

TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN I HELSERETTEN

Kandidatnummer: 345

Leveringsfrist: 25.04.2007

(* regelverk for spesialoppgave på:

<http://www.jus.uio.no/studier/regelverk/utf-forskr-vedlegg-i.html>

regelverk for masteroppgave på:

<http://www.jus.uio.no/studier/regelverk/master/eksamensforskrift/kap6.html>)

Til sammen 17567 ord

25.04.2007

Innholdsfortegnelse

1	<u>INNLEDNING</u>	1
1.1	Problemstilling og avgrensning	1
1.2	Hovedprinsipper i helseretten	2
1.2.1	Selvbestemmelsesretten	2
1.2.2	Rettssikkerhet	3
1.2.3	Forholdet til menneskerettighetene	3
2	<u>HELSELOVGIVNINGEN I NORGE</u>	5
2.1	Innledning	5
2.1.1	Organisering.....	5
2.2	Pasientrettigheter	6
2.2.1	Hvem kan få helsehjelp	6
2.2.2	Rettigheter som pasient	8
2.3	Klage og kontroll	10
2.3.1	Innledning	10
2.3.2	Generelt om klageordninger	10
2.3.3	Kontrollkommisjonen	11
2.3.4	Statlig tilsyn med helsetjenesten	11
2.3.5	Domstolskontroll	12
2.3.6	Saksbehandlingsregler.....	13
2.4	Psykisk helsevernloven	15
2.4.1	Innledning	15
2.4.2	Frivillig psykisk helsevern § 2-1	16
2.4.3	Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern § 2-2	16
2.4.4	Tvungent psykisk helsevern § 3-1	17

3	<u>DRØFTINGSKAPITTEL. TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN I HELSELOVGIVNINGEN.....</u>	<u>23</u>
3.1	Innledning	23
3.2	Selvbestemmelse – Samtykke.....	23
3.2.1	Innledning	23
3.2.2	Krav til gyldig samtykke.....	24
3.2.3	Samtykkekompetanse og tvungent psykisk helsevern	27
3.2.4	Samtykkekompetanse i symptomfrie perioder	30
3.3	Rettssikkerhet	31
3.3.1	Innledning	31
3.3.2	Saksbehandlingen	32
3.3.3	Rettssikkerhet og kravet til samtykke	32
3.3.4	Tvangsbruk i en gråsoner	33
3.3.5	Konverteringsforbudet	33
3.3.6	Klage og kontrollsystemer	37
3.3.7	Saksbehandlingsregler.....	48
3.3.8	Forholdet til EMK	53
4	<u>AVSLUTNING</u>	<u>58</u>
	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>61</u>
	<u>BØKER MED OPPTIL 3 FORFATTERE</u>	<u>61</u>
	<u>ARTIKLER I TIDSSKRIFTER, ÅRBØKER, SAMLEVERK</u>	<u>61</u>
	<u>ELEKTRONISKE DOKUMENTER.....</u>	<u>62</u>
	<u>FORARBEIDER</u>	<u>62</u>
	<u>LOVREGISTRE</u>	<u>63</u>

ALMINNELIG BORGELIG STRAFFELOV (STRAFFELOVEN) 22.MAI 1902 NR.1063

KONVENSJONER, RESOLUSJONER MED MER63

DOMSREGISTER.....64

1 Innledning

1.1 Problemstilling og avgrensning

I Norge benyttes tvang ved 45 prosent av alle innleggelse i psykiatriske institusjoner. Til sammenlikning benytter andre land i Europa tvang ved 5 til 15 prosent av innleggelsene.¹ *”Mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser erkjenner ikke behovet for behandling. Lov om psykisk helsevern gir adgang til innleggelse i sykehus mot eget ønske dersom pasienten løper stor risiko for forverring eller det er stor fare for liv eller helse. Imidlertid er norsk psykiatri blitt kritisert for at alt for mange blir innlagt under tvang”*.²

Det er interessant å se at det i Norge benyttes tvang i så høy grad til forskjell fra andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Jeg ønsker derfor i denne oppgaven å skrive om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern, jf kapittel 3 i psykisk helsevernloven. Hovedvekten er lagt på etablering av tvungent psykisk helsevern og temaene selvbestemmelse og rettssikkerhet, som er meget sentrale i denne forbindelse. I drøftingskapitlene er vekten lagt på bestemmelser som regulerer selvbestemmelse og rettssikkerhet. Jeg skriver også om tvangsbehandling, men ikke om tvangstiltak. Forholdet til menneskerettighetene vil også bli behandlet. I den anledning har jeg valgt å avgrense mot gjennomføring av psykisk helsevern, jf psykisk helsevernloven kapittel 4, og tvangstiltak tilknyttet gjennomføringen.

Respekten for menneskers selvbestemmelse, personlig frihet og integritet er grunnleggende prinsipper innen helsetjenestene og psykisk helsevern. All helsehjelp, også etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, skal som hovedregel baseres på frivillighet og samtykke fra pasienten, jf psykisk helsevernloven § 2-1 og pasientrettighetsloven § 4-1.

¹ Artikkel; ”Fattige legges inn med tvang”, Aftenposten 27.02.06

² Svein Friis. Tidsskrift Norske Legeforening nr29.2001.s121

I visse tilfeller kan det være nødvendig med tvungent vern i forhold til personer som på grunn av sin psykiske lidelse ikke er i stand til å vurdere situasjonen og behovet for behandling, eller hvor det foreligger en fare for eget eller andres liv eller helse, jf psykisk helsevernloven kapittel 3. Psykisk helsevernloven kan i slike situasjoner gi grunnlag for svært inngripende tvangstiltak. Hensynet til rettssikkerhet står derfor sentralt.³

1.2 Hovedprinsipper i helseretten

1.2.1 Selvbestemmelsesretten

Tre grunnleggende elementer; beslutningsevne, forståelse og frivillighet, utgjør kjernen i autonomibegrepet. Uavhengig av ens samfunnsmessige og sosiale tilknytning, har en myndig person i utgangspunktet full selvbestemmelsesrett i forhold til sin frihet, sin helse og sitt liv. Ethvert inngrep overfor enkeltmennesket krever at det foreligger et gyldig rettsgrunnlag. Et slikt rettsgrunnlag kan enten være hjemlet i lov eller være basert på pasientens samtykke eller nødrett. Psykisk helsevernloven begrenser utgangspunktet om full selvbestemmelsesrett ved at denne loven hjemler tillatt bruk av tvang overfor mennesker med psykiske lidelser. Psykisk helsevernloven bygger derfor på en forståelse om at slik tvang er nødvendig.

Pasientrettighetslovens formålsbestemmelse § 1-1 lyder som følgende: *”Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd”*. Stortinget slo dette fast i ”Helsemeldingen”⁴ og formålsbestemmelsen har verdi som rettskildefaktor, jf Ot.prp. nr.12 s 125.

³ Sosial- og helsedirektoratet. ”Evalueringsrapport om kontrollkomisjonene i psykisk helsevern”. 12/2005

⁴ St.meld. nr. 50 (1993-94)

Enkeltmenneskets rett til å bestemme over seg selv er grunnleggende i vårt samfunn. Sentralt i selvbestemmelsesretten står individets rett til å motsette seg uønskede inngrep i egen kropp – integritetsvern, samt andre handlinger som berører individet på en negativ måte. Ved at individet selv får bestemme og ta avgjørelser i beslutninger som angår det selv, vises respekt for integritet og menneskeverd.⁵ En utfyllende drøftelse om retten til samtykke følger av drøftingskapittelet.

1.2.2 Rettssikkerhet

Ut fra legalitetsprinsippet kreves lovhjemmel for å gripe inn i borgernes rettssfære. Det ulovfestede legalitetsprinsipp kan dermed sees som et uttrykk for selvbestemmelsesretten.⁶ Hovedinnholdet i rettssikkerhetshensynet ligger i at borgeren skal være beskyttet mot vilkårlighet og overgrep fra myndighetenes side. Enhver skal ha muligheten til å forutberegne sin fremtid og ta vare på sine interesser. For å sikre forutberegnelighet gis det lovbestemte saksbehandlingsregler og materielle vilkår for inngrep, samt klage- og overprøvningsmuligheter. Jo mer inngripende vedtak det er tale om, desto sterkere gjør rettssikkerhetshensynene seg gjeldende. Saksbehandlingsregler, tilsynsordninger, klageadgang og overprøvningsmuligheter er viktige faktorer i forhold til rettssikkerheten.⁷ En utfyllende drøftelse vedrørende rettssikkerhetsspørsmålet følger av drøftingskapittelet, jeg viser til denne.

1.2.3 Forholdet til menneskerettighetene

I rettsforholdet mellom statene og internasjonale menneskerettigheter, er utgangspunktet at alle stater er suverene og hver stat råder over sitt territorium. Internasjonale menneskerettigheter regulerer ikke rettsforholdet mellom statene, men i statene. Menneskerettighetene gir individene rettigheter overfor staten og disse rettighetene er

⁵ NOU 2001:19

⁶ Aslak Syse. Pasientrettighetsloven med kommentarer s.236. 2.utgave. 2004. s. 236

⁷ NOU 1991:20, Østenstad 2000

staten forpliktet til å respektere. Menneskerettigheter er også regulert på nasjonalt nivå, enten i grunnlov eller lov.⁸

I forhold til enkeltmenneskets integritet og personlige frihet utgjør tvungen tilbakeholdelse og gjennomføring av tvangstiltak svært inngripende tiltak for den enkelte. Det er derfor svært viktig at vilkårene for tvungen tilbakeholdelse og gjennomføringen av tvangstiltak, samt at saksbehandlingen og overprøvningsmulighetene samsvarer med menneskerettighetene.⁹ I kraft av menneskerettsloven av 21.mai 1999 nr. 30 har norske borgere fått styrket sitt menneskerettsvern. I henhold til menneskerettsloven § 2 er en rekke konvensjoner gitt lovs kraft. Dette dreier seg om Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) og FNs internasjonale konvensjon om barns rettigheter. I menneskerettsloven § 3 er det bestemt at bestemmelser i konvensjoner og protokoller som nevnt i § 2, ved motstrid skal gå foran bestemmelser i annen lovgivning. De inkorporerte konvensjonsbestemmelsene skal dermed gå foran for eksempel både pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven ved en eventuell motstrid.¹⁰ I henhold til presumsjonsprinsippet, skal imidlertid norsk rett være i overensstemmelse med folkeretten.

For helselovgivningen og det psykiske helsevernet, er Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) særlig sentral. EMK's artikkel 3 om forbud mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er en bestemmelse som er viktig for mennesker undergitt tvungen tilbakeholdelse eller andre tvangsmessige tiltak. Artikkel 5 fastslår hovedregelen om at enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet, men oppstiller unntak om lovlig frihetsberøvelse av blant annet sinnslidende, jf Art.5 nr. 1

⁸ Njål Høstmælingen. Internasjonale menneskerettigheter. 2004. s. 447

⁹ Ot.prp. nr 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. pkt.3.1

¹⁰ Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. 2002. s. 54

bokstav e.¹¹ Retten til privatliv (art.8) er også av interesse. Det finnes også relevante bestemmelser i FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP), blant annet forbudet mot forsøk og eksperimentering på pasienter (art.7), krav til mulighet for domstolsprøving (art.9) og krav til verdig behandling av alle tvangsinnlagte (art.10).¹² En nærmere drøftelse av forholdet til menneskerettighetene kommer jeg tilbake til i drøftingskapittelet.

2 Helselovgivningen i Norge

2.1 Innledning

I dette avsnittet vil jeg gi en kort og generell redegjørelse for helselovgivningen i Norge og forklare psykisk helsevernlovens plass i helselovgivningen. En mer utdypende gjennomgåelse av psykisk helsevernloven kommer jeg tilbake til i drøftingskapittelet.

2.1.1 Organisering

Det offentlige helsevesenet i Norge kan inndeles i to hovedområder; allmennhelsetjenesten (primærhelsetjenesten) som reguleres av lov om helsetjenesten i kommunene av 19.november 1982 nr.66, og som kommunene har ansvaret for. Og det er sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten, som reguleres av lov om spesialisthelsetjenester av 2.juli 1999 nr.61, og som det er staten som har ansvaret for.

Primærhelsetjenesten har ansvaret for at folk får den nødvendige helsehjelp de har krav på i den kommunen de oppholder seg. Fastleger sammen med blant annet legevakt, helsestasjoner og skolehelsetjeneste er en viktig del av denne tjenesten, jf kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd. Spesialisthelsetjenesten omfatter sykehus, poliklinikker, legespesialister, ambulansetjeneste og andre, jf spesialisthelsetjenesteloven

¹¹ Ot.prp.nr.65 (2005-06) pkt.3.2

¹² Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. s. 32.

§ 2-1 a). Ansvaret for spesialisthelsetjenesten er tillagt de fem regionale helseforetakene (RHF), som er eid av staten og Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene (RHF) skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen, enten gjennom sykehus som RHFene eier, og som er organisert som helseforetak, eller ved avtale med private tjenesteytere.¹³

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelser. Helsehjelp til personer med psykisk lidelser gis dels gjennom primær- dels gjennom spesialisthelsetjenesten, jf kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1, samt gjennom kommunale og frivillige tilbud utenfor helsetjenesten.¹⁴

2.2 Pasientrettigheter

Etter gjeldende rett fordeles helsetjenestene på tre grupper av pasienter. Første prioritet går til de som har behov for øyeblikkelig hjelp. Dernest får de som har rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering, rett til fornyet vurdering, rett til valg av sykehus, rett til individuell plan og rett til syketransport, hjelp. Retten til abortinngrep og smittevern hjelp er imidlertid særlig sterke rettigheter innenfor denne gruppen. Tredje prioritet har de pasientene som ønsker helsetjenester.¹⁵

2.2.1 Hvem kan få helsehjelp

Lovbestemmelser som gir rett til øyeblikkelig hjelp, når det er påtrengende nødvendig reguleres av helsepersonelloven § 7 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-1. Regler om rett til nødvendig helsehjelp følger blant annet av kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og pasientrettighetsloven § 2-1.

¹³ Helse- og omsorgsdepartementet, Ansvarsområder. Regjeringen.no

¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, Spesialisthelsetjeneste. Regjeringen.no

¹⁵ Asbjørn Kjørstad. Helserett. – pasienters og helsearbeideres rettsstilling 1 utgave 2005. S.138.

