endre, eller påvirke fysiologiske funksjoner gjennom en farmakologisk, immunologisk eller metabolsk virkning.»

Videre fremgår det av legemiddeloven §4 1. ledd, at legemiddelet skal «oppfylle bestemte kvalitetskrav, være effektivt og ved normal bruk ikke ha skadevirkninger som står i misforhold til forventet effekt.»

Medikamentet som benyttes skal ta sikte på behandlingen av den alvorlige sinnslidelsen. I de fleste tilfellene vil tvangsmedisinering bli gjennomført ved bruk av antipsykotika eller stemningsstabiliserende medikamenter, med noen unntak.⁵³

5.2.1.2: Vilkår 2: «preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser»

Det andre vilkåret som oppstilles, er at preparatene som benyttes er «registrert her i landet og med vanlig brukte doser».

⁵² Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 110

⁵³ Syse, Aslak (2016) Merknad til phvl. §4-4 (2) bokstav a i Rettsdata, 05.11.2016 [sist sjekket: 02.04.2017]

Først og fremst, må preparatene som benyttes ved tvangsmedisineringen være *registrert* i Norge. Et preparat anses som registrert når det er godkjent av Statens legemiddelverk.⁵⁴

Videre må preparatet gis i *normale* mengder. I vurderingen av hva som er å anse som vanlige doser, bør det ses hen til godkjente preparatomtaler og eventuelle nasjonale faglige retningslinjer. Anbefalt dosering av medisiner står blant annet oppført i Felleskatalogen, og er ofte inndelt etter kroppsvekt eller alder. Mengden justeres opp eller ned avhengig av ulike faktorer. Dette kan for eksempel være redusert nyre- eller leverfunksjon, som vil ha innvirkning på bearbeidelsen og utskillelsen av virkestoffene i medikamentet.

Hvis en angitt maksdose for en pasient etter en konkret faglig vurdering blir overskredet, forutsetter det en spesielt tett oppfølging av effekt og eventuelle bivirkninger.⁵⁵ Pasienten skal etter psykisk helsevernloven §22 3. ledd 2. punktum også «*opplyses om den faktiske dosering og mulige bivirkninger.*» Denne informasjonen kan unnlates i tilfeller hvor pasienten «på grunn av langt fremskreden sløvheter ikke er i stand til å forstå omstendighetene knyttet til bruken av legemidlene», jf. forskriften §22 3. ledd 3. punktum.

Det er også bestemt at behandling ved injeksjon kun skal gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta legemiddelet oralt. Dette innebærer at pasienten må gjøre en slik motstand at det fremstår som umulig å få vedkommende til å svelge medisinen.

5.2.1.3: Vilkår 3: «gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger»

Videre er det et krav at legemiddelet som benyttes har en «gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.»

En naturlig språklig forståelse av «*klart*» tilsier at det kreves sannsynlighetsovervekt. At det stilles krav om sannsynlighetsovervekt understøttes også av 2. ledd, som sier at tvangsmedisinering er å anse som et «*alvorlig inngrep*». Medikamentell behandling kan endre pasientens personlighet og virkelighetsoppfatning, og det ville være uforholdsmessig å gjøre et så alvorlig inngrep i en persons liv, uten å være sikker på at det ville komme til å gagne vedkommende.

⁵⁴ Helsedirektoratet «Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4» (2015) side 29.

⁵⁵ Ibid

I forarbeidene uttales det at bakgrunnen for bestemmelsen er at behandling med antipsykotika ofte medfører alvorlige bivirkninger, og at det derfor må «stilles strenge krav til kvaliteten av det medisinske skjønn som ligger til grunn for en beslutning om tvangsbehandling med legemidler. Det må også kreves at man med ganske stor sikkerhet kan regne med at behandlingen vil gi vesentlige gunstige virkninger for pasienten. Ved denne vurderingen må det også legges vekt på hvorvidt det er fare for at behandlingen vil ha bivirkninger, og på hvor sterkt og hvordan medisinen påvirker pasientens fysiske og psykiske tilstand.»⁵⁶

Videre fremgår det også av forarbeidene at lovens §4-4 2. ledd skal leses i sammenheng med §4-2 1. ledd. I phvl. §4-2 1. ledd heter det at «det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.» Dette innebærer at det er «de totale ulempene ved bruk av tvang, inkludert alle opplevde virkninger av inngrepet», og ikke bare medikamentenes bivirkninger de gunstige virkningene skal veies opp mot. Når det da er kjent at noen pasienter opplever tapet av autonomi og kontroll over egne tankeprosesser som svært traumatiserende, tilsier det at det skal mye til for at virkningen klart veier opp for bivirkningene.⁵⁷ Av juridisk teori følger det at den gunstige effekten må være klinisk dokumenterbar på individnivå. Hvis medikamentene ikke virker eller blir overskygget av bivirkningene, vil det verken være etisk eller faglig forsvarlig å fortsette den medikamentelle behandlingen.⁵⁸

Kunnskap om antipsykotika er en nødvendig forutsetning for å kunne avgjøre om legemiddelet som benyttes har en «gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger». Det har lenge blitt fremhevet at kunnskapsgrunnlaget om antipsykotiske midler er for mangelfullt til å kunne avgjøre hvilken effekt pasienten vil kunne få av behandlingen. Dette har også blitt hevdet fra faglig hold, men i senere år har kritikken av kunnskapsgrunnlaget økt i omfang.⁵⁹

I juni i 2009 ble det nedsatt en arbeidsgruppe av Helsedirektoratet, ledet av professor Jan Fridthjof Bernt, etter anmodning fra Stortinget sin helse- og omsorgskomiteé. Gruppen fikk i oppgave å vurdere behovet for «behandlingskriteriet» i psykisk helsevernloven §3-3 nr. 3 bokstav a, og uttalte i den forbindelse at vurderingen av om behandlingskriteriet er oppfylt, i stor grad vil være å anse som et psykiatrifaglig skjønnstema. Man bør derfor utvise forsiktighet med tanke på rettslig

⁵⁶ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 110

⁵⁷ NOU 2011:9 s. 200

⁵⁸ Syse, Aslak «psykisk helsevernloven – enkelte kommentarer» Kritisk Juss, 2016.

⁵⁹ Whitaker R. En psykiatrisk epidemi. Illusjoner om psykiatriske legemidler. Norsk utgave av: Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America, 2010. Oslo: Abstrakt forlag, 2014.

overprøving av den faglige ansvarliges eller rettslig oppnevnte sakkyndige sin skjønnsutøvelse.⁶⁰ I den ferdige rapporten hevdes det at man ikke har noen «systematisk kunnskap om hvordan ulike tvangsmidler, eller måten de brukes på eventuelt virker på pasienten, verken på kortere eller lengre sikt».⁶¹ Videre påpekes det at kunnskapsgrunnlaget for tvangsbruk er mangelfullt og må utbedres, i tillegg til at det særlig burde fokuseres på grunnlaget for å behandle med medikamenter.⁶²

I NOU 2011:9 henviser utvalget til rapport nr. 8/2009 fra Kunnskapssenteret.⁶³ Rapporten omhandler effekt og sikkerhet av første- og annengenerasjonsantipsykotika ved schizofreni hos voksne. Forskningsgrunnlaget inkluderte 6 systematiske oversikter, og rapporterer resultater for første- og annengenerasjons antipsykotika, samt annengenerasjons antipsykotika seg imellom for voksne pasienter med schizofreni. Resultatene i rapporten er basert på systematiske søk i litteratur fra Cochrane Library, Medline, Embase og PsychInfo. Dette er databaser med forskningsdata av høy kvalitet. Av 99 mulige sammenlikninger eksisterte det kun data for 30 av dem, og datagrunnlaget ble derfor ansett som mangelfullt.⁶⁴ Forskerne konkluderte med få forskjeller i effekt mellom de sammenliknede typiske og atypiske antipsykotiske midlene, og for atypiske antipsykotiske midler seg imellom. Sammenligningene var av moderat kvalitet, men i oppsummeringen uttales det at «man bør kunne stole på resultatene.» I sin endelige konklusjon uttalte utvalget bak NOU 2011:9, at «kunnskapsgrunnlaget er ikke entydig, og til dels mangelfullt, og brukererfaringene er varierende».⁶⁵

I motsetning til hva forskerne konkluderte med i rapport nr. 8/2009, fremgår det av HR-2016-1286-A avsnitt 42, at «... 'annengenerasjons' antipsykotika har lengre virkningstid og mindre bivirkninger sammenlignet med de eldre - 'førstegenerasjons' - antipsykotiske legemidler.» Ifølge denne dommen vil det med andre ord foreligge større sannsynlighet for at annengenerasjons antipsykotika har en «gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger» sammenlignet med førstegenerasjons antipsykotika.