Rett til øyeblikkelig hjelp følger av helsepersonelloven § 7 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, når det er påtrengende nødvendig. Disse lovene pålegger helsearbeidere og helseinstitusjoner plikter, mens pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum lovfester rettskravet for pasienten, *"Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp"*. Etter pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum er det pasienten som er rettighetshaver. Pasient er etter loven definert som den *"som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp"*, jf § 1-3 bokstav a.

Rett til nødvendige allmennhelsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven, jf khl § 2-1 første ledd, kan imidlertid enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen kreve. Rettskrav på helsehjelp gjelder i den kommune pasienten til enhver tid oppholder seg.

Når det gjelder rett til nødvendige spesialisthelsetjenester etter pasientrettighetsloven er disse hjemlet i pasrl § 2-1 andre ledd. Det følger således av spesialisthelsetjenesteloven § 5-1, jf § 2-1 a, at hvert helseforetak har ansvar for dem som har *"fast bopel"* i vedkommende helseregion. For å ha rettskrav på spesialisthelsetjenester, må pasienten ha et behov for *"nødvendig helsehjelp"*.

Vilkåret om at helsehjelpen skal være nødvendig er i forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp¹⁶, presisert dit hen at *"pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes"*. Det første vilkåret går dermed på livslengde og livskvalitet. Dersom det er fare for at livslengden vil bli forkortet, er det nok med *"et visst"* forventet tap. Er det derimot fare for at livskvaliteten kan bli redusert, kreves det en *"ikke ubetydelig reduksjon"*.¹⁷ I forskriftens § 2 andre ledd, er følgende definisjon gitt: *"Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller*

¹⁶ Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp av 1. desember 2000 §2 første ledd nr. 1

¹⁷ Asbjørn Kjønsstad. Helserett. 2005. s 171

lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå". For å ha rettskrav på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kreves det videre at pasienten *"kan ha forventet nytte av helsehjelpen"*, jfr. pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd andre punktum. I forskriftens § 2 tredje ledd er dette kravet presisert slik; *"Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktivt medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen"*. I kravet til "god dokumentasjon" legges det opp til et strengt beviskrav basert på vitenskapelige undersøkelser. Det følger således av pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd andre punktum, at retten gjelder bare dersom *"kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt"*. Det som her kreves er en kostnad - nytteanalyse etter et forholdsmessighetsprinsipp. Loven og forskriften oppstiller altså tre hovedvilkår for at det skal foreligge rett til nødvendig helsehjelp. I følge forarbeidene skal vilkårene vurderes i sammenheng og bygge på en helhetsvurdering.¹⁸

2.2.2 Rettigheter som pasient

I pasientrettighetsloven er en rekke viktige rettigheter for pasienter og pårørende samlet. Rettighetsbestemmelse for pasientene motsvares av pliktbestemmelser for helsepersonellet, og mange av disse pliktbestemmelsene, eksempelvis kravet om forsvarlighet, jf hlspl § 4, reguleres imidlertid av helsepersonelloven, som skal ikke gjennomgås her.

2.2.2.1 Pasientens rett til å samtykke

Utgangspunktet for all behandling er samtykke fra pasienten. Samtykkekravet var tidligere ulovfestet rett, men er nå lovfestet i pasientrettighetsloven kapittel 4. Retten til selvbestemmelse er en av de viktigste rettighetene et menneske har, men retten begrenses i tilfeller der pasienten ikke anses kompetent nok i forhold til å treffe avgjørelser om behandling, hovedsaklig ved alvorlige psykiske lidelser og i øyeblikkelig hjelp situasjoner. Når man ikke har kunnskap eller tid til å innhente informasjon, handles det i disse tilfeller

¹⁸ Asbjørn Kjønsstad. Helserett. 2005. s. 172

ut fra antakelser om hva pasienten ville ha ønsket.¹⁹ Jeg viser videre til drøftelser til i oppgavens kapittel 3 om hvorledes samtykkekompetansen forholder seg i tvungent psykisk helsevern.

2.2.2.2 Pasientens rett til å medvirke

Retten til medvirkning, jf pasrl kapittel 3, gjelder alle former for helsehjelp og henger nøye sammen med retten til informasjon (kapittel 3) og samtykke (kapittel 4). Pasientens interesse i å selv å kunne delta i vurderinger om behandlingen kommer stadig mer i fokus, og for at pasienten best mulig kan medvirke må vedkommende få tilstrekkelig informasjon om sin egen helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen. På denne måten bidrar pasienten gjennom disse rettigheter til å sette premissene for både hva som skal gjøres og på hvilken måte. Det er derfor nødvendig at medvirkningsretten tilpasses den enkelte pasients individuelle forutsetninger, jf pasrl § 3-1 første ledd siste punktum. Medvirkningsretten baseres i utgangspunktet på frivillighet, jf pasrl § 4-1, og den enkelte skal kunne medvirke så langt det er mulig. For pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern understrekes det i forarbeidene at medvirkningsretten gjelde tilsvarende. I tillegg til pasientrettighetslovens bestemmelser som får anvendelse på tvungent psykisk helsevern, er medvirkningsretten styrket gjennom en særlig bestemmelse i psykisk helsevernloven § 3-12.²⁰

2.2.2.3 Pasientens rett til informasjon

Kravet til informasjon er en nødvendig forutsetning for at pasienten skal kunne utøve medvirkningsretten og dermed avgi et gyldig samtykke, jf pasrl § 3-2. Ved at pasienten er sikret en rett til å få informasjon settes mer fokus på denne rettigheten. Gitt informasjon vil i mange tilfeller utløse krav om mer informasjon som igjen sikrer pasientens selvbestemmelsesrett. Som et absolutt minimum må informasjonen som gis være tilstrekkelig nok til at pasienten kan avgi et gyldig samtykke til helsehjelpen. Etter pasrl § 3-2 skal imidlertid pasienten få den informasjon som er nødvendig for at han eller hun får innsikt i sin helsesituasjon og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan imidlertid etter eget

¹⁹ Anne Kjersti Befring og Bente Ohnstad. Helsepersonelloven med kommentarer. 2. utgave 2001. s. 20

²⁰ Aslak Syse. Pasientrettighetsloven. 2004. S. 199 flg.

ønske motsette seg å bli informert, jf pasrl § 3-2 annet ledd. Det kan også foreligge andre rettsgrunnlag, som for eksempel smittevernloven § 2-1, for å informere pasienten uavhengig av vedkommendes vilje.

2.3 Klage og kontroll

2.3.1 Innledning

I dette kapittelet om klage og kontroll ønsker jeg å gi en beskrivelse av de ulike kontroll- og klageordningene, deres sammensetning og funksjon. Herunder nevner jeg kort om klageordninger i offentlig forvaltning, kontrollkommisjonen, statens helsetilsyn og domstolenes kontroll med det psykiske helsevernet. En nærmere drøftelse rundt viktige problemstillinger som kan oppstå i denne forbindelse, følger av drøftingskapittelet.

2.3.2 Generelt om klageordninger

Med begrepet klage forstås retten til å be en overordnet instans foreta en ny vurdering av saken og treffe en ny avgjørelse ut fra denne vurderingen. Kommunehelsetjenestelovens klagesystem innebærer en to-instans ordning, jf kommunehelsetjenesteloven § 2-4. Etter denne bestemmelsen kan den som søker helsehjelp, påklage avgjørelsen til det organ kommunestyret bestemmer, jf § 2-4 første ledd. Avvises klagen eller den går klageren imot, kan det klages til Helsetilsynet i fylket, jf § 2-4 annet ledd. I motsetning til kommunehelsetjenesteloven, følger det av forvaltningsloven kun en engangs prøving av saken, jf fvl § 28. I likhet med kommunehelsetjenesteloven, opererer pasientrettighetsloven med en form for to-instans ordning. Pasienters rett til å påklage avgjørelser om helsehjelp, følger her reglene om Klage i pasientrettighetsloven kapittel 7. For å oppnå en reell klageadgang, kreves at pasienten først anmoder den eller de som skulle ha gitt helsehjelpen om å oppfylle rettighetene de mener de har krav på etter loven, jf pasrl. § 7-1. Dersom anmodningen etter § 7-1 avslås, oppstår en klagerett etter § 7-2. Klageinstans er Helsetilsynet i fylket, jf § 7-2.

Når det i enkelte særlover, som pasientrettighetsloven, er gitt særlige klageregler, vil disse etter prinsippet om *lex specialis*, gis forrang fremfor forvaltningslovens generelle bestemmelser når de regulerer samme forhold.²¹

2.3.3 Kontrollkommisjonen

Kontrollkommisjonen er sammensatt av en jurist som leder kommisjonen, og består ellers av en lege og to andre medlemmer. En av de to andre medlemmene skal selv ha vært pasient eller pårørende, eller ha representert pasientrettigheter i stilling eller verv, jf psykisk helsevernloven § 6-2. Kontrollkommisjonens hovedoppgave er å sikre den enkeltes pasients rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Den fører tilsyn med at levetilstandene for pasienter under psykisk helsevern er tilfredsstillende.

Kontrollkommisjonene har en tilsynsfunksjon overfor alle personer som er under tvungent psykisk helsevern, men fylkeslegen har her et særlig tilsynsansvar overfor den medisinske virksomheten og overfor helsepersonellet.²² Kontrollkommisjonen behandler også klager fra pasienter under tvungent psykisk helsevern. Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig i forbindelse med klage, jf psykisk helsevernloven § 1-7. Uavhengig av om pasienten har klaget på tvungent vern, etterprøver kontrollkommisjonen likevel om vilkårene fortsatt er til stede etter tre måneder. I den grad det er mulig, skal kommisjonene føre kontroll med pasientens velferd, jf psykisk helsevernloven § 6-1.²³ Jeg viser til drøftelser rundt kontrollkommisjonens virksomhet i drøftingskapittelet.

2.3.4 Statlig tilsyn med helsetjenesten

Statens helsetilsyn er overordnet myndighet for Fylkesmannen og Helsetilsynene i fylkene når det gjelder tilsyn, og Statens helsetilsyn har således det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten og helsetjenesten, jf sosialtjenesteloven § 2-7 og lov om statlig tilsyn med

²¹ Aslak Syse. Pasientrettighetsloven med kommentarer.2004. s.328 flg.

²² Aslak Syse. Tvang og tilsyn i private hjem Lov og Rett 2002 s. 82

²³ Sosial- og helsedirektoratet. "Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern". 12/2005

helsetjenesten § 1.²⁴ Som en del av helsetilsynets virksomhet skal tilsynet overvåke helsetjenestene og sosialtjenestene i forhold til behovet for tjenester hos befolkningen og i forhold til samfunnets krav til tjenestene. Videre omfattes styring med tilsynet av sosialtjenesten som utføres av fylkesmennene og tilsynet med helsetjenesten og helsepersonell som utføres av Helsetilsynet i fylkene. Helsetilsynet skal dessuten behandle enkeltsaker som dreier seg om alvorlig svikt i helsetjenestene. Til slutt har helsetilsynet hovedansvaret for styringen av klagesaksbehandling som gjelder befolkningens rett til tjenester etter blant annet sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven.²⁵

2.3.5 Domstolskontroll

”Kontrollkommisjonens vedtak i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ 3-2, 3-3 og 3-7, kan av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende bringes inn for retten etter reglene i lov av 13. August 1915 om rettergangsmåten for tvistemål kapittel 33. Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf §§ 4-10 og 5-4”, jf psykisk helsevernloven § 7-1.

Det kreves at tvangsvedtaket må være aktuelt. Dette medfører at søksmålet heves når pasienten skrives ut, selv om dette skjer under selve hovedbehandlingen. Saken er kostnadsfri for den tvangsinnlagte, jf tvistemålsloven § 483 som fastslår at *”staten bærer alle kostnader ved saka”*. Retten skal etter tvistemålsloven § 481 sjettede ledd, sørge for at saken blir fullt opplyst. Etter § 482 første ledd skal *”retten prøve alle sider av saka”*, og etter andre ledd er den *”ubundet av det partene gjør gjeldende og av påstandene”*. Alle rettsinstansene skal prøve tvangsvedtaket fullt ut, også de skjønsmessige sidene, på tilsvarende måte som kontrollkommisjonen når den prøver vedtak fattet av den faglig ansvarlige.

²⁴ Sosialtjenesteloven 13. Desember 1991 nr.81, § 2-7 og Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten 30 mars 1984 nr. 15 § 1.

²⁵ Helsetilsynet.no

Reglene om domstolsprøving er en videreføring av tidligere rett. Innen tvungent psykisk helsevern er det særlig spørsmål vedrørende etablering av, eller nektet utskrivning fra, tvungent psykisk helsevern som bringes inn for domstolene. Dette kan forklares ved at kontrollkommisjonenes avgjørelser som går pasienten imot, kan bringes inn kostnadsfritt, jf psykisk helsevernloven § 7-1. Det sentrale spørsmålet for domstolen er hvorvidt de materielle tvangsvilkårene er oppfylt på domstidspunktet. Jeg viser til drøftelse om domstolskontrollens betydning for tvungent psykisk helsevern, i oppgavens kapittel 3.²⁶

2.3.6 Saksbehandlingsregler

Psykisk helsevernloven § 1-6 omhandler forholdet til forvaltningsloven og lyder som følgende: *”For behandling av saker etter loven her gjelder forvaltningsloven. Forvaltningsloven § 12 gjelder likevel bare der dette er uttrykkelig nevnt”*. Ved at forvaltningsloven gjøres gjeldende for pasienter under tvungent psykisk helsevern, styrkes rettssikkerheten for denne pasientgruppen. En rekke avgjørelser om tvangsbruk under gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern er påklagbare etter forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, jf fvl § 2 første ledd bokstav b. Tilsvarende bestemmelsene i psykisk helsevernloven er § 4-3 til § 4-8 og § 4-10.