I den prinsipielle alaskiske høyesterettsdommen *Myers v. Alaska Psychiatric Institute*, fastslo den alaskiske høyesteretten etter en gjennomgang av det vitenskapelige forsknings- og bevismaterialet,

⁶⁰ Syse, Aslak (2016) Merknad til phvl. §3-3 nr. 3 bokstav a i Rettsdata, 05.11.2016 [sist sjekket: 23.03.2017]

⁶¹ Sosial- og helsedirektoratet «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang» (2006) s. 37.

⁶² Lund, Ketil og Gøtzsche, Peter «Tvangsmedisinering må forbys» Tidsskrift Norsk Legeforening (2017) s. 263

⁶³ «Kunnskapssenteret»: senter for forskningsbasert kunnskap.

⁶⁴ Rapport 08/2009 fra kunnskapssenteret «Effekt og sikkerhet av første- og annengenerasjons antipsykotika ved schizofreni hos voksne» s. 1

⁶⁵ NOU 2011:9 s. 198

at psykofarmaka kan ha en «dyptgående og varig negativ virkning på en pasient sin kropp og sinn» og at det er kjent for å ha «en rekke potensielt ødeleggende bivirkninger».

Fylkesmannens veileder for behandling av klagesaker etter phvl. §4-4, IS-2229, er normerende for vurderingen av om legemiddelet har en «gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger». Dette er selve klageorganets veileder, og gir en anvisning på hvordan vilkåret tolkes i praksis. Det fremgår at vurderingen skal være konkret – hvilket vil si at den skal være individuell. Videre heter det at vurderingen bør inneholde en «angivelse av observerte og selvrapporterte bivirkninger, forventet effekt av legemiddelbehandling for pasienten og vurdering av hvordan denne effekten oppveier ulempene ved bivirkningene.» Det skal også ses hen til om institusjonen som behandler pasienten har prøvd ut forskjellige legemidler, eller vurdert noen tiltak som kan være med å motvirke de bivirkningene som eventuelt kan oppstå. Dersom det er fare for at behandlingen kommer til å medføre bivirkninger for pasienten, skal det tas hensyn til i hvor sterk grad, og på hvilken måte medisinen vil påvirke vedkommende sin fysiske og psykiske helsetilstand.»

Bruk av legemidler vil ikke sjelden ha alvorlige og sterkt sjenerende bivirkninger, og det må derfor stilles strenge krav til kvaliteten av det kliniske skjønnets som ligger til grunn for vedtak om medikamentell tvangsbehandling. På strafferettens område anses straff som svært inngripende, og den tiltalte må i de fleste tilfeller ha utvist forsett for at den subjektive delen av gjerningsbeskrivelsen skal være oppfylt. En analogisk tolkning tilsier da at det også innenfor helserettens område skal oppstilles et strengt beviskrav, da det kan trekkes paralleller mellom hvor inngripende tvangsmedisinering og straff oppleves for vedkommende som utsettes for det.⁶⁶ Likevel må det skilles mellom straff, og *hjelp* - i form av medisinerer.

Pasienten kan oppleve å få både psykiske, motoriske og metabolske bivirkninger. Dette kan blant annet være at pasienten blir sløv og apatisk, opplever vektøkning, hjertesykdom, ukontrollerte muskelbevegelser i ansikt og på hals, parkinsonisme,⁶⁷ tardive dyskinesier,⁶⁸ akatisi, eller plutselig død, i de mest alvorlige tilfellene.⁶⁹

Som vist foreligger det forskjellige oppfatninger av hvilken effekt antipsykotika har. Samtidig er det kjent at bivirkningene som kan forekomme til dels er svært alvorlige, i tillegg til at noen opplever

⁶⁶ Ketil Lund og Peter Gøtschze «Tvangsmedisinering må forbys» (2016)

⁶⁷ Parkinsonisme: symptomer som minner om de symptomene som opptrer ved Parkinsons sykdom

⁶⁸ Tardive dyskinesier: symptomer er smatting, rekking av tunge og kraftige tyggebevegelser.

⁶⁹ NOU 2011:9 s. 113 og 114.

hele situasjonen som svært traumatiserende. Dette tilsier en streng forståelse av om vilkåret er oppfylt, og indikerer at terskelen er høy for at det fremstår som «klart» at virkningen veier opp for ulempene ved eventuelle bivirkninger.

5.3 Tilleggsvilkårene

5.3.1 Innledning

Bestemmelsen for å kunne tvangsmedisinere noen etter phvl. §4-4 befinner seg i §4-4 2. ledd bokstav a. Likevel må de øvrige tilleggsvilkårene i §4-4 være oppfylt før tvangsmedisineringen kan gjennomføres.

5.3.2 «Forsøkt å oppnå samtykke»

Det fremgår av phvl. §4-4 3. ledd 1. punktum, at «undersøkelse og behandling kan bare skje når det er forsøkt å oppnå *samtykke* til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er *åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt*».

Bestemmelsen krever at man har forsøkt å oppnå samtykke frivillig – hvis dette ikke fremstår som umulig. Det skal ikke være noen automatikk i å anvende undersøkelse og behandling selv om de øvrige vilkårene for det er oppfylt. Det kreves at man har forsøkt å gi et undersøkelses- og behandlingstilbud på frivillig grunnlag, uten at dette har ført frem.⁷⁰ Dette er også begrunnet i minste inngreps-prinsipp, integritetshensyn og rimelighetsbetraktninger.

Å spørre en person som anses som inkompetent til å ta stilling til om han bør være underlagt tvungent psykisk helsevern om å delta i avgjørelsen av hvorvidt han ønsker eller trenger legemiddelbehandling, kan på mange måter synes som et paradoks. Dette er likevel to forskjellige spørsmål, og som en hovedregel skal frivillighet gjennom samtykke være forsøkt før man kan bruke tvang. Dette er blant annet et utslag av forholdsmessighetsprinsippet, som innebærer at bruk av tvang før man har forsøkt å oppnå samtykke, ville være sterkt urimelig. Forsøk på å oppnå frivillig behandlingsopplegg ved samtykke er et viktig prinsipp, fordi man vektlegger å få til et samarbeid mellom helsevernet og pasientene også når de er under tvungent vern.⁷¹ Dette fremgår også bl.a. av prinsippet om medvirkning i pbrl. §3-1.⁷²

⁷⁰ Syse, Aslak «Psykisk helsevernloven med kommentarer», s. 200

⁷¹ Ibid

⁷² Syse, Aslak (2016) Merknad til phvl. §4-4 3. ledd i Rettsdata, 05.11.2016 [sist sjekket: 31.05.2017]

Videre skal det etter 2. punktum også vurderes om man kan tilby pasienten «andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling», dersom det ikke er åpenbart umulig. Dette er igjen et utslag av minste inngreps-prinsipp. Enkelte pasienter vil foretrekke alternative behandlingstiltak fremfor medisiner, da noen opplever dette som mindre inngripende og like virkningsfullt.⁷³

Av forarbeidene fremgår det at alternative behandlingsmetoder for eksempel kan være gruppeterapi, samtalerapi, arbeidsterapi og andre mindre inngripende tiltak som tar sikte på å påvirke pasientens atferd.⁷⁴

5.3.3 «Tilstrekkelig undersøkt»

Dersom pasienten ikke samtykker, skal pasienten ha vært «tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling» før det benyttes behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, jf. phvl. §4-4 4. ledd, 1. punktum. På denne måten sikres det at inngrep ovenfor en person som utsettes for behandling uten eget samtykke, skjer på et forsvarlig grunnlag.

Ordlyden «tilstrekkelig undersøkt» indikerer at man må ha gjort en relativt grundig undersøkelse av vedkommende. Av forarbeidene fremgår det at hva som menes med «tilstrekkelig undersøkt» vil bli gitt nærmere regler om i forskrifter om behandling uten eget samtykke som Kongen i statsråd gir etter §4-4 siste ledd.

I psykisk helsevernloven §20 1. ledd stilles det krav til personlig undersøkelse av pasienten fra den faglig ansvarlige bak vedtaket «i løpet av de siste 48 timer». Videre heter det at «vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan ikke fattes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet» jf. 2. ledd. Undersøkelsen må alltid skje ved «observasjon i institusjon, med mindre det av hensyn til forsvarlig helsehjelp bør skje i annen institusjon, jf. psykisk helsevernloven §3-5 andre ledd.» Når det gjelder vedtak om behandling med legemidler som skjer uten pasientens eget samtykke, skal undersøkelsen skje ved døgnopphold, «med mindre den ansvarlige institusjon har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende medikasjon og virkningen av denne pasienten» jf. 5. ledd.

Etter §20 4. ledd skal institusjonen gjennom hele undersøkelsesperioden «søke å få pasientens tillit slik at behandling kan gjennomføres med pasientens samtykke.»⁷⁵

⁷³ NOU 2011:9 s. 121

⁷⁴ Ot.prp.nr. 11 (1998-1999) s. 107

For å kunne beslutte om pasienten trenger medikamentell behandling må man altså ha undersøkt pasienten grundig nok til å sitte igjen med et adekvat grunnlag å ta avgjørelsen på. Utilstrekkelig undersøkelse kan føre til feil beslutninger, og øke sjansen for at vedtaket blir uforholdsmessig.

5.3.4 Behandlingskriteriet

5.3.4.1 Innledning:

Når man har undersøkt pasienten og konkludert med at det foreligger behandlingsindikasjon, kan behandlingstiltak det ikke er samtykket til likevel bare igangsettes og gjennomføres «når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen», jf. §4-4 4. ledd 2. punktum. Vilåret henspiller på phvl. §3-3 nr. 3 bokstav a; «behandlingskriteriet», og er ordlydmessig likt. Det kreves med andre ord en høy sannsynlighetsgrad med hensyn til forventet virkning, og denne virkningen må være av kvalifisert art.⁷⁶

I følge forarbeidene er det ikke «hvilken som helst utsikt til bedring» som skal kunne begrunne tvungent psykisk helsevern – eller i dette tilfellet; tvangsmedisinering.⁷⁷ Vilåret er derfor strengt. Tvang forankret i behandlingskriteriet bygger på en forutsetning om at selv om pasienten ikke er i fare rent fysisk, bør det likevel kunne gripes inn for å forbedre livskvaliteten til vedkommende. Behandlingskriteriet inneholder i realiteten to forskjellige alternativer; forbedringsalternativet og forverringsalternativet. Ved bruk av forbedringsalternativet gripes det inn mot pasienten av hensyn til pasienten selv. Ved farekriteriet derimot, griper man inn mot pasienten av hensyn til samfunnet, eller en ubestemt krets av personer.⁷⁸ Dette er også kjent som individuell og sosial paternalisme.

Begge alternativene forutsetter at det foreligger en oppfyllelse av et årsakskrav og et virkningskrav.⁷⁹ Det må altså være årsakssammenheng mellom behandlingen og den gitte virkningen.

⁷⁵ Forskrift om endring i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)

⁷⁶ Rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet (Rundskriv I-10/2001).

⁷⁷ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 79

⁷⁸ Syse, Aslak «kommentarer til psykisk helsevernloven» s. 140.

⁷⁹ NOU 2011:9 s. 168

5.3.4.2 Beviskravet - «stor sannsynlighet»

Det oppstilles et beviskrav om «stor sannsynlighet». Ordlyden tilsier at det må være snakk om en kvalifisert sannsynlighetsovervekt for at legemiddelbehandlingen vil føre til «helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen».

Av forarbeidene fremgår det at det kreves mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt for å oppfylle vilkåret.⁸⁰ I juridisk teori har det blitt hevdet at «sannsynligheten må klart overstige overveiende sannsynlighet [...] og at en sannsynlighet på 70 % vil tilfredsstille dette vilkåret».⁸¹ Et slikt syn understøttes også av Rt. 2001 s. 752.

Det strenge beviskravet er blant annet oppstilt ut fra torturforbudet i EMK art. 3 og GrL. §93 2. ledd, som sier at «ingen må utsettes for tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff». Tortur defineres i FN's Torturkonvensjon art. 1 som «enhver handling hvorved alvorlig smerte eller lidelse, enten fysisk eller psykisk, bevisst blir tilføyet en person [...]».⁸² Ved motstrid går bestemmelsene i konvensjonene og protokollene som Norge er bundet av foran bestemmelsene i psykisk helsevernloven jf. menneskerettighetsloven §2 jf. §3. I tillegg fører lex superior-prinsippet til at grunnlovsbestemmelser alltid vil veie tyngre enn all annen lov.⁸³

Etter EMDs praksis innebærer umenneskelig behandling eller straff at den aktuelle personen utsettes for inngrep som fører til en urettmessig og sterk fysisk eller psykisk lidelse. Nedverdiggende behandling eller straff foreligger blant annet når den aktuelle personen utsettes for tiltak som ydmyker vedkommende overfor andre, og som er egnet til å skape en følelse av frykt og mindreverdighet.⁸⁴

Også EMK art. 5 og 8, begrunner et strengt beviskrav. Art. 5 1. avsnitt 1. punktum, slår fast at «enhver har rett til personlig frihet». Ingen må bli frarøvet sin personlige frihet unntatt ved «lovlig frihetsberøvelse [...] av sinnslidende [...]», jf. bokstav e. Frihetsberøvelsen må være i samsvar med nasjonal rett, og de prinsippene som konvensjonen bygger på. I Winterwerp-saken, kom man frem til at de nasjonale myndighetene må slå fast at det dreier seg om en *reell psykisk forstyrrelse* («true mental disorder») etter undersøkelse fra en objektiv medisinsk ekspertise. Forstyrrelsen må videre

⁸⁰ Ot.prp.nr 11 (1998-1999) s. 155

⁸¹ Syse, Aslak, *Psykisk helsevernloven med kommentarer* (2016) s. 141.

⁸² FN's Torturkonvensjon artikkel 1.

⁸³ Lex superior-prinsippet: Rettslig prinsipp som innebærer at rettsregler av høyere rang går foran rettsregler av lavere rang, dersom det oppstår motstrid mellom rettsreglene. Grunnloven skal alltid veie tyngst.

⁸⁴ Syse, Aslak *«kommentarer til psykisk helsevernloven»* s. 443.

være av en art eller grad som gjør frihetsberøvelse nødvendig («kind or degree warranting compulsory confinement»). I følge EMK art. 8 har enhver «rett til respekt for sitt privatliv». Begrepet er ikke uttømmende, men omfatter blant annet den innerste private sfære og den fysiske integritet. Krenkelse av den psykiske og fysiske integriteten kan derfor være et brudd på art. 8.

Av NOU 2011:9 s. 171, fremgår det at flertallet av lovutvalget ønsket å skjerpe sannsynlighetskravet i phvl. §3-3 nr. 3 bokstav a, «behandlingsvilkåret». Utvalget foreslo å endre sannsynlighetskravet fra «*stor sannsynlighet*», til at det skulle være «*overveiende sannsynlig*» at etablering av tvungent psykisk helsevern ville hindre vesentlig helseskade eller føre til vesentlig bedring. Formålet var at mennesker med liten eller negativ effekt av tvungent psykisk helsevern kunne få styrket retten til å avstå fra psykisk helsevern. Bestemmelsen fremstår ordlydmessig svært likt vilkåret i phvl. §4-4 4. ledd. Endringsforslaget har derimot ikke fått medhold jf. Prop. 147 L, men kravet er fremdeles strengt.

Når det kommer til sannsynlighetsvurderingen, ville det være umulig å beregne den nøyaktige sannsynligheten for at legemiddelbehandlingen enten vil føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen. Vurderingen av hvordan pasientens tilstand vil utvikle seg i fremtiden, må derfor baseres på skjønn. Det vil alltid knytte seg usikkerheter til denne vurderingen, og den vil derfor ofte også by på vanskeligheter. Ordlyden tilsier at det skal foretas en adekvat individuell vurdering, da ingen av tilfellene vil være helt identiske. Sannsynligheten skal derfor ikke baseres på generell statistikk.

5.3.5: Forbedringsalternativet

5.3.5.1 Innledning

Bedringsalternativet innebærer at behandlingstiltak bare kan igangsettes og gjennomføres når de med «*stor sannsynlighet*» kan føre til «*helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand*».

Det følger av forarbeidene at det sentrale ved vurderingen av om det foreligger utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring, er «hvordan den alvorlige sinnslidelsen vil komme til å utvikle seg under tvungent psykisk helsevern sammenliknet med hva tilfellet vil være dersom vedkommende kommer under vern». ⁸⁵ Man må altså ta utgangspunkt i hvordan man tror den psykiske helsetilstanden til pasienten vil utvikle seg videre. Dette er i all hovedsak en medisinsk vurdering, hvor retten normalt sett er tilbakeholden med å fravike de psykiatrisk fagkyndige sine vurderinger, fordi en slik type

⁸⁵ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 79

vurdering er utenfor rettens kompetanseområde.⁸⁶ Det er den konkrete prognosen med og uten behandling som skal vurderes, og i denne vurderingen er det det reelle tilbudet helsevesenet kan tilby som skal tas med.⁸⁷

I sak 2011/1264 om klage på vedtak om behandling med legemidler uten samtykke fra Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, fant fylkesmannen at de angitte medikamenter med stor sannsynlighet kunne føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand.