Krav til utredning, forhåndsvarsling osv etter forvaltningslovens regler må vurderes konkret hvor det er aktuelt å fatte tvangsmessige vedtak. Forvaltningslovens saksbehandlingsregler om saksforberedelse ved enkeltvedtak (kapittel IV) og saksbehandlingsregler om vedtaket (kapittel V), er utformet med egne unntak og vil bidra til å ivareta rettssikkerheten når behovet for en rask avklaring. Forvaltningslovens kapittel om klage og omgjøring (kapittel V), vil dessuten kunne komme til anvendelse på de klageordninger som psykisk helsevernlovens kapittel 4 oppstiller.²⁷

Sammenlignet med psykisk helsevernloven, oppstiller pasientrettighetsloven § 2-7 følgende bestemmelse: *”Forvaltningslovens regler gjelder ikke for vedtak som treffes etter dette*

²⁶ Asbjørn Kjønstad. Helse retten 2005. S. 206.

²⁷ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven 2007. S. 52.

kapittelet". Rettsstillingen om forholdet til forvaltningsloven var lenge uklar. Diskusjonen dreide seg om hvorvidt vedtak om for eksempel en pasient har rett til "nødvendig helsehjelp" etter pasrl § 2, var å anse som et enkeltvedtak etter forvaltningslovens regler og dermed hvorvidt forvaltningslovens øvrige krav for hvordan enkeltvedtak skal kunne treffes, skulle komme til anvendelse.

I Inst.O.23 (2003-2004) uttaler departementet at forvaltningslovens bestemmelser er utarbeidet forvaltningens tradisjonelle myndighetsutøvelse og ikke med tanke på en hektisk arbeid i helseinstitusjoner. Dersom forvaltningslovens regler skulle gjelde i slike tilfeller, vil det bety mye administrativt arbeid for helsepersonellet og mindre tid til klinisk arbeid. Sosialkomiteen understreket at pasientene er best tjent med at tid og krefter ble brukt til medisinsk faglig arbeid, og at helselovgivningen inneholder egne regler tilpasset denne situasjonen. Komiteen konkluderte med at forvaltningslovens regler ikke skulle få anvendelse for avgjørelser etter pasrl kapittel 2, og en ny bestemmelse i pasrl § 2-7 ble foreslått.²⁸

Etter prinsippet om *lex specialis*, skal de særlige saksbehandlingsreglene i psykisk helsevernloven § 6-4 anvendes i klagesaker om etablering av tvungent observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt i saker om overføringer. Reglene gjelder videre ved klage på vedtak om etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, jf psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3. Tilsvarende gjelder de ved klage på opphør av tvungent psykisk helsevern, jf §§ 3-7 og 3-8 og klager på overføringer § 4-10 og § 5-4. De særlige saksbehandlingsreglene i § 6-4 suppleres av forskrift om kontrollkomisjonens virksomhet.²⁹

I tråd med generelle saksbehandlingsregler, følger det av psykisk helsevernloven § 6-4 en rekke saksbehandlingsregler som skal sikre bedre rettssikkerhet for pasientene. Det følger av samme paragrafs annet ledd at før kontrollkomisjonen avgjør saken, så skal saken

²⁸ Aslak Syse. Pasienrettighetsloven 2004. S.166.

²⁹ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. S 164.

være *”best mulig opplyst”*. Retten til å uttale seg er en viktig rettighet for parten eller den som handler på pasientens vegne, jf første ledd, og må sees i sammenheng med forvaltningsloven § 16. Selv om det med ordlyden *”den som handler på hans eller hennes vegne”*, jf § 1-7, menes pasientens advokat eller fullmektig, er det ingenting i veien for at kontrollkommisjonene innhenter uttalelse fra nærmeste pårørende i forbindelse med sakens opplysning, jf § 6-4 annet ledd.

2.4 Psykisk helsevernloven

2.4.1 Innledning

Psykisk helsevern sikrer at tvangstiltak etter denne lov skal skje på en forsvarlig måte, i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, og med utgangspunkt i pasientenes behov og med respekt for pasientenes menneskeverd. Loven skiller mellom frivillig og tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven §§ 2-1 og 3-3.

Bruk av tvang kan benyttes overfor personer som oppfyller vilkårene for tvungen frihetsberøvelse. Vilråene omtales i eget avsnitt. Hovedbegrunnelsen for særregler om frihetsberøvelse av personer med alvorlig sinnslidelse, er at de ikke i stand til å innse behovet for hjelp og mangler samtykkekompetanse på grunn av sin sykdom. Det at mennesker går til grunne uten at det gjøres noe for dem, og derfor er ute av stand til å vurdere sin situasjon rasjonelt, er neppe akseptabelt. Det er derfor nødvendig med bestemmelser om tvungent psykisk helsevern. Alvorlig sinnslidende mennesker som fyller vilråene for tvungent psykisk helsevern, vil være i en situasjon som er svært lidelsesfull og belastende for dem selv og for de pårørende. Dersom de ikke vil la seg behandle, som følge av manglende sykdomsinnsikt, må samfunnet ha adgang til å sørge for at så skjer. Hensikten med å etablere tvungent psykisk helsevern er nettopp å få den sinnslidende under behandling slik at vedkommende blir i stand til å foreta rasjonelle valg og ta vare på seg selv. Uten slik behandlingen kan situasjonen for pasienten i verste fall føre til varige men og aldri få sjansen til å gjøre noe meningsfylt ut av livet igjen. Det stilles imidlertid krav om pasientens eget samtykke for at det skal foreligge frivillighet, og at pasienten har evne til selv å ta bestemmelsen. Hvorvidt pasienten har en slik evne beror på en konkret

vurdering, men det må i utgangspunktet kreves at pasienten skjønner hva innleggelsen innebærer. Når det gjelder kravet til gyldig samtykke, viser jeg til drøftelser i drøftingskapittelet.

2.4.2 Frivillig psykisk helsevern § 2-1

Psykisk helsevernloven § 2-1: *"Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her"*.

Hovedregelen er at psykisk helsevern etableres på frivillig grunnlag og med utgangspunkt i pasientens samtykke. Ethvert inngrep overfor enkeltmennesket, også innenfor helseretten, krever at det foreligger et gyldig rettsgrunnlag. Pasientens samtykke er bare gyldig dersom vedkommende på forhånd har fått tilstrekkelig informasjon, jf pasrl § 4-1 og 4-2. I utgangspunktet er det pasienten som må samtykke til helsehjelp etter først å ha fått nødvendig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.³⁰

Psykisk helsevernloven er en viktig tvangslov, det fremgår av tillegget i psykisk helsevernloven § 2-1 annet punktum; *"med mindre annet følger av loven her"*. Av alle pasienter som er underlagt psykisk helsevern i institusjon, er ca 25% plassert i institusjoner uten eget samtykke. En rekke pasienter er i tillegg underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. I alle slike situasjoner skal tvangsvernet etableres etter bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 3.³¹

2.4.3 Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern § 2-2

Paragraf 2-2 hjemler adgangen til å samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern etter § 3-1. Bestemmelsen gir hjemmel for at faglig ansvarlig, jf psykisk helsevernloven § 1-4, ved etablering av frivillig psykisk helsevern, kan stille vilkår om pasientens samtykke til å være undergitt reglene i § 3-1 om tvungent psykisk helsevern for en periode på inntil tre uker. Adgangen i henhold til denne bestemmelsen tar for det første

³⁰ Ot.prp.nr65 (2005-2006)

³¹ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven. 2007. S.56 flg.

sikte på personer som søker psykisk helsevern som nevnt i § 2-1 første ledd. Det vil si personer som har fylt 16 år og som tas under frivillig psykisk helsevern på grunnlag av eget samtykke. Disse personene er i utgangspunktet gamle nok til å samtykke til frivillig psykisk helsevern, og de gis dermed en mulighet til frivillig å undergi seg et mer kontrollert psykisk helsevern enn det frivillige i utgangspunktet ville innebære.

Etter § 3-1 første ledd kan tvungent psykisk helsevern gis ved døgnopphold i institusjon, slik at pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og om nødvendig med tvang. Etter § 3-1 annet ledd kan tvunget psykisk helsevern også skje uten døgnopphold ved institusjon dersom dette er et bedre alternativ for pasienten. Psykisk helsevernloven § 2-2 første ledd innebærer altså at man kan samtykke til å være undergitt reglene for ett av de alternative tiltak som er angitt for tvungent psykisk helsevern i § 3-1.³²

2.4.4 Tvungent psykisk helsevern § 3-1

Psykisk helsevernloven opererer med to alternative hovedformer for tvungent psykisk helsevern, det ene er tvangsvern ved døgnopphold i institusjon mens det andre er tvangsvern uten slikt døgnopphold. Hva som omfattes av tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold i institusjon følger av § 3-1 første ledd annet punktum. Innholdet i bestemmelsen er at pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Institusjonen kan under en slik frihetsberøvelse benytte seg av fysiske stengsler mens behandlingen foregår. Det går imidlertid en grense mot unødvendig maktbruk og det skal i tillegg tas hensyn til pasientens tilstand.³³ Paragraf 3-1 annet ledd første punktum hjemler alternativet, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Dette kan benyttes dersom det er et bedre alternativ for pasienten. Det betyr med andre ord at tvungent psykisk helsevern gjennomføres uten tvangsinnleggelse. Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, inneholder en rekke kriterier for når tvungent psykisk helsevern

³² Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. Oslo 2002. s. 122

³³ Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. 2.juli 1999 nr. 62 § 4-2

uten døgnopphold kan anvendes. For å vite hva som er til det beste for pasienten, må den faglige ansvarlige foreta en helhetsvurdering og det skal særlig legges vekt på pasientens eget ønske, sykdommen og pasientens situasjon i forhold til et behandlingstilbud. Slik som tvungent psykisk helsevern uten opphold i institusjon er tenkt i henhold til § 3-1 annet ledd annet punktum, er tanken at pasienten bor i egen bolig eller bolig stilt til vedkommendes disposisjon. Vernet omfatter bare pålegg om fremmøte til behandling. Etter tredje ledd skal det alltid være en institusjon innenfor det psykiske helsevernet som står ansvarlig for behandlingen.

2.4.4.1 Vilkår for tvungent psykisk helsevern

2.4.4.1.1 Hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse

Psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 inneholder vilkårene for anvendelse av tvungent psykisk helsevern. I tillegg til hovedvilkåret om en *”alvorlig sinnslidelse”*, oppstiller loven to alternative tilleggsvilkår, henholdsvis behandlingstvilkåret og farevilkåret. Bestemmelsen gir videre uttrykk for det ”minste inngreps prinsipp” der det kreves at frivillig behandling skal være utprøvd eller at dette åpenbart vil være formløst å forsøke.³⁴ Siden det dreier seg om hovedvilkåret med hensyn til anvendelse av tvungent psykisk helsevern, kan vilkåret ikke fravikes. Faller den personen man vurderer å gi tvungent psykisk helsevern ikke inn under vilkåret, kan det heller ikke etableres tvungent psykisk helsevern for denne personen, selv om tilleggsvilkårene skulle være oppfylt.

Begrepet *”alvorlig sinnslidelse”* ble forsøkt klarlagt i rettspraksis fra midten av 1980 – årene. I Rt.1988 s.634 (Huleboerdommen) slo en enstemmig Høyesterett fast at den tvangsinnlagte pasienten helt konkret måtte sies å være alvorlig sinnslidende når det lå *”religiøse og filosofiske grublerier til grunn for atypiske, stereotype og tilsynelatende bisarre handlingsvalg”*.

I Rt.1993 s.249 (Symptomfri sinnslidelse) godtok Høyesterett at en person med flere psykotiske episoder på grunnlag av en schizofrenidiagnose, også i symptomfrie perioder

³⁴ Psykisk helsevernloven § 3-3 annet ledd.

måtte oppfattes som ”alvorlig sinnslidende” i lovens forstand fordi symptomfriheten ble satt i sammenheng med inntak av antipsykotisk medikasjon. Kravet om grunnlidelse var dermed oppfylt. Disse synspunktene ble videre gjentatt og forsterket av Høyesterett i Rt.2001 s.1481.

Begrepet ”alvorlig sinnslidelse” kan oppsummeres til å innebære følgende; ”klare, aktive psykoser samt visse svært manifeste avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser. I tillegg innbefattes personer med en kronisk psykosesykdom, også i symptomfrie perioder, når symptomfriheten settes i sammenheng med antipsykotisk medikasjon”.³⁵ Begrepet alvorlig sinnslidende omfatter ikke psykisk utviklingshemning. Dette samsvarer med langvarig praksis og forståelsen av 1961 – loven. Det må imidlertid understrekes at mennesker med en psykisk utviklingshemning også kan ha en alvorlig sinnslidelse og dermed omfattes av psykisk helsevernloven.

2.4.4.1.2 Tilleggsvilkår

I tillegg til hovedvilkåret om ”alvorlig sinnslidelse” krever loven at ett av de to tilleggsvilkårene er oppfylt for at tvungen psykisk helsevern kan anvendes.

2.4.4.1.2.1 Behandlingskriteriet

Det første tilleggskriteriet er nedfelt i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a og omtales gjerne som ”behandlingskriteriet”. Formålet med bestemmelsen er å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen får sin ”utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring blir i betydelig grad redusert”. Behandlingsvilkåret inneholder to alternativer der forhold som kan aktualisere tvungen psykisk helsevern angis. I forhold til dette alternativet er det nødvendig å se på hvordan pasientens sinnstilstand vil utvikle seg under tvungen vern og uten slikt vern. Det antas at det kreves vanlig sannsynlighetsovervekt for at utsikten til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad reduseres.³⁶ Forarbeidene gir imidlertid

³⁵ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 1. utgave 2004. s. 53

³⁶ Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. Oslo 2002. s. 156

ingen indikasjon på hvor langt inn i fremtiden vurderingen av utsikten skal strekke seg. Lovteksten omhandler *”helbredelse eller vesentlig bedring”* og tilsier at det skal relativt mye til før det er tale om tvungent psykisk helsevern etter dette alternativet.

2.4.4.1.2.2 Forverringsalternativet

Det andre alternativet under behandlingvilkåret omhandler forverringsmuligheten. Dette innebærer at tvungent psykisk helsevern kan benyttes mot pasienter med alvorlig sinnslidelse dersom det er *”stor sannsynlighet for av vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret”*, jf § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a annet alternativ.