Dette ble begrunnet i forskrift om behandling og undersøkelse uten eget samtykke §4 1. ledd, hvor det heter at «Behandlingstiltak som pasienten ikke har samtykket i kan bare igangsettes og gjennomføres når de *med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.*» Bakgrunnen for å behandle pasienten med legemidler uten eget samtykke, var hans tilstand av «akutt polymorf schizofreniform psykose med akutt påkjenning», hvor sykdomsbildet var preget av «psykose, hallusinose, paranoia, og vrangforestillinger». Etter en gjennomgåelse av pasientens journal og vurdering av de kravene som forskriften stiller til vedtak om behandling med legemidler uten samtykke, fikk klageren avslag. Fylkesmannen kom til at pasienten fremstår som «svært syk, tydelig behandlingstrengende, men uten sykdomsinnsikt». På bakgrunn av dette, ville behandlingen med *stor sannsynlighet* kunne føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand.

5.3.5.2 «Helbredelse»

Alternativet er ikke problematisert i hverken forarbeidene eller i rettspraksis, men det er helbredelse av den «alvorlige sinnslidelsen» jf. phvl. §3-3 nr. 3 bokstav a, man skal vurdere sannsynligheten for skal inntreffe. Det er altså bare den alvorlige sinnslidelsen som skal vurderes, dersom man har flere diagnoser. Dette innebærer at man skal anses helbredet dersom man blir frisk fra den alvorlige sinnslidelsen, men fremdeles sliter med for eksempel angst eller depresjon.

5.3.5.3 «Vesentlig bedring»

Det andre mulige alternativet i bedringsalternativet, er at behandlingstiltaket med «*stor sannsynlighet*» kan føre til «*vesentlig bedring av pasientens tilstand*».

Ordlyden tilsier at behandlingstiltaket må utgjøre en markant positiv effekt i pasientens helsetilstand fra den opprinnelige tilstanden, før tiltaket ble tatt i bruk. Effekten må være klinisk dokumenterbar

⁸⁶ Syse, Aslak, «Psykisk helsevernloven med kommentarer» (2016)

⁸⁷ Syse, Aslak (2016) Merknad til phvl. §4-4 4. ledd i Rettsdata, 05.11.2016 [sist sjekket: 02.04.2017]

på individnivå. Enhver bedring i tilstanden vil ikke være tilstrekkelig for å oppfylle kravet, og spørsmålet blir derfor hvor stor bedring det må være snakk om, før den kan betegnes som «vesentlig».

Reelle hensyn taler for at det må være snakk om en relativt stor forskjell i opprinnelig og forventet tilstand. Forholdsmessighetshensynet tilsier at graden av bedring må veie opp for inngrepets art, som av mange pasienter oppleves som et alvorlig inngrep i deres integritet og personlige sfære.

Eskeland mener at utgangspunktet er at «det må skje en endring av sykdomstilstanden, som innebærer at pasienten kan fungere på en måte som i vesentlig mindre grad enn før bærer preg av sykdomstilstanden». ⁸⁸

At bestemmelsen sier at behandlingstiltaket bare kan igangsettes og gjennomføres når det med *stor sannsynlighet* kan føre til «helbredelse eller vesentlig bedring» kan også ses som en indikasjon på at «vesentlig bedring» skal tolkes strengt, da en helbredet pasient er å anse som en helt frisk person.

5.3.6 Forverringsalternativet

5.3.6.1 Innledning:

Forverringsalternativet innebærer at det må være fare for en «vesentlig forverring», og at det må være «stor sannsynlighet» for dette. Alternativet minner om forverringsalternativet i phvl. §3-3 1. ledd bokstav a.

Forverringsalternativet ble først innført gjennom rettspraksis. I Rt. 1993 s. 249, gjaldt saken en pasient som var bragt opp til sitt optimale nivå uten å være frisk, ved medikamentell behandling. Videre var det ikke tvilsomt at pasienten ville komme til å seponere medisinene sine hvis han ble utskrevet fra tvungent vern. En forverrelse av sinnslidelsen ville da komme til å inntre etter noen uker eller måneder, og føre til at pasienten «på ny blir åpent psykotisk og mister evnen til å ta vare på seg selv» slik at ny innleggelse er en uunngåelig konsekvens. Høyesterett tok i saken stilling til om behandlingskriteriet også kunne benyttes hvor det foreligger en slik risiko for forverring av pasientens tilstand. Spørsmålet var ikke behandlet i verken forarbeidene, eller tidligere rettspraksis. Høyesterett kom til at man kan anvende behandlingskriteriet for å «hindre en forverring av tilstanden til en pasient som for tiden er bragt opp til sitt optimale nivå». Videre uttales det at det

⁸⁸ Eskeland, Ståle (1994) «Den psykiatriske pasient og loven» s. 49

skal svært mye til, og at det må være snakk om «en tilstand som med relativ stor sannsynlighet vil inntre i løpet av rimelig nær fremtid».

I forarbeidene gis det uttrykk for at vilkårene er strenge, da de skal fungere som rettssikkerhetsgarantier og sikre en høy terskel for anvendelse av kriteriene. Om forverringsalternativet uttales det at «det må stilles svært strenge krav for at en person som er bragt opp på behandlingsmessig optimalt nivå skal kunne undergis tvungent psykisk helsevern på grunn av muligheten for forverring. Tvungent psykisk helsevern er et så inngripende tiltak at det ikke bør brukes mot noen bedrefungerende over lengre perioder uten at de får prøve seg for å se hvordan det går.»⁸⁹

På samme måte vil tvangsmedisinering være et så inngripende tiltak, at man burde gis mulighet til å få prøve seg for å se hvordan det utarter deg, hvis man har vært bedrefungerende over lengre perioder. Sammenlignet med tvungent psykisk helsevern oppleves ofte tvangsmedisinering som mer inngripende for pasientene. Dette understreker viktigheten av å la vedkommende få prøve å seponere medisinen, slik at pasienten ikke medisineres hvis han er i stand til å klare seg uten behandling.

I Rt. 2001 s. 752 ble det klart at pasienten kom til å slutte med medisinen sine hvis han ble utskrevet. Man hadde ikke mye erfaring med hvordan pasienten tidligere hadde reagert på seponering. Til tross for dette, mente overlegen at det var overveiende sannsynlighet for at vedkommende kom til å få et tilbakefall hvis han sluttet. Det ble uttalt at «forskning knyttet til schizofreni generelt viser at 70% får tilbakefall innen ett år ved fullstendig stopp av medisinering», og fulgte opp med at pasienten med sin tilstand «klart ikke hører til de 30% som ikke vil bli utsatt for forverring». Grunnen til dette ble ikke nærmere begrunnet i dommen. På bakgrunn av sakkyndiges uttalelser, kom Høyesterett frem til at lovens krav om «stor sannsynlighet» for en forverrelse var oppfylt.

Ut av dommen kan man lese at Høyesterett bygde sannsynlighetsvurderingen sin på den *generelle* faren for tilbakefall, og ikke tok utgangspunkt i en *individuell* vurdering. Å skulle vurdere sannsynligheten for en vesentlig forverrelse av tilstanden ved seponering er selvfølgelig vanskelig, - spesielt når man ikke har noen slags erfaringer med hvordan pasienten tidligere har reagert på å slutte på medisinen. Likevel kan man ikke ta utgangspunkt i en generell vurdering, fordi en generell vurdering sammenlignet med en individuell vurdering ikke vil gi et adekvat grunnlag for å si om

⁸⁹ Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 80

vilkåret om «stor sannsynlighet er oppfylt. Denne forståelsen stemmer også best overens med ordlyden.

5.3.6.2 «Vesentlig forverring»

I forverringskriteriet ligger det at pasienten må unngå en «*vesentlig forverring*» av sykdommen ved bruk av legemiddelbehandling.

Ordlyden i «vesentlig» tilsier at det må være snakk om en forverring av betydning – den må være merkbar og klart skille seg fra den opprinnelige tilstandens alvorlighetsgrad. Terskelen er med andre ord høy for at vilkåret skal anses oppfylt.

Dette understrekes også av forarbeidene, hvor det heter at «det må stilles svært strenge krav for at en person som er bragt opp på behandlingsmessig optimalt nivå skal kunne undergis tvungent psykisk helsevern på grunn av muligheten for forverring». Reelle hensyn tilsier at kravene må være tilsvarende strenge for tvangsmedisinering. At vilkåret er strengt fremgår også av juridisk teori.⁹⁰

Vurderingen er skjønnsmessig, og det tas gjerne utgangspunkt i pasientens sykehistorie og tilstand når han eller hun seponerer medisinen sin.⁹¹ Det er pasientens tilstand på domstidspunktet som skal sammenlignes med hvordan tilstanden vil utvikle seg uten legemiddelbehandling.