Forverringsalternativet var ikke regulert i 1961-loven, men problemstillingen kom likevel opp for Høyesterett ved noen anledninger. I Rt.1993 s.249 kom Høyesterett til at der det var på det rene at en vesentlig forverring ville inntreffe nokså umiddelbart etter utskrivning, kunne forverringsalternativet anvendes. I dette tilfellet var pasienten brakt opp til sitt optimale nivå ved hjelp av medisinsk behandling, og det var klart at vedkommende nokså umiddelbart etter utskrivning ville slutte på medikamentene. Høyesterett stadfestet bruken av forverringsalternativet i dommene Rt.2000 s.23 og Rt.2000 s.1214. I tråd med rettspraksis etter 1961-loven, vil forverringsalternativet få anvendelse etter at tvungent psykisk helsevern har vært etablert en stund. Det blir altså grunnlag for opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Vilkårene for opprettholdelse er de samme som for opprettelse av tvungent psykisk helsevern.

Forverringsalternativet stiller videre krav om *”stor sannsynlighet”*, noe som innebærer mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt. Det er ikke nok å konstatere at pasienten blir dårligere dersom tvungent psykisk helsevern ikke opprettholdes. I kravet om vesentlig forverring må følgene av unnlatt tilbakeholdelse være større enn som så, pasientens sinnstilstand må være merkbart verre slik at utelatelse fra tvungent psykisk helsevern får store konsekvenser for vedkommende. I Ot. prp nr.11 (1998-1999) s.80 uttales at *”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. På den annen side må det også være en mulighet til å opprettholde vernet dersom utsiktene til en forverring er overhengende, for eksempel fordi vedkommende umiddelbart vil slutte å ta psykofarmaka”*. Ved

vurderingen av hva som ligger i ”*meget nær fremtid*”, har Regjeringsadvokaten i høringsrunden³⁷ uttalt man må legge til grunn det tidspunkt når det kan forventes at de medikamenter pasienten er blitt behandlet med, har mistet sin virkning.³⁸ I Rt.2001 s.752 slår Høyesterett fast at en spesifikk tidsgrense ikke er mulig å fastsette, men noe særlig over to måneder åpnes det heller ikke for.

2.4.4.1.2.3 Farekriteriet

Farekriteriet er i psykisk helsevernloven formulert dit hen at vedkommende på grunn av sinnslidelsen ”*utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse*”, jf psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b. Bestemmelsen krever at den syke utgjør en ”*nærliggende og alvorlig fare*”, samt at det må være fare ”*for eget eller andres liv eller helse*”. Det må dreie seg om en fare for eget eller andres liv eller helse. Fare for liv kan være fare for selvmord eller livstruende handlinger, voldshandlinger mot andre. Helse omfatter både fysisk og psykisk helse. Det er videre ikke nok at det foreligger en fare, det er en alvorlig fare som kan gi grunnlag for tvungent vern. I tillegg til at faren er alvorlig, kreves det at den er nærliggende. Det er ikke nok med en teoretisk eller en fjern fare, den må være reell og overhengende.

Når det gjelder fare for **eget** liv eller helse tenkes ikke bare på faren for selvmord eller selvbeskadigelse, derimot siktes det også til faren for at vedkommende forekommer eller lider overlast på en slik måte at det er fare for eget liv eller helse.³⁹

Farekriteriet består egentlig av to separate og uavhengige vilkår. Det ene er hensynet til samfunnet som begrunner faren for andres liv eller helse kan medføre grunnlag for tvangsinnleggelse av pasienten. Det er hensynet til pasienten selv som begrunner tvangsinnleggelsen dersom pasienten er potensielt farlig for seg selv og egne verdier.⁴⁰

³⁷ Ot.prp.nr.11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. pkt. 7.3.3

³⁸ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 1.utgave 2004. s. 129

³⁹Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. Oslo 2002. s. 161

⁴⁰Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 1.utgave 2004. s. 130

2.4.4.1.3 Frivillig psykisk helsevern må ha vært forsøkt

Etter § 3-3 første ledd nr. 1, skal tvungent psykisk helsevern bare anvendes ”når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt”, uten at dette har ført frem, eller det er ”åpenbart formålsløst” å forsøke dette. Bakgrunnen for at det kreves frivillighet før tvungent psykisk helsevern kan besluttes, er at etablering av tvungent psykisk helsevern er svært inngripende overfor pasienten og sterke grunner taler for at så ikke bør skje om frivillig behandling kan anvendes. Frivillighet er utgangspunktet også innen det psykiske helsevernet. Det vises til psykisk helsevernloven § 2-1, jf pasientrettighetsloven 4-1. Selv om vilkårene i første ledd er oppfylt, skal tvungent psykisk helsevern ikke etableres før frivillig vern har vært forsøkt. Det skal altså ikke være noen automatikk i å anvende tvungent psykisk helsevern. Lovens uttrykk ”forsøkt” må ikke forstås slik at frivillig vern må etableres før det kan treffes vedtak om tvungent vern. Dersom det allerede er etablert frivillig vern når tvungent vern vurderes, må det frivillige vernet bringes til opphør før tvungent vern kan etableres, jf konverteringsforbudet i psykisk helsevernloven § 2-3. Det loven krever gjennom uttrykket forsøkt, er at man enten har søkt å oppnå samtykke fra pasienten, eller at man har informasjon om at det har vært etablert frivillig vern uten at dette har ført frem. Dersom det imidlertid er åpenbart at frivillig vern ikke vil føre frem, stiller loven ikke noe vilkår om dette. I realiteten er dette et unntak fra utgangspunktet om at frivillig vern skal være forsøkt. De situasjoner lovgiver her særlig har tenkt på er situasjoner der sinnstilstanden gjør den syke helt ute av stand til å samtykke til psykisk helsevern, jf. § 2-1 annet ledd.

2.4.4.1.4 Helhetsvurdering

Etter psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 6, skal tvungent psykisk helsevern under alle omstendigheter bare finne sted når dette etter en helhetsvurdering, fremstår som den klar beste løsningen for vedkommende. Det gjøres imidlertid unntak dersom vedkommende utgjør en nærliggende og stor fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det særlig legges vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende. Bestemmelsen gir således anvisning på en hensiktsmessighets- og rimelighetsskjønn som skal foretas selv om lovens øvrige vilkår er oppfylt. I Rt.1981 s.770 tok Høyesterett den sykes begjæring om utskrivelse til følge under henvisning til en

rimelighetsbetraktning, selv om vilkårene for tvangsmessig tilbakeholdelse var til stede, og i Rt.2001 s.752 la Høyesterett avgjørende vekt på helhetsvurderingen etter psykisk helsevernloven § 3-3 tredje ledd og skrev ut pasienten.⁴¹

3 Drøftingskapittel. Tvungent psykisk helsevern i helselovgivningen

3.1 Innledning

I oppgavens kapittel 1 ga jeg en kort beskrivelse av hovedprinsippene i helseretten, herunder selvbestemmelsesretten, rettssikkerhet og forholdet til menneskerettighetene. I kapittel 2 tok jeg for meg klage og kontrollreglene samt vilkårene for tvunget psykisk helsevern, jf psykisk helsevernloven kapittel 3. Drøftingskapittelet inneholder ulike drøftelser rundt de problemstillinger som er mest aktuelle i forhold til selvbestemmelsesretten, rettssikkerhet og tvungent psykisk helsevern.

3.2 Selvbestemmelse – Samtykke

3.2.1 Innledning

Utgangspunktet om at helsehjelp baseres på samtykke, jf psykisk helsevernloven § 2-1, stiller seg annerledes for pasienter under tvungent psykisk helsevern, jf phlsvl § 3-3. Personer som søker psykisk helsevern, kan etter § 2-2 samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5, men når pasienten er underlagt tvungent vern, settes samtykkereglene til side. Det slik at pasienter under tvungent psykisk helsevern ikke er i stand til å avgi gyldig samtykke eller motta informasjon på en slik måte at et informert samtykke kan gis, blant annet fordi de ikke kan.

⁴¹ Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. Oslo 2002. s. 167

3.2.2 Krav til gyldig samtykke

3.2.2.1 Hovedregelen om informert samtykke

Pasientrettighetsloven kapittel 4 oppstiller generelle bestemmelser om samtykke til helsehjelp. Den klare hovedregelen er at det er pasienten selv som må samtykke til helsehjelp etter å ha fått nødvendig informasjon om sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf pasrl § 4-1.⁴² Vedrørende kravene til medvirkning og informasjon viser jeg til drøftelser senere i oppgaven.

Etter lovendringer i psykisk helsevernloven,⁴³ følger hovedregelen om samtykke av § 2-1 første ledd. Denne paragrafens første ledd lyder som følgende: *”Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her”*.

Pasientens samtykkekompetanse kan imidlertid variere og avhenger av tre forhold; *”alder, tiltakets art og eventuelle fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming som gjør at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå ha samtykket innebærer”*.⁴⁴

3.2.2.2 Kravene til gyldig samtykke

Kravene til gyldig samtykke følger av pasientrettighetsloven § 4-1 og § 4-2, dette gjelder for all type helsehjelp. For å kunne avgi et informert samtykke, jf pasientrettighetsloven § 3-2, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om helsehjelpen, hva den innebærer, hvilken risiko den har, og helsepersonellet således har en plikt til å gi slik informasjon, jf helsepersonelloven § 10.

⁴² Ot.prp.nr.65 (2005-06) pkt. 6.3

⁴³ Lov 30. juni 2006 nr.45.

⁴⁴ Ot.prp.nr.65 (2005-06) pkt. 6.3

For at et samtykke skal være gyldig, må samtykke stå seg ved en etterfølgende kontroll av tre vilkår, som alle må være oppfylt. Pasienten må ha personell kompetanse til å avgi samtykke. I enkelte situasjoner kan det ut fra pasientens atferd legges til grunn et stilltiende samtykke. For pasienter som på grunn av sin helsetilstand eller alder ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, jf pasrl. § 3-1 annet ledd. Ved at samtykket avgis uten å lide av tilblivelsesfeil, i tråd den kvalitet og formkrav, oppfylles kravet om prosessuell kompetanse. Til slutt må samtykke dreie seg om et saksforhold pasienten gyldig kan samtykke til for at den materielle kompetansen skal være til stede.⁴⁵

3.2.2.3 Pasientens medvirkning

For pasienter som gis behandling under tvungent psykisk helsevern, så gjelder pasientrettighetslovens kapittel 3 fullt ut. Forarbeidene⁴⁶ til pasientrettighetsloven understreker at medvirkningsretten skal gjelde like sterkt i det psykiske helsevernet som ellers. Medvirkningsretten er ikke lovfestet i helserettslige særlover, men følger av pasientrettighetsloven § 3-1. Samarbeid, medvirkning og medansvar har overtatt den tidligere tradisjonelle modellen, hvor pasientens oppfatning ikke var av særlig betydning. Medvirkningsretten må sees i sammenheng med pasientens selvbestemmelsesrett og behandlingsansvaret som påligger hos helsepersonellet.

Medvirkningsretten gjelder ikke ubegrenset, men endres etter hva som er praktisk mulig, for eksempel nedsatt funksjonsevne eller bevisstløshet og etter hvor avansert helsehjelpen som ytes er. Behandlingstiltak som krever høy grad av faglig kompetanse, begrenser medvirkningsretten for pasientene. Retten til å medvirke må derfor tilpasses individuelle forutsetninger, jf pasrl § 3-1 første ledd siste punktum. Dersom pasienten er mindreårig, psykisk utviklingshemmet, senil dement eller har andre psykiske lidelser vil disse pasientenes pårørende kunne tre inn i medvirkningsretten på samme måte som om pasienten hadde hatt full medvirkningsevne. Det er imidlertid viktig at pasienten kan

⁴⁵ Aslak Syse. Pasientrettighetsloven. S. 241.

⁴⁶ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter. pkt 5.1

medvirke så langt det er mulig. Prinsippet om at pasienten kan medvirke så langt dette er mulig, kommer til uttrykk i pasrl § 4-4, hvor det fastsettes at det skal legges økende vekt på hva pasienten mener ut fra alder og modenhet.⁴⁷

Når det gjelder retten til medvirkning for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, er situasjonen annerledes og disse pasientene er ofte avhengige av sine hjelpere. Pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, kan ha problemer med forstå hva helsehjelpen innebærer og videre kan evnen til å uttrykke seg være svekket. Overfor disse pasientene er det særlig viktig at det vises imøtekommenhet om ønske om alternativ behandling. Det legges vekt på at dersom pasientens ønske ikke er til skade for institusjonens behandlingsopplegg, skal pasientens ønsker tas med i betraktningen.⁴⁸ Etter psykisk helsevernloven § 3-9 første ledd, er pasientens rett til å uttale seg ytterligere ivaretatt. Etter bestemmelsens annet ledd fremgår det at slike uttalelser skal vektlegges.

Pasientens rett til å uttale seg gjelder spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern, samt spørsmål vedrørende plasseringen av tvangsvernet og er en spesifisert medvirkningsbestemmelse.

3.2.2.4 Rett til informasjon

Pasientens rett til informasjon er begrunnet i flere hensyn. For det første skal nevnes at informasjon er nødvendig for å ivareta egne interesser, herunder forholdet til behandling. For det andre er informasjon en forutsetning for at pasienten kan samtykke til helsehjelp og endelig er informasjon en nødvendighet for å kunne medvirke til helsehjelpen.