I Rt. 1993 s. 249, kom Høyesterett frem til at det er lettere for å anse forverringsvilkåret til stede enn ellers, hvor «tilbakefallet fører til at pasienten kommer på et varig dårligere funksjonsnivå enn han tidligere har vært». Dette innebærer at i situasjoner hvor det foreligger fare for varig svekkelse, vil vilkåret om «vesentlig forverring» lettere bli ansett som oppfylt, enn når det er snakk om en forverring som er av forbigående art.

Hvis det videre «vil ta tid å få pasienten opp på det funksjonsnivå» som vedkommende har på vurderingstidspunktet, vil dette også kunne tale for at det er snakk om en «vesentlig forverring» jf. LB-2007-103480. Dette ble vektlagt selv om det ikke var noen fare for at pasienten ville få en varig nedsatt tilstand.

5.3.7 Inneholder bedringsvilkåret et tidskrav?

Ordlydmessig ligner bestemmelsen i phvl. §4-4 4. ledd på bestemmelsen i §3-3 nr. 3 bokstav a.

⁹⁰ Syse, Aslak, *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 2. utgave, Oslo 2007 s. 80 og Tore Roald Riedl og Wenche Dahl Elde, *Psykisk helsevernloven med nøkkelkommentarer*, 2. utgave, Oslo 2014 s. 102.

⁹¹ Rt. 2014 s. 801

Phvl. §3-3 nr. 3 bokstav a inneholder til forskjell fra §4-4 4. ledd derimot et tidskrav, da vedkommende i «meget nær framtid» må få sin tilstand «vesentlig forverret», hvis vilkåret skal anses oppfylt. Phvl §4-4 4. ledd inneholder ikke et tilsvarende krav, og problemstillingen er heller ikke drøftet i forarbeidene. I henhold til ordlyden foreligger det derfor ikke er slikt krav i phvl. §4-4 4. ledd.

5.3.8 Kumulasjon av bedrings- og forverringsalternativet?

Kumulasjon innebærer at noe forenes, eller «løper ilag». Bedringsvilkåret inneholder som vist to alternative vilkår, hvilket innebærer at det er tilstrekkelig at bare ett av de er oppfylt.

I Rt. 1998 s. 937 forsøkte Høyesterett likevel å kumulere vilkårene, og uttalte at «behandlingskriteriet iallfall er oppfylt hvis det både er utsikt til en viss bedring og en mulighet for å unngå en vesentlig forverring av pasientens nåværende tilstand».

Kumulasjon av kriteriene ble fulgt opp i Rt. 1999 s. 637 og Rt. 2000 s. 1214, men dommene etterlater litt tolkningstvil, som fører til at overføringsverdien begrenses. I Lagmannsrettsdommen LF-2008-158431, uttalte derimot lagmannsretten at «forbedring og forverring må for øvrig ses i sammenheng. Terskelen for vesentlig forverring påvirkes av at behandlingsnivået ikke er optimalt og gjenstående forbedringsmuligheter som tapes.» Dette innebærer at lagmannsretten lettere vil kunne anse vilkåret om «vesentlig forverring» oppfylt, i de tilfellene hvor det også er rom for en bedring av pasienten sin tilstand. Det må likevel bemerkes at Rt. 1998 s. 937 er kritisert, på bakgrunn av at ordlyden er så klar at kumulasjon ikke bør tillates.⁹²

4.3.9 Psykisk helsevernloven §4-4 5. ledd

I phvl. §4-4 5. ledd, heter det at «vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan ikke fattes før pasienten er *observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet*. Dette gjelder ikke hvis pasienten ved utsettelse vil lide *vesentlig helseskade*, eller hvis pasienten *gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.*»

Kravet om fem dagers undersøkelsestid gjelder for alle vedtak om behandling uten eget samtykke som fattes fra og med 1. september 2017. Kravet gjelder også dersom undersøkelsestiden har startet opp før denne dato.

⁹² Riedl, Tore Road og Elde, Wenche Dahl: (2008) Psykisk helsevernloven med nøkkelkommentarer

Utvidelsen av bestemmelsens undersøkelsestid fra 3 til 5 dager er ment for å styrke pasientens rettssikkerhet, og ble først foreslått av utvalget bak NOU 2011:9. Utvalget ønsket derimot 6, og ikke 5 dagers undersøkelsestid. Begrunnelsen var at forlenget undersøkelsestid legger til rette for at pasienten kan endre sin innstilling til medikamentell behandling, og for å se om en bedring kan finne sted uten en slik type behandling. Departementet fant etter en helhetsvurdering at den obligatoriske undersøkelsestiden skulle utvides til 5 døgn. Det ble særlig lagt vekt på at en forlengelse av undersøkelsestiden «vil kunne legge til rette for et bedre beslutningsgrunnlag og kan øke mulighetene for å oppnå frivillig behandling».

Unntak fra utgangspunktet om 5 dagers forsøk på å hjelpe vedkommende kan gjøres dersom pasienten ved utsettelse vil lide «vesentlig helseskade» eller gjennom tidligere behandlingsopphold er «godt kjent» av institusjonen som vedtar behandlingen. Utvalget foreslo at unntak fra minstetiden for godt kjente pasienter ikke skulle gjennomføres. Departementet kom etter en gjennomgang av uttalelsene fra høringsinstansene derimot frem til at det ikke var grunnlag for å oppheve det. Begrunnelsen var at krav om obligatorisk undersøkelsestid ikke vil være «like nødvendig i tilfeller der pasientens tilstand og effekt av behandling er godt dokumentert». I slike tilfeller bør en faglig vurdering av «pasientens behov for behandling, lidelsestrykk, pasientens holdning til og tidligere erfaringer med bruk av tvang være avgjørende for når behandling skal igangsettes».⁹³ Det stilles derimot strenge krav til oppdatert og tilstrekkelig dokumentasjon for vurderingen av en slik type pasient. Kunnskap om pasienten må med andre ord ikke ligge langt tilbake i tid, da man selvfølgelig må ta utgangspunkt i hans eller hennes evne til endring.

Ved førstegangsbehandling skal unntak fra minstetiden for undersøkelse normalt ikke praktiseres. Behandlingstiltaket skal være klart i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis, jf. phvl. §4-4 1. ledd.

4.3.9.1 «Vesentlig helseskade»

Med «vesentlig helseskade» menes en alvorlig og akutt risiko for at pasientens helsetilstand forverres betydelig.⁹⁴

Både psykiske og somatiske følger av en utsettelse skal vurderes, og det kreves at risikoen for helseskade er «overveiende sannsynlig». Beviskravet er derfor strengt, og det må foreligge klar sannsynlighetsovervekt.

⁹³ Prop. 147 L (2015-2016) s. 43

⁹⁴ Ibid s. 41

Eksempler som omfattes av begrepet er alvorlig fysisk helseskade, selvskading, selvmordsforsøk, vegetering⁹⁵ og psykologiske helseskader som betydelig lidelsestrykk hos pasienter med psykose, inkludert manisk psykose og alvorlig depresjon.⁹⁶

Dersom tilstanden medfører betydelig lidelse for pasienten som følge av skremmende vrangforestillinger, hallusinasjoner og betydelig indre uro, vil det kunne være grunnlag for unntak. Slike symptomtrykk kan blant annet observeres som hvileløs vandring, repeterende selvskading, forsøk på flukt eller annen redselspreget atferd.

Hvis pasienten derimot er tydelig preget av symptomer på psykose, mani eller depresjon, vil ikke dette i seg selv utgjøre et selvstendig grunnlag for å kunne gjøre unntak fra undersøkelsestiden. Dersom pasienten har hatt et sterkt funksjonsfall og betydelig symptomtrykk utenfor institusjonen, vil en innleggelse i seg selv kunne gi symptomdemping.⁹⁷

4.3.9.2 «Godt kjent av institusjonen»

Krav om en obligatorisk undersøkelsestid vil ikke være like nødvendig i tilfeller der pasientens tilstand og effekt av behandling er godt dokumentert. I slike tilfeller bør en faglig vurdering av pasientens behov for behandling, lidelsestrykk, pasientens holdning til og tidligere erfaringer med bruk av tvang være avgjørende for når behandling skal igangsettes. Dette forutsetter som nevnt imidlertid at institusjonen både har oppdatert og tilstrekkelig dokumentasjon for vurderingen av en godt kjent pasient. Både pasientens tilstand og tidligere effekt av behandlingstiltaket må være avklart, og tidligere kunnskap kan ikke ligge langt tilbake i tid. Departementet viser også til kravet om at den faglig ansvarlige personlig skal ha undersøkt pasienten de siste 48 timene før vedtak treffes. Dette vil gjelde også ved anvendelse av unntaket for godt kjente pasienter.⁹⁸

⁹⁵ Vegetere: leve bare som et fysiologisk (ikke åndelig) vesen og føre et passivt, uvirksomt liv uten ambisjoner.

⁹⁶ Prop 147. L s. 41

⁹⁷ Ibid s. 43

⁹⁸ NOU 2011:9

5.4 Avsluttende helhetsvurdering

5.4.1 Innledning

Phvl. §4-4 gir ikke noen direkte anvisning på at det skal foretas en avsluttende helhetsvurdering, slik som phvl. §3-3 nr. 6 eksempelvis gjør. Utgangspunktet er likevel at tvangsvedtak kun skal treffes dersom tvangen anses som forholdsmessig etter en skjønnsmessig vurdering.⁹⁹

I bestemmelsen heter det at tvungent psykisk helsevern bare skal finne sted hvor det «etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.» Det følger også av forarbeidene at det vurderingen vil bero på et helhetlig skjønn hvor hensiktsmessighet- og rimelighetsbetraktninger vil gå inn i vurderingen.»¹⁰⁰

Kravet om en skjønnsmessig helhetsvurdering, viderefører tidligere rett etter 1961-loven. I Rt. 1981 s. 770 kom Høyesterett frem til at selv om det var grunnlag for å nekte utskrivning, burde man etter en «rimelighetsbetraktning» ta pasientens ønske til følge. Det ble blant annet lagt vekt på at pasienten er «en yngre, vital mann som ikke kan sies å passe inn blant det øvrige klientell på institusjonen, som vesentlig består av eldre, sløvede mennesker». Også i Rt. 1988 s. 634, Huleboerdommen, ble tilbakeholdelsesvedtaket opphevet etter en helhetsvurdering, selv om de øvrige vilkårene var oppfylt.

I følge rettspraksis må man vurdere hva som er «den beste løsning for pasienten», jf. LG-2007-29557. Vurderingen skal som et utgangspunkt være objektiv, jf. Rt. 2001 s. 752. Videre poengteres det at bestemmelsen ikke ville hatt «nevneverdig mening om det ikke også skulle legges betydelig vekt på pasientens eget ønske. Bestemmelsen vektlegger selvbestemmelsesretten som en selvstendig verdi».

Helhetsvurderingen er i realiteten et uttrykk for at det før det kan treffes et tvangsinngrepsvedtak, må gjennomføres en forholdsmessighetskontroll.¹⁰¹ I veilederen for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven §4-4, er det angitt en rekke momenter som skal tillegges vekt ved vurderingen.

⁹⁹ Helsedirektoratet «Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven §4-4» (2015) s. 30

¹⁰⁰ NOU 2011:9

¹⁰¹ Ibid s. 182

5.4.2 Momenter i helhetsvurderingen

5.4.2.1 Belastningen

Tvangsmedisinering er et alvorlig inngrep, som for noen oppleves som dypt krenkende og ødeleggende for egen selvfølelse. Det er ikke sjeldent at pasienten opplever inngrepet som mer belastende enn selve etableringen av det tvungne psykiske helsevernet. På den andre siden kan også pasienten oppleve at han eller hun blir bedre av medisinen, og derfor sitte igjen med en mer positiv opplevelse av behandlingstiltaket enn enkelte andre.¹⁰²

5.4.2.2 Inngrepets art

Hva inngrepet rent faktisk består i og hvor inngripende det er, skal tillegges betydning.

Tvangsmedisinering innebærer å tvinge en pasient som motsetter seg legemiddelbehandling til å ta medisinen oralt eller ved injeksjon. Graden av motstand pasienten gjør, vil derfor være avgjørende for hvor inngripende tvangsmedisineringen oppleves for vedkommende. Dersom det ikke er mulig å få pasienten til å ta medisinen oralt, kan den gis ved injeksjon.

I LG-2014-186018, følte eksempelvis pasienten at å være tilgjengelig på bopel for medisinering på et «fastsatt tidspunkt hver dag oppleves som et alvorlig inngrep i den personlige frihet.» Han kunne ikke legge opp dagen på den måten han ønsket, og ble følte seg isolert fra et vanlig sosialt liv.

5.4.2.3 Pasientens oppfatning og subjektive opplevelse av inngrepet

I følge forarbeidene, skal pasienten sitt syn på bruk av tvang «spille en stor rolle i den helhetsvurdering som skal skje».¹⁰³ Hvordan pasienten opplever tvangen skal derfor tillegges stor vekt i helhetsvurderingen.

Pasientenes opplevelse av tvangsmedisinering kan variere. Noen kan oppleve det som svært inngripende, mens andre føler at medisinen har positiv effekt, og har en bedre opplevelse av det. Hvis pasienten derimot føler at medisinen ikke hjelper han eller henne, og derfor yter stor verbal og fysisk motstand mot gjennomføringen av behandlingen, kan det hende den positive effekten av medisineringen ikke står i forhold til tvangsbruken som må utøves. Tvangsbruken vil da lettere kunne fremstå som uforholdsmessig.¹⁰⁴

¹⁰² Ibid s. 119

¹⁰³ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 44.

¹⁰⁴ Helsedirektoratet «Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4» (2015

5.4.2.4 Symptomenes omfang

Når det gjelder symptomenes omfang, må det vurderes hvor omfattende funksjonsnedsettelse den psykiske sykdommen medfører. Enkelte ønsker å takle psykotiske faser uten legemidler. I en slik situasjon må pasientens eventuelle forhåndserklæringer, og vedkommende sitt synspunkt på medikamentbehandling når han eller hun er symptomfri og samtykkekompetent etter pbrl. §4-3 ses hen til, og tas i betraktning.

I LG-2006-115409, ønsket pasienten å slutte med medisinen han gikk på. Lagmannsretten uttalte at «I denne situasjonen mener flertallet at A nå bør gis anledning til å bli hørt, slik at han selv kan erfare hvordan det vil gå med ham når han innretter seg slik han selv ønsker. Flertallet antar det kan være en viss risiko for at det vil være vanskeligere å behandle ham opp til det nivået han er på i dag og at også utsiktene til bedring utover dette nivå kan bli redusert hvis han først må gjennom en ny periode med aktive psykotiske symptomer. Flertallet mener imidlertid at det også er en klar mulighet for at han i så fall vil kunne oppnå økt sykdomsinnsikt og motivasjon for behandling».

5.4.2.5 Medisinenes bivirkninger

Når det først er startet opp behandling med antipsykotika, vil målet for korttidsbehandlingen være at pasienten blir tilnærmet symptomfri. Vedlikeholdsbehandling med antipsykotika har som mål å opprettholde bedringen og forhindre nye psykotiske episoder. Mye av kritikken mot antipsykotika er begrunnet i de til dels alvorlige bivirkningene denne typen medisin kan medføre. Pasientene kan oppleve både psykiske, metabolske og motoriske bivirkninger. Den mest alvorlige bivirkningen er plutselig død.

Psykiske bivirkninger antipsykotiske midler kan medføre at pasienten blir apatisk, sløv og uopplagt. Dette gjelder særlig ved høy dose eller etter langvarig bruk av medisinen. Likegyldighet og økt ro ovenfor den psykiske krisen er en ønsket og positiv virkning, men ikke i andre situasjoner. Videre kan også positive følelser som glede, entusiasme, empati, sympati og seksuell lyst bli mindre fremtredende.¹⁰⁵ Følelseslivet til pasientene blir med andre ord endret, og mer avflatet.¹⁰⁶

Metabolske bivirkninger antipsykotiske midler kan medføre, er vektøkning, glukoseintoleranse og forhøyet kolesterol- og triglyseridnivå. Bivirkningene kan føre til økt fare for å utvikle diabetes og hjertesykdom, hvilket kan være til hinder for fortsatt bruk av medisinerne. Noen kan også få blodpropp. Enkelte av medikamentene gir også forhøyet nivå av prolaktin i blodet, som er et

¹⁰⁵ NOU 2011:9 s. 113

¹⁰⁶ Finnøy K., Ellen «Dødelig terapi» (2000) s. 35.

melkestimulerende hormon. Økt utskillelse av prolaktin kan føre til melkesekresjon, bortfall av menstruasjon og nedsatt seksuell interesse.¹⁰⁷ Det har også blitt hevdet at antidepressiva kan øke aldringsprosessen.¹⁰⁸

Motoriske bivirkninger antipsykotiske midler kan medføre, er blant annet ukontrollerte muskelvridninger på halsen eller i ansiktet. Dette kan forekomme så hyppig som blant 1 av 10 pasienter.¹⁰⁹ Videre kan noen oppleve å få tardive dyskinesier, som medfører ufrivillig bevegelse av ansikt og kropp. Vanlige utslag er at man begynner å smatte, rekker tunge eller plutselig får kraftige tyggebevegelser. Videre kan man få parkinsonisme – symptomer som minner om dem man kan se ved Parkinsons sykdom. Pasientene kan også få stive muskler og ledd, skjelving, lite mimikk, sikling og vansker med å starte bevegelser.¹¹⁰