Informasjonsretten er lovfestet i pasrl § 3-2 og retten er ikke begrenset til behandlingen, også prognose og risiko omfattes. Pasienten skal uten å be om det får den informasjon som er nødvendig, plikten påhviler det helsepersonell som har det faglige ansvaret for helsehjelpen. Informasjonsretten er avgrenset til å gjelde informasjon om pasientens

⁴⁷ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) pkt 5.1.6

⁴⁸ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) pkt 5.1.6

helsetilstand og helsehjelp. Informasjonen som gis skal være så tilstrekkelig at pasienten kan medvirke til helsehjelpen, jf kravet om medvirkning i pasrl § 3-1.⁴⁹

Retten til å nekte å ta imot informasjon, er også en del av denne rettigheten, jf pasrl § 3-2 annet ledd, og helsepersonell skal i utgangspunktet respektere pasientens ønske. Retten til å nekte å motta informasjon gjelder ikke ubegrenset og når pasienten først samtykker til at helsehjelp gis, må vedkommende også motta nødvendig informasjon angående helsehjelpen. Konsekvensen av nektelse kan bli at helsehjelp ikke kan ytes. Kravet om forsvarlighet og kravet om informert samtykke forutsetter at informasjon som er nødvendig for gjennomføringen av helsehjelpen gis. Med mindre det foreligger annet lovgrunnlag eller nødrett, kan helsehjelp således ikke ytes.⁵⁰

3.2.3 Samtykkekompetanse og tvungent psykisk helsevern

For pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, er det den personelle samtykkekompetansen som svikter. Kravet til personell kompetanse er således lovfestet i pasientrettighetsloven § 4-3. Her reguleres kompetansen til å ta avgjørelser i spørsmål om helsehjelp. Etter nevnte bestemmelse kan for det første myndige personer avgi gyldig samtykke, jf § 4-3 første ledd bokstav a. Med mindre annet følger av *”særlige lovbestemmelser”* eller av *”tiltakets art”*, har også personer som har fylt 16 år samtykkekompetanse, jf første ledd bokstav b. For personer med psykiske lidelser er det § 4-3 andre ledd som her er interessant. For at en person skal bli fratatt sin samtykkekompetanse, kreves at pasienten *”åpenbart”* ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt og hva et samtykke vil omfatte, det vil si hva helsehjelpen inneholder og de nærmere konsekvensene av at den blir gitt.⁵¹ Det er således bare personer som på grunn av *”fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming”* ikke forstår begrunnelsen, at samtykkekompetansen bortfaller. Dette er strenge krav og samtykkekompetansen må vurderes konkret fra situasjon til

⁴⁹ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) pkt.5.2.6

⁵⁰ Ot.prp.nr.12 (1998-1999) pkt. 2.5.6.3

⁵¹ Aslak Syse. Pasientrettighetsloven med kommentarer. 2004. s 260.

situasjon. Samtykkekompetansen kan bortfalle for en person på et felt, men ikke på andre. Jo mer inngripende helsehjelpen er, desto strengere krav stilles til de personelle forutsetningene.⁵²

3.2.3.1 Samtykke på vegne av barn under 16 år

Psykisk helsevern til barn og unge under 16 år baseres på foreldresamtykke. Psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd fastslår imidlertid at psykisk helsevern skal ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven. Ettersom den helserettslige myndighetsalder er 16 år, skal foreldrene eller andre med foreldreansvaret gis informasjon når pasienten er under 16 år.⁵³ Hva som ligger i det å inneha foreldreansvaret, følger reglene i barneloven.

Også etter pasientrettighetsloven §§ 4-3 og 4-4 er hovedregelen samtykke. Etter § 4-3 bokstav b kan barn under 16 år samtykke, dersom det følger av tiltakets art eller særlige lovbestemmelser.⁵⁴ Tilsvarende samtykkekompetanse er ikke gitt i psykisk helsevernloven. Etter pasrl § 4-4 annet ledd har barneverntjenesten, etter at det er truffet vedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven, myndighet til å samtykke til helsehjelp på vegne av barnet. Dette kan skje uten medvirkning fra den eller de som har foreldreansvaret.

Spørsmålet om barn under 16 år i enkelte situasjoner skal ha samtykkekompetanse etter tiltakets art, forutsetter at barnet ønsker undersøkelse eller behandling, men ikke ønsker at foreldrene skal få kunnskap om det. For barneverntjenestens gjelder samtykkekompetansen de tilfeller hvor barnets eget samtykke ikke er tilstrekkelig, og en av eller begge foreldrene motsetter seg dette. I ot.prp.nr.65 finner departementet det praktisk viktig i det psykiske helsevernet, å gi barnet mulighet for helsehjelp i tilfeller hvor foreldrene motsetter seg dette. Bestemmelsen inneholder et snevert unntak fra hovedregelen om foreldresamtykke og må sees i sammenheng med bestemmelsen i § 4-4 tredje ledd som sier at det skal legges

⁵² Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. S. 272.

⁵³ Lov om pasientrettigheter 2.juli 1999 nr. 63 § 3-4 første ledd.

⁵⁴ Rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet IS-12/2004 s. 31 flg.

økende vekt på hva barnet har å si etter hvert som barnet utvikles og modnes. Selvstendig samtykke vil antakeligvis bare være aktuelt for barn som ligger nær aldersgrensen.

3.2.3.2 Representert samtykke på vegne av personer over 16 år uten samtykkekompetanse

Pasientenes selvbestemmelsesrett begrenses når psykisk helsevernloven hjemler bestemmelser om tvang på bestemte vilkår. Phlsvl § 1-5 begrenser således samtykkebestemmelsene etter pasrl kapittel 4 til bare å gjelde hvor dette følger uttrykkelig av psykisk helsevernloven.

Pasientrettighetsloven har egne regler om representert samtykke i §§ 4-4 til 4-8. Etter §§ 4-5 til 4-8 kan andre personer samtykke på vegne av en person som selv ikke har samtykkekompetanse. De viktigste bestemmelsene i pasientrettighetsloven som regulerer helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse, er basert på at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, jf §§ 4-5 tredje ledd, 4-6 tredje ledd og 4-8.

Spørsmålet i hvilken grad representert samtykke skal tillates innebærer en avveining mellom rettssikkerhetshensyn og hensynet til å sikre pasienten helsehjelp. Etter departementets vurdering bør det som utgangspunkt ikke være to mulige innpass til undersøkelse og behandling i psykisk helsevern uten eget samtykke, det vil si både etter reglene om representert samtykke og reglene om etablering av tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven. Dersom psykisk helsevern ytes på grunnlag av representert samtykke vil det være en risiko for omgåelse av de strenge vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevernloven og gjøre kontrollen med tvang vanskeligere. Rettssikkerhetshensyn tilsier derfor at det bare gjelder ett sett med regler for inngripende tiltak uten vedkommendes samtykke.⁵⁵

Unntaket om at pasientrettighetsloven gjelder "så langt den passer" innen det psykisk helsevernet, innebærer en ytterligere begrensning. I paragrafene §§ 2-1 og 2-2 i psykisk

⁵⁵ Ot.prp.nr.65 (2005-06) pkt. 6.3.3

helsevernloven er viktige unntak fra pasientrettighetslovens bestemmelser om representert samtykke i §§ 4-5 til 4-8 nedfelt. All undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten vedkommendes samtykke skal i utgangspunktet følge psykisk helsevernlovens regler om tvang. Hvor mangelen på samtykkeevne skyldes psykisk utviklingshemming eller senil demens, jf psykisk helsevernloven § 2-1 tredje ledd, gjelder dette likevel ikke. Unntaket er begrunnet i at disse lidelsene ikke tilfredsstillende grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern og dermed er det ingen risiko for omgåelse av tvangsreglene.

Pasientrettighetslovens regler legges dermed til grunn, bortsett fra bestemmelsen om foreldresamtykke for personer uten samtykkekompetanse mellom 16 og 18 år, jf § 4-5 første og tredje ledd, når det gjelder psykisk utviklingshemmede. Pasrl § 4-5 gjelder i sin helhet når det gjelder senil demente.⁵⁶

3.2.4 Samtykkekompetanse i symptomfrie perioder

Hovedpoenget med å basere en avgjørelse på samtykke er at man skal ha mulighet til å vurdere behandlingen og ta en avgjørelse man er fornøyd med. Den som ikke forstår hva samtykket inneholder, kan heller ikke avgi et gyldig samtykke. Det følger av rettspraksis at personer kan tilfredsstillende grunnkravet om en *"alvorlig sinnslidelse"* selv i symptomfrie perioder, dersom symptomfriheten settes i sammenheng med antidepressive medikamenter. Kravet om grunnlidelse er dermed oppfylt.⁵⁷ I tilfeller hvor pasienten tilsynelatende har evnen til å forstå innholdet og konsekvensene, blir spørsmålet om det er grunn til å frata dem selvråderetten. Denne vurderingen er imidlertid langt fra enkel. Hverdagen for disse pasientene består av gode og dårlige dager, noe som igjen skaper usikkerhet rundt situasjonen. En kan stille seg spørrende til hvordan for eksempel gyldigheten av et samtykke, avgitt på en god dag kan være gyldig på en dårlig dag. Hvorvidt vedkommende forstår innholdet og konsekvensene kan dessuten variere med inntak av antidepressive medikamenter. I symptomfrie perioder kan pasienten gi uttrykk for at han eller hun har evnen til å forstå konsekvensene. Faren er imidlertid at pasientene, idet de ikke lenger er underlagt tvangsbehandling, slutter å ta medikamentene som gjør dem symptomfrie og

⁵⁶ Ot.prp.nr.65 (2005-06) pkt.6.3.1.2 og 6.3.3.1

⁵⁷ Rt.1993.s249

dermed faller tilbake til det stadiet de befant seg på før behandlingen tiltok. En aktuell problemstilling i denne forbindelse, er hvorvidt den alvorlige sinnslidende fortjener en sjanse til et tilnærmet normalt liv utenfor institusjonen, dersom sykdommen holdes i sjakk med antidepressive medikamenter. Eller er det slik at faren for at vedkommende vil slutte med medisiner, rettfærdiggjør t vedkommende kan behandles med tvang.

3.3 Rettssikkerhet

3.3.1 Innledning

3.3.1.1 Generelt

Formålet med psykisk helsevernloven, jf § 1-1, er *”å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientenes behov og respekten for menneskeverdet”*.

Selv med formål og rettssikkerhetsgarantier som skal forhindre urettmessig tvangsbruk, er tvangsbruken i Norge er vesentlig høyere enn i andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Undersøkelser viser at før psykisk helsevernloven av 2juli 1999 trådte i kraft, var det grunn til å hevde at det fantes en overdreven og ulovlig bruk av tvang i Norge. I perioden 1980-1990 var det rundt 5000 tvangsinnleggelse hver år, deretter en jevn stigning til i overkant av 8000 slike i 1995.⁵⁸ I doktoravhandlingen ”Tvungent psykisk helsevern i Norge” fra 1986 konkluderte Georg Høyer med at vilkårene for tvangsinnleggelse ikke var til stede for mellom 15 og 30 prosent av dem som klaget til kontrollkommissjonene. En annen undersøkelse, publisert i 1995 av psykolog Stein Rønnow og psykiater Helge Waal, konkluderer også med et overforbruk av tvangsinnleggelse i akuttpsykiatrien i Oslo *”som er rettssikkerhetsmessig betenkelig og som har ugunstige sider når det gjelder behandlingen”*. I et samfunn hvor det legges stor vekt på velferd, og selvbestemmelse er en av de mest grunnleggende rettighetene, må det så spørres hvordan en slik realitet kan være tilfellet.

⁵⁸ Lars Olle Engaas. ”Psykiatriens makt og respekt for individet”. Aftenposten 6august 1997

3.3.1.2 Oppbygging av kapitlet

I dette drøftingsavsnittet er hovedfokus lagt til drøftelser vedrørende rettssikkerheten i forbindelse med etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. I tilknytning til dette temaet har jeg valgt å ta for meg konverteringsforbudet, klage og kontroll, kontrollsystemer, herunder kontrollkommisjonen, statens helsetilsyn og domstolsprøving. Til slutt har jeg sett på ulike saksbehandlingsregler og forholdet til forvaltningsloven, samt forholdet til menneskerettighetene.

3.3.2 Saksbehandlingen

Rettssikkerhetshensyn vil være helt grunnleggende for utforming av regelverk om bruk av tvang i det psykiske helsevernet.⁵⁹ I forhold til 1961-loven, gir psykisk helsevernloven av 2.juli 1999 nr.62 bedre rettssikkerhet idet denne loven angir i større grad hvilke hensyn som kan vektlegges ved inngrep, dessuten er vilkårene for inngrep er strenge. En slik økt grad av regulering gjør også reglene lettere tilgjengelige for både ansatte og pasientene. Det skal eksempelvis treffes vedtak før inngrep, og vedtaket skal nedtegnes. Pasientene og deres nærmeste pårørende er videre gitt klagerett i forhold til inngrepene, og kontrollkommisjonene må etter psykisk helsevernloven prøve vilkårene for inngrep i langt større grad enn etter 1961-loven. Den materielle rettssikkerheten kan derfor sies å være styrket.⁶⁰

3.3.3 Rettssikkerhet og kravet til samtykke

Rettssikkerheten blir uttrykt på forskjellige måter. I forhold tilsamtykkekravet, ligger det en rettssikkerhetsgaranti i at samtykke må være gyldig for at helsehjelp kan gis. Generelle ugyldighetsregler som tilblivelsesmangler, formmangler og innholdsmangler gjør at samtykket ikke er gyldig og dermed ikke kan godtas. Et gyldig samtykke må stå seg ved en etterfølgende kontroll av følgende vilkår, som alle må være oppfylt. I denne sammenheng viser jeg til beskrivelsen av kravene til gyldig samtykke i pkt 3.2.2.2.

⁵⁹ Ot.prp.nr65 (2005-2006)

⁶⁰ Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. 2002. s. 48

3.3.4 Tvangsbruk i en gråson

Grensen mellom frivillighet og tvang er flytende og pasienter kan oppleve juridisk frivillige innleggelse som tvangsmessige. Et gjennomgående problem ved tvangsfullmakter, er faren for at inngrep og kontroll vil bli anvendt for å ivareta andre interesser enn hensynet til den omsorgstrengende. I en artikkel i *Kritisk Juss* 2000⁶¹ settes det spørsmålsteget rundt gjennomføringen av tvangstiltak i visse situasjoner. Blant annet spørres det om tvangsbruken er begrunnet i hensynet til individets beste eller om tvungent psykisk helsevern i enkelte tilfeller avspeiler samfunnets ønske om å beskytte seg mot uønskede avvikere.⁶²

Også liknende problemstillinger kan oppstå ved bruk av tvang i helsetjenesten. Det å yte helsehjelp mot en persons vilje innebærer for mange et brudd med respekten for pasientens integritet og verdighet og en konflikt med etiske grunnverdier. Problemet er imidlertid at pasienten ofte ikke forstår konsekvensene av å motsette seg helsehjelp, dermed står helsetjenesten overfor valget mellom omsorgssvikt eller en ulovlig bruk av tvang. Spørsmålet blir i denne sammenhengen hvor langt samfunnet ved rettslig regulering skal ha mulighet til å iverksette helsehjelp uten samtykke fra pasienten som mangler samtykkekompetanse, når det etter en faglig vurdering er et stort behov for helsehjelp.

3.3.5 Konverteringsforbudet

3.3.5.1 Konverteringsforbudet som rettssikkerhetsgaranti

For å trygge rettssikkerheten og sikre forutberegnelighet, inneholder psykisk helsevernloven § 3-4 et forbud mot overføring fra frivillig psykisk helsevern til tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen er begrunnet i at de som oppsøker frivillig psykisk helsevern skal kunne føle seg trygge på at ”bordet ikke fanger”. Både tillitt til psykiatrien og respekt for menneskeverdet er av de hensyn som taler for et slikt forbud.⁶³

⁶¹ Jan Fridthjof Bernt. Sosialt ansvar, integritetsvern og rettssikkerhet. *Kritisk Juss* 2000 s.99

⁶² Jan Fridthjof Bernt. Sosialt ansvar, integritetsvern og rettssikkerhet. *Kritisk Juss* 2000 s.99

⁶³ Ot.prp. nr 11 (1998-1999) punkt 6.5.4.

Konverteringsforbudet innebærer helt konkret at en pasient som er under frivillig behandling når som helst kan velge å avslutte behandlingen og institusjonen har dermed en plikt til å skrive pasienten ut. Det er et krav om at utskrivningen skal være reell, dette ble slått fast av Høyesterett i en dom gjengitt i Rt-2002.1646 se side 1651. Retten påpeker her at psykisk helsevernloven skal: *”sikre at en pasient som er frivillig innlagt, når som helst skal kunne begjære seg utskrevet. Det må da kreves at det er en realitet bak utskrivningen”*. Kravet om en reell utskrivelse følger også av forarbeidene.⁶⁴

3.3.5.1.1 Realitet bak utskrivelsen

Det har imidlertid oppstått tolkningstvil og problemer rundt praktiseringen av konverteringsforbudet, derfor har Sosial – og helsedirektoratet utarbeidet et rundskriv om tolkningen av denne bestemmelsen. For at det skal være snakk om en reell utskrivning, må en pasient som ønsker seg utskrevet få anledning til å forlate institusjonen. Vedkommende kan altså ikke hentes tilbake umiddelbart, men det presiseres i forarbeidene⁶⁵ at det må være anledning til å iverksette relativt raske tiltak for å få pasienten under tvungent psykisk helsevern dersom vilkårene for dette er til stede. Motsetter pasienten seg tvangsbehandling, men ønsker likevel ikke å forlate institusjonen, har Høyesterett uttalt at det *”avgjørende i denne situasjonen må være om det i utskrivningen lå tilstrekkelig realitet til at pasienten fikk anledning til å oppfatte og overveie alternativene, og eventuelt benytte seg av sin adgang til å forlate sykehuset”*. Velger pasienten å bli værende på sykehuset til tross for at vedkommende har fått tilstrekkelig informasjon til å skrive seg ut og forlate institusjonen, er det ikke nødvendig at pasienten fysisk forlater sykehuset for å oppfylle kravet om at det skal foreligge realitet bak utskrivelsen.

⁶⁴ Ot.prp. nr 11 (1998-1999) punkt 6.5.4.

⁶⁵ Ot.prp.nr11 (1998-1999) s 65

3.3.5.2 Konverteringsforbudets utilsiktede virkning

Nødrett kan også benyttes som hjemmel for tilbakeholdelse, jf straffeloven § 47. Men i situasjoner hvor nødrett er gyldig rettsgrunnlag er det viktig å presisere at slik tilbakeholdelse bare kan skje så lenge nødrettssituasjonen består. Etter at den akutte nødrettssituasjonen er opphørt kan ikke nødrett brukes for hjemmel til tilbakeholde.⁶⁶

Konverteringsforbudet har vist seg å være litt problematisk i enkelte nødrettssituasjoner. I tilfeller hvor nødrettssituasjonen opphører, men hvor det allikevel er et stort behov for tilbakeholdelse, er det slik at institusjonen må la vedkommende foreta en reell utskrivelse før de kan innhente pasienten igjen, eller finnes andre alternativer.

Problemstillingen ovenfor er særlig aktuell i tilfeller hvor pasienten er til fare for seg selv eller for andre og det vil være uforsvarlig å sende vedkommende hjem. Ettersom tiden går vil det også være vanskeligere å akseptere nødrett som hjemmelsgrunnlag for tilbakeholdelse. Det har dermed forekommet at institusjoner på grunn av pasientens tilstand har foretatt ”fiktive” utskrivelser fordi det har vært ansett uholdbart å holde dem tilbake i institusjoner med grunnlag i nødrettsbestemmelsen. Samtidig har det vært vurdert som nødvendig å få etablert tvungent psykisk helsevern og uforsvarlig å foreta en reell utskrivelse. Konverteringsforbudet får således en litt uheldig konsekvens hvor gjeldende rett har synes vært litt uklar.

3.3.5.3 Unntak?

Psykisk helsevernlovens formål, jf § 1-1, om at helsehjelpen skal være forsvarlig, trekker i retning av at det bør finnes en unntaksmulighet. EMK artikkel 5 stiller, som stiller krav til saksbehandling, lovmessighet og overprøvingsmulighet i forbindelse med tvangsvedtak, taler også for at det i enkelte nødrettssituasjoner ikke bør stilles like strenge krav til reell utskrivelse før tvungent psykisk helsevern etableres.⁶⁷ I henhold til rundskrivet Helse- og

⁶⁶ Ot.prp.nr11 (1998-1999) s 65

⁶⁷ Ot.prp. nr 65 (2005-2006)

omsorgsdepartementet utarbeidet i forhold til forståelsen av konverteringsforbudet,⁶⁸ skal det imidlertid mye til for å lempe på kravet om utskrivelse. Det må i alle tilfeller foretas en konkret vurdering. I tillegg til at pasienten må være til fare for seg selv eller andres liv eller helse, kan det ha betydning at pasientens tilstand er svært alvorlig, at faresituasjonen antas å være langvarig, at det er åpenbart at vedkommende har behov for tvungent psykisk helsevern av en viss varighet eller at pasienten har behov for medikamentell behandling.

3.3.5.4 Lovendringer i konverteringsforbudet

I en endringslov⁶⁹ har psykisk helsevernloven nå fått en snever unntaksadgang fra hovedregelen om forbudet mot konvertering, jf psykisk helsevernloven § 3-4 andre ledd jf første ledd. Etter denne bestemmelse åpnes det nå for en konverteringsmulighet som består i å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern mens et frivillig behandlingsopphold pågår. Etter § 3-4 annet ledd første punktum kommer følgende til uttrykk; *”Forbudet i første ledd gjelder likevel ikke hvor utskrivning av pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse”*.

Konverteringsmuligheten gjelder ikke bare overfor frivillige innlagte pasienter, men overfor alle som er *”under psykisk helsevern etter eget samtykke”*, jf § 3-4 første ledd.⁷⁰

Etter departementets vurdering, bør forbudet mot overføring fra frivillig til tvunget vern likevel være den klare hovedregel. Det har imidlertid vist seg at konverteringsforbudet i enkelte unntakssituasjoner kan få uheldige konsekvenser for pasienten i form av utskrivninger som kan innebære en fare for pasienten selv eller andre, samt svekket rettssikkerhet for pasienten. For å unngå dette har det forekommet fiktive utskrivninger, som ikke nødvendigvis gjør situasjonen noe bedre. Departementet ser videre at unntaksbestemmelsen bare skal gjelde situasjoner hvor konsekvensen av en utskrivning vil være at pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget

⁶⁸ Rundskriv i forhold til forståelsen av konverteringsforbudet, IS-18/2004.

⁶⁹ Ot.prp. nr 65 (2005-2006)

⁷⁰ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. S. 85.

eller andres liv eller helse. Dette må således dokumenteres av den faglig ansvarlige. Videre bør unntak bare gjøres i tilfeller hvor det antas at faren vil vare over noe tid.⁷¹

3.3.5.5 Rettssituasjonen etter konverteringsadgangen

Overfor personer under frivillig behandling utenfor institusjon, medfører ikke konverteringsforbudet noen egentlig endring i rettssituasjonen. Innleggelse skal videre skje etter § 4-10 for personer som er underlagt tvungent psykisk helsevern utenfor institusjonen. Bestemmelsen får i realiteten bare betydning for pasienter underlagt frivillig psykisk helsevern i institusjon. Disse personene mister således retten til utskrivelse etter eget ønske.

Rettssikkerhetsmessig kreves det at vilkårene i phvl. §§ 3-2 og 3-3 forøvrig er oppfylt før konvertering kan skje rettmessig. Ettersom det etableres henholdsvis tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan konverteringsvedtaket påklages til kontrollkommisjonen etter phvl §§ 3-2 og 3-3.⁷²

3.3.6 Klage og kontrollsystemer

Innledningsvis i oppgaven beskrev jeg hvilke kontrollsystemer som kom til anvendelse innen tvungent psykisk helsevern, hvordan kontrollorganene var sammensatt og hvilken funksjon de var tillagt. I dette kapittelet ønsker jeg å ta for meg drøftelser rundt kontrollorganene og deres virksomhet.

Jeg har således valgt å se nærmere på kontrollkommisjonens saklige virkeområde som klageorgan, kontrollkommisjonens kompetanse til å etterprøve vedtak om etablering av tvungent vern og tvungent psykisk helsevern, de særlige saksbehandlingsreglene som oppstilles i denne sammenhengen og til slutt en evaluering og oppsummering av kontrollkommisjonen.

⁷¹ Ot.prp. nr 65 (2005-2006)

⁷² Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. S. 86.

3.3.6.1 Kontrollkommisjonen

3.3.6.1.1 Kontrollkommisjonens saklige virkeområde som klageorgan

Psykisk helsevernloven fastslår at der hvor noen er tatt under tvungent psykisk helsevern, skal det være opprettet en Kontrollkommisjon som skal føre *"den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd"*.⁷³ Dersom Kontrollkommisjonen finner forhold den vil ta opp, kan den gjøre dette direkte overfor den faglig ansvarlige. Etter psykisk helsevernloven § 1-4 er den faglig ansvarlige for å treffe vedtak vedkommende overlege.⁷⁴ Gjelder det spørsmål av mer faglig art, som har med den psykiatriske behandlingen å gjøre, er det vanlig at Kontrollkommisjonen ber Fylkeslegen (som er faglig tilsynsmyndighet) se på saken.

Som klageorgan skal Kontrollkommisjonen treffe avgjørelser som er særlig tillagt den. Dette innebærer blant annet at den skal være klageorgan for avgjørelser og vedtak truffet etter loven. Dette gjelder alle vedtak med unntak av vedtak etter § 3-1 om tvungen legeundersøkelse og etter § 4-4 om behandling uten eget samtykke. Utover det å være et klageorgan, er i tillegg kommisjonene tillagt oppgaver i form av etterprøving av om vilkårene for tvang foreligger, som skal gjennomføres uavhengig av om klage fremsettes, jf psykisk helsevernloven §§ 2-1, 2-2 og 3-10.⁷⁵ Endelig skal kommisjonene ha ansvar for å sikre pasientenes velferd på et generelt grunnlag, jf psykisk helsevernloven § 6-1 annet ledd og forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet kapittel 4.⁷⁶ I henhold til psykisk helsevernloven § 6-1 første og annet ledd, er således kontrollkommisjonens saklige virkeområde todelt. Nærmere bestemmelser om kontrollkommisjonens virksomhet følger av egen forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet.⁷⁷

⁷³ Psykisk helsevernloven § 6-1 andre ledd.

⁷⁴ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) pkt 7.3

⁷⁵ Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. 2002. s. 326

⁷⁶ Forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet 21.desember 2000

⁷⁷ Forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet. 2000-12-21

3.3.6.1.2 Klageadgangen

Kontrollkommisjonene er et viktig kontrollorgan for pasienter underlagt psykisk helsevern, men samtidig har det også vært reist en del kritikk i forbindelse med denne kontrollordningen. Et rettssikkerhetsmessig aspekt er imidlertid hvor reell klageadgangen egentlig er og hvorvidt kontrollkommisjonen faktisk setter til side avgjørelser tatt av de faglig ansvarlige. For at rettigheter skal oppleves som reelle, må de også ha prosessuell beskyttelse, det betyr at de må kunne håndheves gjennom klage eller andre overprøvingsregler. Gjennom kontrollordningen oppnås bedre tilknytning og nærhet til institusjonen, noe som kan være med på å styrke ordningen. Imidlertid kan for nær tilknytning føre til manglende uavhengighet for kommisjonen, som igjen kan bety dårligere rettssikkerhet for pasientene. For at tillitten til ordningen ikke skal svekkes må kontrollkommisjonen fremstå som *”uavhengig i sin virksomhet”*, jf psykisk helsevernloven § 6-3 første ledd, og dermed bidra til at rettsikkerheten blir ivaretatt innen tvungent psykisk helsevern.⁷⁸ Også på andre områder har kontrollkommisjonen fått kritikk som følge av slurv med enkel saksbehandling og manglende innsendt årsrapporter. Videre var det mange pasienter som trakk sine klager tilbake før de kom frem til kommisjonen. En av årsakene var en tidligere bestemmelse i psykisk helsevernloven, jf § 9, som lød: *”Er en klage blitt avslått av Kontrollkommisjonen, kan ny klage ikke kreves fremmet før minst seks måneder er gått”*.

3.3.6.1.3 Etterprøving

Psykisk helsevernloven § 3-8 omhandler etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern. Etter bestemmelsenes første ledd er kontrollkommisjonen tillagt kompetanse til å foreta en kontroll av alle vedtak om etablering av tvungen omsorg og tvungent psykisk helsevern. Kommisjonenes hovedoppgave i denne sammenheng er å påse at riktig fremgangsmåte er benyttet og at grunnleggende krav til tvangsvern er fulgt. Dersom kontrollkommisjonen finner at vedtaket lider av alvorlige formelle eller materielle feil, kan vedtaket kjennes ugyldig. Etter forskrift

⁷⁸ Sosial- og helsedirektoratet. ”Evalueringsrapport av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern”. 12/2005

om kontrollkommisjonens virksomhet⁷⁹, bør kontrollkommisjonen vurdere i hvilken grad saksbehandlingsfeilene har virket inn på vedtakets gyldighet i tråd med forvaltningsloven § 41. Det er kontrollkommisjonens oppgave å sikre at saksbehandlingsreglene overholdes og pasienten kan bli utskrevet fra tvungent psykisk helsevern om ikke viktige saksbehandlingsregler er ivaretatt, jf Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s.158.