I Rt. 1993 s. 249 ble det anført av pasienten at han under enhver omstendighet måtte utskrives etter en rimelighetsvurdering. Vedkommende hadde vært tvangsmedisinert i 15 måneder, opplevde det som et overgrep og hadde flere former for bivirkninger. Det ble spesielt vist til at han hadde tardive dyskinesier i moderatgrad – en bevegelsesforstyrrelse som i noen tilfeller kan være irreversible. Angående rimelighetsvurderingen uttales det av sakkyndige at «ved langvarig bruk av antipsykotiske medisiner inntreffer noen ganger såkalte tardive dyskinesier, bevegelsesforstyrrelser av spesiell karakter (tendens til grimasering, snurping av munnen m.v.). [...] Slike bivirkninger må tillegges stor vekt når man skal vurdere spørsmålet om fortsatt medikamentell behandling. Høyesterett uttaler videre at «de faglige vurderinger som de sakkyndige her har gitt uttrykk for, veier tungt når jeg skal ta stilling til om A bør utskrives på grunnlag av en rimelighetsvurdering. Jeg innser klart de problemer som en fortsatt tvangsmedisinering [...] vil innebære for A. Dette reiser alvorlige etiske spørsmål. Men jeg er – særlig på bakgrunn av de sakkyndiges vurderinger – blitt stående ved at de klare positive virkninger om A har av den medikamentelle behandlingen i dette tilfellet må være avgjørende.»

Dommen taler for at bivirkninger av denne typen skal tillegges stor vekt, men dersom pasienten har god effekt av medisineren vil det kunne veie tyngre.

¹⁰⁷ NOU 2011:9 s. 114

¹⁰⁸ Finnøy K., Ellen «Dødelig terapi» (2000) s. 39.

¹⁰⁹ Felleskatalogen «Zyprexa» <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-zyprexa-zyprexa-velotab-lilly-565733>

¹¹⁰ NOU 2011:9 s. 114

5.4.2.6 Varigheten av inngrepet

Dersom pasienten har blitt behandlet med medikamenter over lang tid uten eget samtykke og anses som optimalt behandlet, bør han eller hun få anledning til å prøve å slutte på medisinen og se hvordan de klarer seg uten. Dette bør også gjøres for å se om behandlingen kan baseres på frivillighet.¹¹¹ Det er heller ingen hemmelighet at det har vært en betydelig bekymring i fagmiljøene for alvorlige bivirkninger av langtidsbehandling med antipsykotika.

I LG-2007-29557 uttalte lagmannsretten at «flertallet finner at det tvangsmessige inngrepet, som nå har vart sammenhengende i 7 år, utgjør en stor belastning for A. [...] Flertallet finner grunn til å legge vekt på pasientens ønske når varigheten av det tvungne vernet har vart så lenge som i denne saken. [...] Flertallet viser til at det ikke er prøvd å lette på tiltakene i forhold til A, herunder vurdere lavere grad av tvang enn det som han har vært underlagt.» Etter en helhetsvurdering konkluderte lagmannsretten med at pasienten skulle utskrives.

I LB-2006-115409 uttalte Lagmannsretten at pasienten burde gis anledning til å bli hørt «slik at han selv kan erfare hvordan det vil gå med ham når han innretter seg slik han selv ønsker. Flertallet antar det kan være en viss risiko for at det vil være vanskeligere å behandle ham opp til det nivået han er på i dag og at også utsiktene til bedring utover dette nivå kan bli redusert hvis han først må gjennom en ny periode med aktive psykotiske symptomer. Flertallet mener imidlertid at det også er en klar mulighet for at han i så fall vil kunne oppnå økt sykdomsinnsikt og motivasjon for behandling».

5.4.2.7 Tvangens betydning for behandlingsresultatet

Den alminnelige oppfatningen i samtlige moderne rettssystemer, er at samfunnet må kunne gi pasienten behandling og omsorg selv om vedkommende ikke har samtykket til det, dersom det etter forholdene fremstår som nødvendig.

Det finnes ikke vitenskapelige holdepunkter for at tvang svekker behandlingseffekten, men igjen så er det heller ikke holdepunkter for at behandlingsresultatet blir bedre om det brukes tvang, enn om det ikke brukes.¹¹² Mange kan ha nytte av tvangsbehandling, men samtidig viser pasienterfaringer at bruk av tvang også kan være svært problematisk. Dette gjelder spesielt i situasjoner hvor behandlingstiltaket består av medikamentell tvangsbehandling, fordi det kan forårsake forandring i

¹¹¹ Ot.prp nr. 11 (1998-1999) s. 80

¹¹² NOU 2011:9 s 117

pasientens sjelsliv, personlighet og medføre andre alvorlige bivirkninger. For mange oppleves det også som et inngrep i deres rett til å bestemme over seg selv, sitt eget liv og sin egen kropp.¹¹³

Effekten av eksempelvis beltelegging, er at pasienten blir fysisk ute av stand til å foreta seg noe i den stunden vedkommende er fastlenket. Ved medikamentell behandling derimot, hvor ønsket effekt er endring av den kjemiske balansen i hjernen, vil ikke effekten slutte å opphøre samtidig som behandlingstiltaket opphører. Det vil komme til å ta en stund før medikamentet er ute av kroppen. Forskning viser også at antipsykotika i enkelte tilfeller kan medføre varige mén. Dette vil være særlig aktuelt hos spesielt intelligente individer, som ofte opplever at deres evne til kreativ og abstrakt tenkning har blitt endret – selv etter seponering av medisinen.¹¹⁴

5.4.2.8 Skadevirkninger av tvang i psykisk helsevern

Skader ved bruk av tvang kan være av enten emosjonell, kognitiv eller fysisk karakter. Disse skadene er dokumentert i forskningslitteraturen, men med ulikt omfang og risiko.

Skader og opplevelser som kan forekomme er blant annet fysisk skade, død, vold, overgrep, traume, post traumatisk stress-syndrom, krenkelse av autonomi og psykisk og fysisk integritet, frihetsberøvelse og tap av verdighet. Opplevelser av straff, psykisk ubehag i form av skam, angst, sinne, avmakt, depresjon og fall i selvtillit, sosialt stigma, tap av tilgang til egne mestringsressurser og selvutviklingsmuligheter, samt skade på behandlingsrelasjon og mistillit til psykiske helsetjenester har også blitt rapportert som mulige utfall.¹¹⁵

6.0 Kontroll- og overprøvningsordningene

6.1 Klage til Fylkesmannen

I 2015 behandlet fylkesmennene totalt 1061 klager på tvangsbehandling. Året før, var tallet på 1058. I disse sakene ble det totalt fattet 1076 vedtak, og 1049 av disse gjaldt tvangsmedisinering.¹¹⁶ Se vedlegg.

Tvangsmedisineringsvedtak kan etter phvl. §4-4 a 3. ledd påklages til Fylkesmannen.

Klagesaksbehandlingen er nærmere regulert i psykisk helsevernforskriften §28 jf. §29. Etter §29

¹¹³ Helsedirektoratet «Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven» (2009)

¹¹⁴ Finnøy K., Ellern «Dødelig terapi» (2000)

¹¹⁵ NOU 2011:9 s. 118

¹¹⁶ Helsedirektoratet «Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015» s. 6

3. ledd skal fylkesmannen treffe avgjørelser «uten ugrunnet opphold». Det skal også engasjeres sakkyndig hjelp, hvis det er ansett som påkrevet. Videre skal det også tas personlig kontakt med pasienten, hvis ikke dette er åpenbart unødvendig. Dersom klagen tas til følge, skal det treffes vedtak om øyeblikkelig opphør av eventuell iverksatt behandling, og en underretning om avgjørelsen skal sendes til klageren.

Det fremgår av psykisk helsevernforskriften §29 2. ledd at reglene i forvaltningsloven gjelder med de med de tilføyelser som følger etter §29 3. ledd ved behandling av klage. Vedtak om tvangsmedisinering er et enkeltvedtak etter fvl. §2 1. ledd bokstav b. Det følger av forvaltningsloven §28, at enkeltvedtak kan påklages til «det forvaltningsorgan som er nærmest overordnet det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket». Ved behandling av klagen, kan klageinstansen «prøve alle sider av saken og herunder ta hensyn til nye omstendigheter. Den skal vurdere de synspunkter som klageren kommer med, og kan også ta opp forhold som ikke er berørt av ham.» jf. fvl. §34 2. ledd.

Dersom fylkesmannen avslår klagen, er avslaget endelig og kan ikke påklages, jf. fvl. §28. Neste steg blir da å anlegge søksmål for domstolene.