Det er imidlertid ikke helt problemfritt at kontrollkommisjonen har en slik overprøvingskompetanse. I et høringsnotat til Ot.prp.nr.65 (2005-2006) kom spørsmålet om hvilken konsekvens det skulle ha for utfallet av en klagesak i kontrollkommisjonen at det var begått en saksbehandlingsfeil under etableringen eller opprettholdelsen av tvungent psykisk helsevern. Etter departementets vurdering var det enighet om at alvorlige saksbehandlingsfeil bør få konsekvenser for opprettholdelsen av tvangsvernet. Det ble også bemerket at av hensyn til kontrollkommisjonens tillitt, som et uavhengighet kontrollorgan, bør kommisjonen ikke overprøve enhver prosessuell feil begått i forbindelse med etableringen. Kontrollkommisjonens prøving er også den første domstolslignende kontroll som skjer etter at faglig ansvarlig har truffet etableringsvedtaket. Dette kunne tilsi at kontrollkommisjonen burde være nøye med å kontrollere at saksbehandlingen er korrekt. En slik lovendring ble imidlertid ikke vedtatt, departementet understreket således *”de særskilte hensyn som gjør seg gjeldende for spørsmålet om hvorledes kontrollkommisjonene skal bedømme saksbehandlingsfeil i forbindelse med klagesaksbehandlingen”*.

Det er kontrollkommisjonens oppgave å, av eget tiltak, ta opp spørsmålet om tvungent psykisk helsevern er opprettholdt rettmessig, dvs om vilkårene i § 3-3 fremdeles er oppfylt, når det har gått tre måneder av vernet. Bestemmelsen om kontrollkommisjonens kontroll av vilkårene for tvungent psykisk helsevern er således med på å bedre rettssikkerheten for pasienter underlagt tvungent vern av lengre varighet. Ved etterprøving får forvaltningsloven anvendelse og etterprøvingen følger dermed ikke de samme kravene til

⁷⁹ Forskrift om kontrollkommisjonenes virksomhet. 21. desember 2000

prosedyre som følger av ordinær klagebehandling etter psykisk helsevernloven § 6-4. Det er videre i tråd med forvaltningsrettslige prinsipper at kontrollkommisjonen før etterprøvingen godtas, blant annet skal sørge for at saken er så godt opplyst som mulig, gi pasienten mulighet for å uttale seg og prøve alle sider av saken dvs at både formelle og materielle krav skal prøves. Når kontrollkommisjonen deretter har fattet sitt vedtak, skal pasienten, eventuelt dennes fullmektig, gjøres kjent med avgjørelsen. Et vedtak om opphør av vernet kan ikke påklages.⁸⁰

Klage på opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, kan således også av pasienten eller dennes nærmeste pårørende bringes inn for kontrollkommisjonen. Ingen kan holdes tilbake under tvungent psykisk helsevern med mindre vilkårene til tvungen tilbakeholdelse er til stede. Den som har truffet vedtak om tvungen tilbakeholdelse skal hele tiden vurdere om vilkårene er oppfylt.⁸¹

3.3.6.1.4 Evaluering av Kontrollkommisjonene

I en evalueringsrapport av kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet,⁸² ble kontrollkommisjonenes arbeid undersøkt i forhold til utøvelsen av lik praksis, i hvilken grad kommisjonene ivaretar viktige rettssikkerhetsgarantier i saksbehandlingen, om innholdet og begrunnelsen i klage- og etterprøvingssaker er tilfredsstillende, slik det fremgår av selve vedtaket osv. Dette er relevante problemstillinger som kan oppstå i forbindelse med Kontrollkommisjonenes arbeid. Kontrollkommisjonene har tidligere også vært gjenstand for kritikk,⁸³ og svakheter ved kontrollkommisjonsordningen har blant annet vært; få behandlede saker i forhold til klager, manglende overprøving av vedtak når det ikke er klaget, manglende psykiatrisk kompetanse gjør det vanskelig å overprøve institusjonenes avgjørelse, fare for identifikasjon med behandlingssystemet og manglende

⁸⁰ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. S.102

⁸¹ Sosial- og helsedirektoratet. Rettssikkerhet ved tvang. www.shdir.no

⁸² Sosial- og helsedirektoratet. "Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern". 12/2005

⁸³ St meld nr 32 (1976-77) Rettssikkerhet i sosial- og helseinstitusjoner og NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke

uavhengighet, for lang saksbehandlingstid, manglende mulighet for overprøving av vedtak om tvangsmedisinering eller bruk av tvangsmidler.

Problemstillingen i evalueringsrapporten var hvorvidt Kontrollkomisjonene fungerte tilfredsstillende i samsvar med intensjoner og krav etter gjeldende rett. Det er en viktig rettssikkerhetsgaranti for pasientene at de kan påklage et tvangsvedtak til et uavhengig organ som har myndighet til å overprøve det. Hovedkonklusjonene i rapporten var etter direktoratets vurdering at kontrollkomisjonene fungerer tilfredsstillende på mange områder og ivaretar mange rettssikkerhetsgarantier for pasientene.⁸⁴

Ordnningen med kontrollkomisjoner ble innført i 1848-loven og videreført i 1961-loven. Med visse endringer ble også ordningen også videreført i psykisk helsevernloven. Erfaringer med disse tilsynsordningene viser at frem til 1990-årene fungerte imidlertid ikke tilsynsordningene som et effektivt middel for å trygge utsatte gruppers rettssikkerhet. I 1986 kom Georg Høyer⁸⁵ med en vurdering av Kontrollkomisjonenes virksomhet innenfor det psykiske helsevern. Resultatet av rapporten om tilsynsordningenes funksjon, var at det oppstod et for nært forhold mellom de faste etablerte tilsynsorganene og de institusjoner det skal føres tilsyn med. Høyer konkluderte så med at det dermed ikke skapes tilstrekkelig avstand og uavhengighet slik at tilsynsordningene kan komme med den kritikk den eventuelt skulle finne. Videre viser rapporten at tilsynsorganene i liten grad er tillagt den myndighet til å kunne gi pålegg om endringer eller på andre måter sette makt bak sine eventuelle kritiske anførsler.⁸⁶

3.3.6.1.5 Oppsummering

Tvangsbruk er avgrenset mot det som regnes som frivillige handlinger eller tiltak.⁸⁷ Utover rettssikkerhetsreglene som følger av pasientrettighetsloven, finnes ingen særskilte

⁸⁴ Sosial- og helsedirektoratet. "Evaluering av kontrollkomisjonene i psykisk helsevern". 12/2005

⁸⁵ Georg Høyer: Tvungen psykisk helsevern i Norge, Tromsø 1986.

⁸⁶ Aslak Syse; Tvang og tilsyn i private hjem. Lov og Rett 2002 s.82

⁸⁷ Aslak Syse; Tvang og tilsyn i private hjem. Lov og Rett 2002 s.82.

rettssikkerhetsregler i helselovgivningen. Det er først når en pasient er under tvungent psykisk helsevern at vedkommende oppnår bedre rettssikkerhet. Tilsyn med tjenester til svake grupper er viktig. Skjerpede krav til rettssikkerheten er spesielt viktig for grupper der rettssikkerheten allerede er utsatt fordi pasientene er svakstilte og lovverket omfattende, eller i situasjoner der tiltak kan gjennomføres uten samtykke, eventuelt mot motstand.⁸⁸ Rettssikkerheten er altså ytterligere skjerpet for pasienter under tvungent psykisk helsevern, enn hva som gjelder generelt etter pasientrettighetsloven. Sett fra pasientens ståsted og i den daglige praktiseringen av loven, vil skillet mellom frivillighet og tvang ofte ikke være så klart. Det har for eksempel vært påpekt at flere innleggelse foregår i en gråson mellom frivillighet og tvang.⁸⁹ På grunn av sykdommen kan pasienter innen tvungent psykisk helsevern være uegnet til å se behovet for behandling. Vedkommende kan således bli utsatt for ulike grader av press, overtalelse og eventuelt trusler fra pårørende og helsetjenesten til å godta innleggelse og behandling.⁹⁰ Dette er noen momenter som kommer i betraktning i rettssikkerhetsproblematikken, regler om klage og kontroll er dermed særlig viktig for at den faktiske gjennomføringen får sin tilsiktede virkning.

3.3.6.2 Statens helsetilsyn

Helsetilsynets tilsyns- og klagebehandling er med på å bidra til at befolkningen får tilstrekkelige tjenester og sikre at tjenester drives i samsvar med lov og forskrift. Forsvarlige tjenester skaper tillitt til tjenestene og til helsepersonell og eventuelle funn tilsynet gjør brukes i sosial- og helsetjenesten forbedringsarbeid. På denne måten opplever befolkningen, i møte med tjenestene, at rettssikkerheten blir ivaretatt på en god måte.

I et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer,⁹¹ var fokus rettet mot hvorvidt samhandlingen mellom akuttavdelinger og

⁸⁸ Ot.prp.nr.59 (1992-1993) Om lov om endringer i lov 28.februar 1997 nr 19 om folketrygd (folketrygdloven) og i enkelte andre lover (samleproposisjon)

⁸⁹ Monahan et al.1999. Syse 1999.

⁹⁰ Sosial- og helsedirektoratet. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Juni 2006.

⁹¹ Statsens helsetilsyn. Rapport 4/2004 Tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer.

distriktpsikiatriske sentra (DPS) fungerte som den skulle og hvorvidt pasientene et helhetlig tilbud. I den forbindelse ble det lagt vekt på om pasientene fikk innfridd sin rett til individuell plan og om retten til veiledning overfor kommunehelsetjenesten ble ivaretatt. Andre viktige spørsmål som ble undersøkt, var spørsmålet om institusjonene prioriterte de alvorligste syke pasientene og om de hadde nødvendig kompetanse.

Resultatet av tilsynsrapporten var dårlig samhandling mellom akuttavdelinger og DPS, samt at utarbeidelsen med individuelle planer var mangelfull. Flere av virksomhetene etterlevde ikke kravet om retten til vurdering, jf pasrl § 2-2 og manglende tilbakemding kunne tyde på at pasientene ikke var vurdert mot lovens prioriteringskrav i henhold til retten til nødvendig helsehjelp, jf pasrl § 2-1. Helsetilsynet konstaterte dessuten manglende kunnskap omkring regelverket for helsepersonell i det psykiske helsevesenet.

Helsetilsynets rapport påpekte at det var for dårlig kjennskap til og for dårlig forståelse av deler av regelverket. Spesielt nyere pasientrettigheter var ikke godt nok innarbeidet.⁹²

3.3.6.3 Domstolsprøving

Utgangspunktet for rettslig prøving av tvangsvedtak etter tvistemålsloven kapittel 33 er hvorvidt de materielle vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt på domstidspunktet.

Etter psykisk helsevernloven § 7-1 første punktum, er søksmålgjenstanden kontrollkommisjonens vedtak i klagesaker om tvungen observasjon og vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern, jf §§ 3-2 og 3-3, og vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, jf § 3-7.

I tillegg til rene innskrivnings- og utskrivningsvedtak vedrørende tvungent psykisk helsevern, åpner psykisk helsevernloven § 7-1 for domstolsprøving av en ny type vedtak. Dette gjelder vedtak om tilbakeføring *til* institusjon fra en plassering utenfor institusjonen

⁹² Statsens helsetilsyn. Rapport 4/2004 Tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer

som har ansvaret for tvangsvernet. I likhet med innleggelse i institusjon uten samtykke, er dette også svært inngripende vedtak for pasienten.

Dersom en pasient ønsker å overføres *fra* institusjon til en mer åpen omsorgsform, så kan kontrollkommissjonens vedtak i slike spørsmål, jf psykisk helsevernloven § 4-10, ikke prøves av retten. Behandlingsvilkåret-dommen,⁹³ er dermed fortsatt retningsgivende for tilfeller hvor pasientens ønske om overflyttes ikke er tilfredsstillende oppfylt.

Kontrollkommissjonen har imidlertid heller ikke kompetanse til å vedta endringer av tvangsvernet som strider imot den faglige ansvarliges vurdering, med mindre det ikke er overprøvingsspørsmålet som etterprøves.

I behandlingsvilkåret-dommen⁹⁴ forelå en begjæring om utskrivning fra pasienten. Byretten foretok her uten å ha den nødvendige kompetansen, en avgjørelse ”fra det mer til det mindre”. Dermed ble spørsmålet i denne dommen hvorvidt kontrollkommissjonen på selvstendig grunnlag også kunne vedta en tilsvarende overføring. En slik problemstilling er særlig aktuell når pasienten har begjært seg utskrevet fra tvungent psykisk helsevern, men ikke fått medhold. På den annen side mener imidlertid den faglige ansvarlige at tvangsvernet fortsatt skal skje på sykehuset. Sosial- og helsedirektoratet har i denne forbindelse vurdert situasjonen dit hen at den faglig ansvarlige har kompetanse alene til å ta en avgjørelse av denne type behandlingsspørsmål, og videre at kontrollkommissjonen ikke kan overprøve avgjørelsen.

Dersom pasienten begjærer seg overført fra tvungen tilbakeholdelse med døgnopphold på institusjon, jf psykisk helsevernloven § 3-5 første ledd, til en mer åpen omsorgsform etter § 3-5 annet ledd, vil saken forholde seg annerledes. En slik overføring kan skje ved en skriftlig begjæring fra pasienten, og det er deretter den faglig ansvarliges oppgave å vurdere hvorvidt en slik overføring kan skje eller ikke. Dersom et vedtak om ikke-overføring bringes inn for kontrollkommissjonen, er selve overføringsspørsmålet som vil

⁹³ Rt.1999.637

⁹⁴ Rt.1999.637

være gjenstand for prøving. Således har kontrollkommissjonen kompetanse til å overprøve den skjønnsmessige avgjørelsen av spørsmålet.⁹⁵

I henhold til tvungent psykisk helsevern blir spørsmålet om hvor langt domstolene kan gå i overprøve en konkret vurdering om for eksempel nødvendigheten av helehjelp. Teori og rettspraksis vektlegger at jo vagere vurderingstemaet er og hvor flere hensyn som spiller inn, desto mer tilbakeholdne bør domstolene være. Begrepet ”nødvendig” er imidlertid en rettslig standard som det lettere er mulig å fastsette innholdet av. Dette taler således for en overprøvingsrett for domstolene. Hensyn som taler mot en overprøvingsrett er derimot ressurshensyn av politisk og økonomisk karakter og likeledes dersom særlig sakkyndige på vedkommende felt har truffet avgjørelsen. Det konkluderes imidlertid med at domstolene vil kunne overprøve vurderinger forvaltningsorganene foretar om ”nødvendig” helsehjelp. Dette innebærer således at domstolene er med på å fastsette grensen for hvor minstestandarden skal settes.⁹⁶

3.3.6.3.1 Betydningen av feil ved etablering av tvangsvernet ved domstolsprøving

Utgangspunktet for domstolsprøvelse er som nevnt om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt på domstidspunktet eller ikke. Feil som eventuelt måtte foreligge ved etableringen av vernet, er imidlertid ikke av særlig betydning i denne prosessen. Dersom saken hadde vært ført etter tvistemålsloven kapittel 30, ville imidlertid slike saksbehandlingsfeil ved inngåelsen spille inn og medføre til at vedtaket kan kjennes ugyldig og parten eventuelt ha krav på erstatning.