6.2 Anlegge søksmål til domstolene

Det fremgår av forarbeidene at tiden for en reform hvor det gis anledning til domstoloverprøving av tvangsmedisineringsvedtak etter tvisteloven kapittel 36, er overmoden. I de fleste tilfellene vil tvangsmedisinering være den type inngrep pasientene har sterkest motstand mot, og en stor andel av sakene for domstolene om opphør av tvungent psykisk helsevern har i realiteten trolig hatt et ønske om å få en slutt på medisinerings som det primære formålet.¹¹⁷

Det følger av phvl §7-1, at tvangsmedisineringsvedtak ikke kan bli gjenstand for domstolskontroll etter tvl. §36. Domstolskontroll av tvangsmedisineringsvedtak må derfor skje etter de alminnelige reglene om sivile søksmål i tvisteloven §3-1, og ikke særreglene i tvl. §36.

Tvangsmedisineringsvedtak etter phvl. §4-4 kan derimot ikke iverksettes med mindre vedkommende pasient er underlagt vedtak om tvungent psykisk helsevern etter phvl. §3-3, og er slikt vedtak kan bli gjenstand for domstolskontroll. Dette medfører at domstolskontrollen vil ha betydning for gyldigheten av vedtak fattet etter §4-4.¹¹⁸

¹¹⁷ NOU 2011:9 s. 203

¹¹⁸ Ibid s. 215

7.0 Avslutning

Tvangsmedisinering av mennesker med psykiske lidelser, medfører noen av de vanskeligste faglige utfordringene og etiske dilemmaene velferdsstaten står ovenfor. På den ene siden har man samfunnets ansvar for å tilby omsorg og nødvendig behandling til psykisk syke mennesker, og på den andre siden spørsmålet om denne typen behandling skal kunne gis i situasjoner hvor pasienten ikke samtykker til, eller til og med motsetter seg behandlingen. Det foreligger ingen tvil, blant verken behandlere eller jurister, at dette er et svært inngripende vedtak.

Opgaven søkte å klarlegge hvordan vilkåret i phvl. §4-4 2. ledd bokstav a forstås; herunder om man kan være sikker på at legemiddelet som benyttes har en *«gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger»*. Videre oppstilles det etter §4-4 4. ledd også krav om *«stor sannsynlighet»* for at medisineren enten vil føre til helbredelse eller vesentlig bedring, eller en unngåelse av en vesentlig forverring av sykdommen. Beviskravene er som vist strenge.

Inntrykket man sitter igjen med etter en gjennomgang av rettspraksis, er at dommerne har en tendens til å legge stor vekt på fagpersonenes vurderinger under bevisbedømmelsen. Rettens avgjørelse beror derfor i stor grad på om faglig ansvarlig etter sin vurdering mener det foreligger sannsynlighet for dette. Det er derfor ikke til å unngå å stille spørsmål ved om vilkårene i bestemmelsen forstås så strengt som de skal.

At det foreligger usikkerhet rundt hvorvidt vilkårene i bestemmelsen forstås så strengt som de skal, taler videre for at det bør gis adgang til domstolsprøving av tvangsmedisineringsvedtak etter tvistemålsloven §36, slik at pasienten får rett på fri retts hjelp. I en situasjon hvor det gjøres et så alvorlig inngrep i pasientens liv som ved tvangsmedisinering, er det tilsvarende viktig at vedkommende sin rettssikkerhet blir ivaretatt.

8.0 LITTERATURLISTE

8.1 Lover

- Psykisk helsevernloven
- Lov om endringer i psykisk helsevern mv. (LOV-2017-02-10-6)
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Tvisteloven
- Straffeloven

8.2 Konvensjoner

- FN konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)
- FNs Torturkonvensjon
- FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter

8.3 Forskrifter

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

8.4 Lovforarbeider

- Prop. 147 L (2015-2016)
- NOU 2011:9
- Ot.prp. nr. 11 (1998-1999)
- Ot.prp. nr. 65 (2005-2006)
- Ot.prp. nr. 77 (1980-81)

8.5 Rettspraksis:

- HR-2016-1286-A
- Rt. 1981 s. 770
- Rt. 1988 s. 634
- Rt. 2014 s. 801
- Rt. 1993 s. 249
- Rt. 2001 s. 1481
- Rt. 1971 s. 949
- Rt. 2001 s. 752
- Rt. 1998 s. 937
- Rt. 2000 s. 1241
- Rt. 1999 s. 637
- Rt. 1998 s. 937
- RG. 2011 s. 436
- LG-2014-186018
- LF-2008-158431
- LG-2006-115409
- LG-2007-29557
- LB-2006-115409

8.6 Litteratur

- Syse, Aslak, *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 3. utgave, Gyldendal Juridisk 2016
- Lingjærde, Odd, *Psykofarmaka - Medikamentell behandling av psykiske lidelser*. 5 utgave. 2006
- Ketil Lund og Peter Gøtzsche, *Tvangsmedisinering må forbys*, Kritisk juss, 2016
- Whitaker R. *En psykiatrisk epidemi - Illusjoner om psykiatriske legemidler*, Abstrakt forlag, 2014.
- Syse, Aslak: *Psykisk helsevernloven med kommentarer*, 2. rev. utg. 2007.
- Eskeland, Ståle, *Den psykiatriske pasient og loven»,* Tano Aschehoug, 1994

- Riedl, Tore Road og Elde, Wenche Dahl: (2008) Psykisk helsevernloven med nøkkelkommentarer.
- Andenæs, Barbro og Mår, Nina, *Klagenemder – rettssikkerhet og effektivitet*, Fagbokforlaget (2008)
- Kristian, Andenæs, *sosialrett*, 5. utgave, 1996 s. 417
- Bårdsen, Arnfinn, *Høyesterett praksis på psykiatrifeltet*, Kritisk juss, 2016
- Ketil, Slagstad, Psykiatriens indre konflikter eksponert, Tidsskriftet for den norske legeforening, 2017

8.7 Nettartikler

- Høyesterettssaken Myers v. Alaska Psychiatric Institute, hentet fra: [Prinsihhttp://psychrights.org/states/alaska/CaseOne/MyersOpinion.pdf](http://psychrights.org/states/alaska/CaseOne/MyersOpinion.pdf)
- Tvangsforsk, Omfang av tvang i det psykiske helsevernet, hentet fra: http://www.tvangsforskning.no/noekkel_tvang
- «Zyprexa», Felleskatalogen, hentet fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-zyprexa-zyprexa-velotab-lilly-565733>,
- Jørgensen, Hugo, *Medikamentell behandling av scizofreni*, hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2002/09/tema-schizofreni/medikamentell-behandling-av-schizofreni>
- Regjeringen, *tvangslovutvalget*, hentet fra: <http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/ord/styrer-rad-og-utvalg/tvangslovutvalget/id2504904/>
- Strømmen, Hadi, *leder*, Kritisk Juss, hentet fra: https://www.idunn.no/kritisk_juss/2016/03/leder
- Helsedirektoratet, *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*, hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/8.behandling-og-oppfoelging/rettslig-grunnlag-for-riktig-bruk-av-tvang>

- Syse, Aslak (2016) Merknad til phvl. §4-4 (2) bokstav a i Rettsdata, 05.11.2016, hentet fra:
<https://min.rettsdata.no/#/Dokument/gL19990702z2D62z2EzA74z2D4?directHit=1&dq=phvl¬eid=gN19990702z2D62z2E109,gN19990702z2D62z2E55,gN19990702z2D62z2E106>
- Syse, Aslak (2016) Merknad til phvl. §3-3 nr. 3 bokstav a i Rettsdata, 05.11.2016, hentet fra:
<https://min.rettsdata.no/#/Dokument/gL19990702z2D62z2EzA73z2D3?directHit=1&dq=phvl¬eid=gN19990702z2D62z2E109,gN19990702z2D62z2E55>
- Syse, Aslak (2016) Merknad til phvl. §4-4 3. ledd i Rettsdata, 05.11.2016 hentet fra:
<https://min.rettsdata.no/#/Dokument/gL19990702z2D62z2EzA74z2D4?directHit=1&dq=phvl¬eid=gN19990702z2D62z2E109>
- Syse, Aslak (2016) Merknad til phvl. §4-4 4. ledd i Rettsdata, 05.11.2016, hentet fra:
<https://min.rettsdata.no/#/Dokument/gL19990702z2D62z2EzA74z2D4?directHit=1&dq=phvl¬eid=gN19990702z2D62z2E55,gN19990702z2D62z2E110>

8.8 Rapporter

- Rapport 08/2009 fra kunnskapssenteret «Effekt og sikkerhet av første- og annengenerasjons antipsykotika ved schizofreni hos voksne»
- Helsedirektoratet, vurdering av behandlingvilkåret I psykisk helsevernloven, 2009

8.9 Andre kilder

- Sosial- og helsedirektoratet, Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, 2006