Ved domstolens vurdering av om vernet skal fortsette eller utskrivning kan skje, er det meget betenkelig at alvorlige saksbehandlingsfeil begått ved etableringen ikke får betydning. Etter prosessformen i tvistemålsloven kapittel 33 vil altså et tvangsvedtak som ved en etterfølgende prøving etter tvistemålsloven kapittel 30, kunne gi grunnlag for fortsatt lovlig tilbakeholdelse. Betenkelig er det at et slikt rettssikkerhetsvern gjennom en særskilt

⁹⁵ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. S.182.

⁹⁶ Asbjørn Kjønstad. Helserett. 2005. S.206.

prosessordning, kan gi pasienten underlagt tvungent psykisk helsevern et dårligere vern mot saksbehandlingsfeil, enn etter et ordinært søksmål om gyldigheten av vedtaket.

I en nyere dom, jf Rt.2002 s.1646, ble det åpnet for at det i de mest alvorligste tilfellene kan tenkes at tvangsvedtak *”lider av så grove kompetansemangler at de i realiteten må betraktes som en nullitet”*. I denne dommen ble det påpekt av Høyesterett at de tidligere bruddene på konverteringsforbudet (tidligere psykisk helsevernloven § 2-3) også innebar brudd på EMK artikkel 5 nr. 1 om at lovlig fremgangsmåte alltid skal følges.⁹⁷ Men når man ser på rettspraksis og ser på resultatet i Almanakkdommen (Rt.1998.s937), som det henvises til i denne dommen fra 2002, er det lite sannsynlig at dette vil kunne skje.

I almanakkdommen ble pasienten innlagt til observasjon og ble overført til frivillig innleggelse etter utløpet av observasjonstiden. Pasienten ble ikke informert om overføringen og heller ikke om sin rett til å forlate sykehuset. Deretter ble han holdt tilbake ved tvang, og konvertert til å være underlagt tvungent psykisk helsevern. Vedtaket om tvangsinnleggelsen ble heller ikke skriftlig nedtegnet og overlegen førte bare noen notater i sin almanakk som i ettertid ble innført i pasientjournalen. Men de ble innført som om de var nedtegnet på tidspunktet for innleggelsen. Til tross for slike alvorlige saksbehandlingsfeil ble ikke pasienten skrevet ut, idet Høyesterett bare prøvde om de materielle kravene for tilbakeholdelse var oppfylt på domstidspunktet.

Saksbehandlingsfeil kan også i en viss grad spille inn ved den skjønnsmessige vurderingen av hvorvidt tvangsvernet skal fortsette eller ikke, jf psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr.6. Dette skjedde blant annet i Rt.2002.s.1646, men uten at det førte til utskrivning.⁹⁸

⁹⁷ Et brudd på EMK art. 5 vil samtidig gi grunnlag for et krav om erstatning etter EMK art. 5 nr.5, se Erik Møse, Menneskerettigheter, Oslo s. 290-91.

⁹⁸ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. S.194.

3.3.7 Saksbehandlingsregler

Psykisk helsevernloven hjemler inngrep i den personlig frihet og integritet, noe som øker behovet for beskyttelse mot myndighetsmisbruk og beskyttelse mot at det tas vilkårlige avgjørelser. Dette er en svært aktuell problemstilling og samfunnet må således stille krav til gjennomføringen og krav til rammene rundt rettsanvendelsen.⁹⁹

3.3.7.1 Forholdet til forvaltningsloven

3.3.7.1.1 Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningsloven fastsetter generelle prinsipper for saks- og klagebehandlingen i den offentlige forvaltningen. Større grad av åpenhet og medvirkning osv trekker i retning av sterkere rettssikkerhetsgarantier nå enn tidligere.¹⁰⁰

Psykisk helsevernloven fastslår at forvaltningsloven gjelder for saker som behandles etter denne loven, jf § 1-6 første ledd ”*For behandling av saker etter loven her gjelder forvaltningsloven*”. Psykisk helsevernloven inneholder regler om forholdet mellom pasienten og det psykiske helsevernet, og hører således hjemme innenfor den offentlige rett. Dette betyr at pasientene også vil ha rettigheter etter forvaltningsloven ved behandling etter psykisk helsevernloven.

3.3.7.1.2 Betydningen av forvaltningslovens anvendelse

Ved sosial- og helsedepartementets vurdering av om forvaltningsloven skulle komme til anvendelse, jf Ot.prp.nr.11, var det flere hensyn som spilte inn. Av vesentlig betydning var det at kompliserte og kostbare rutiner ikke måtte gå utover pasientenes rettssikkerhet. Et for omfattende regelverk kunne føre til mindre tid til behandling og dermed svekke pasientenes øvrige rettigheter. Det ble videre vektlagt at regelverket skulle være praktisk anvendbart og forståelig for brukerne. Avgjørende for departementet ble imidlertid at vedtakene innebar

⁹⁹ Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. 2002. s. 97

¹⁰⁰ Ot.prp.nr.11 (1998-99) pkt 5.7.4

alvorlige inngrep overfor den enkelte, og dermed behovet for grunnleggende prosessuelle rettigheter som partsoffentlighet, begrunnelse og rett til å bli hørt før vedtak treffes. Selv om eventuelle praktiske og administrative hensyn måtte tale for en slik ordning, ble hovedvekten lagt på hensynet til pasientenes rettssikkerhet.¹⁰¹

Saksbehandlingsregler skal sikre at avgjørelser tas på en riktig måte og dermed styrke pasientenes rettssikkerhet. Imidlertid kan for mange regler å forholde seg til i en hektisk hverdag, virke uhensiktsmessig og beslutninger som tas innen det psykiske helsevernet vil i mange tilfeller avvike fra beslutninger som tas ellers innenfor offentlig sektor.

Forvaltningslovens saksbehandlingsregler er tilpasset et byråkratisk system hvor hensynene til rettsikkerhet og en effektiv saksbehandling er forsøkt forent. Innenfor tvungent psykisk helsevern vil derimot mange situasjoner, være av en slik karakter at for eksempel kravet om forhåndsvarsling, jf fvl § 16, ikke lar seg gjennomføre eller fremstår som svært uhensiktsmessig. Under gjennomføring av psykisk helsevern vil det for eksempel være nødvendig å treffe vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler, jf phlsvl § 4-6, uten at det på forhånd varsles eller gis anledning til å uttale seg.

I likhet med de øvrige bestemmelsene i forvaltningsloven kapittel IV og V, åpner forvaltningsloven for fleksibelt utformede bestemmelser med egne unntaksbestemmelser, jf fvl § 16 tredje ledd bokstav a, når *”slik varsling ikke er praktisk mulig eller vil medføre fare for at vedtaket ikke kan gjennomføres”*. Bestemmelsene ivaretar dermed behovet for en rask avklaring som oppstår i kriselignende situasjoner. Det er imidlertid ikke meningen at disse unntakene skal forstås dit hen at mindre forsvarlige avgjørelser kan tas når behovet for raske avgjørelser er påtrengende.¹⁰²

¹⁰¹ Ot.prp.nr.11 (1998-99) pkt. 5.7.4

¹⁰² Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Pstkisk helsevernloven med innledning og kommentarer. 2002. s. 97

Vedtak om behandling uten eget samtykke skal påklages til fylkeslegen, men bortsett fra det skal kontrollkommisjonen være klageinstans for vedtak etter kapittel 3 og 4. Særskilte saksbehandlingsregler i psykisk helsevernloven § 6-4 kommer til anvendelse for kontrollkommisjonens behandling av saker om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt klager på overføringer. Forvaltningslovens kapittel VI om klage og omgjøring gjelder i utgangspunktet for øvrige vedtak som vedtak om tvangsbehandling, forbindelse med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler osv.¹⁰³ I tillegg til særskilte saksbehandlingsregler etter psykisk helsevernloven, inneholder pasientrettighetsloven en bestemmelse som lovfester forvaltningslovens anvendelse ved behandling av saker om enkeltvedtak og klage, jf pasientrettighetsloven § 7-6.

3.3.7.2 Klage og omgjøring

Forvaltningslovens kapittel VI, Om klage og omgjøring, gjelder i utgangspunktet også for vedtak som fattes med hjemmel i psykisk helsevernloven.¹⁰⁴ Forvaltningslovens generelle klagefrist er på tre uker, jf fvl § 29 første ledd, og denne fristen vil dermed gjelde som et utgangspunkt for vedtak også etter psykisk helsevernloven. Psykisk helsevernloven § 3-7 og § 3-8 oppstiller imidlertid egne særskilte klageregler hvor klagefristen er utvidet til tre måneder.

Hva har det imidlertid å si for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern at klagefristen er forlenget med inntil tre måneder. Når det gjelder vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter § 3-7, er en slik forlenget klagefrist svært viktig for pasientene. Klageretten er praktisk viktig ved tvungen observasjon ettersom kontrollkommisjonen neppe greier å behandle en begjæring om opphør mens pasienten ennå er innlagt, dermed må normalt behandlingen avsluttes innen ti dager. Ved tvungent psykisk helsevern kan det ta en viss tid før pasienten klarer å fremsette

¹⁰³ Ot.prp. nr.11 (1998-1999) pkt. 5.7.4.

¹⁰⁴ Ot.prp. nr.11 (1998-1999) s.55

en klage over opprettholdelse på et tidspunkt pasienten selv mener at vilkårene ikke var oppfylt.¹⁰⁵

Ettersom forvaltningsloven er gjort gjeldende, er utgangspunktet at den faglig ansvarlige, når pasienten fremsetter klage, kan prøve alle sider av saken og videre omgjøre sitt vedtak, jf § 34. Etter psykisk helsevernloven følger imidlertid spesielle regler for behandlingen av klager og omgjøring ved vedtak om tvungent psykisk helsevern etter § 3-3, vedtak om opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern etter § 3-7 og vedtak om overføring etter §§ 4-10 og 5-6.

Psykisk helsevernloven inneholder derimot ingen særskilte regler om klage og omgjøring for andre vedtak under gjennomføringen av psykisk helsevernloven etter kapittel 4. Her vil derfor forvaltningslovens regler i kapittel VI, om saksbehandlingen av klager og spørsmålet om omgjøring i slike saker, fortsatt gjelde, jf hovedregelen i psykisk helsevernloven § 1-6. I forskrift om kontrollkomisjonens virksomhet,¹⁰⁶ er det nedfelt en rekke saksbehandlingsregler for kommisjonens klagebehandling, som dels supplerer forvaltningslovens regler og dels gjengir forvaltningslovens regler.¹⁰⁷

3.3.7.3 Habilitet

Som følge av forvaltningslovens anvendelse innen psykisk helsevern, jf psykisk helsevernloven § 1-6, gjelder likeledes bestemmelsene om habilitet på tilfeller som behandles etter psykisk helsevernloven. Krav om habilitet skal bidra til å styrke tillitten til forvaltningens avgjørelser, ved at avgjørelsene treffes på objektivt grunnlag. Når habilitetsreglene anvendes på avgjørelser tatt i det psykiske helsevernet, blir spørsmålet hvordan habiliteten best mulig kan ivaretas når det i de fleste tilfeller er den faglig ansvarlige som både utreder og treffer beslutning i saken.

¹⁰⁵ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. s.101.

¹⁰⁶ Forskrift om kontrollkomisjonenes virksomhet av 3 november 2000

¹⁰⁷ Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Pstisk helsevernloven med innledning og kommentarer. 2002. s. 100

For den faglig ansvarlige vil reglene om habilitet ha stor praktisk betydning i forhold til kompetansen som er knyttet til rollen som faglig forsvarlig. En konsekvens av at habilitetsreglene i forvaltningsloven får anvendelse, er at den faglig ansvarlige for vedtak for eksempel ikke vil kunne treffe vedtak der han selv er part i saken, eller dersom han er i slekt med den saken gjelder, jf forvaltningsloven § 6 første ledd bokstav a og b. Også når det foreligger *”særegne forhold som er egnet til å svekke tillitten til hans upartiskhet”*, vil den faglig ansvarlige for vedtak kunne være inhabil til å treffe et vedtak etter psykisk helsevernloven, jf fvl § 6 annet ledd.

3.3.7.4 Taushetsplikt

Etter forvaltningsloven kapittel III finnes regler om taushetsplikten, disse vil også få anvendelse på saker som behandles i det psykiske helsevernet. Taushetsplikten etter forvaltningsloven §§ 13-13 f, er knyttet til at ansatte gjennom sitt arbeid innen psykisk helsevern utøver offentlig virksomhet. I tillegg vil helsearbeidere gjennom helsepersonelloven, jf § 21, være bundet av reglene om taushetsplikt.

To sett av regler om taushetsplikt er imidlertid ikke helt uproblematisk i en hektisk hverdag. Det vil ofte være vanskelig å skille mellom rollen som utøver av forvaltningen og rollen som helsepersonell, og dermed i enhver situasjon vite hvilke regler som skal brukes når. Reglene overlapper hverandre til dels og i de fleste situasjoner gir reglene pasienten krav på taushet uavhengig av hvilke regler som legges til grunn. I praksis vil nok den yrkesmessige taushetsplikten etter helsepersonelloven § 21 ha størst betydning, idet den er spesielt rettet mot behandlingssituasjonen og stiller strengere krav til taushet enn forvaltningslovens bestemmelser.

Når det gjelder den yrkesmessige taushetsplikten etter helsepersonelloven § 21, gjelder den for alt helsepersonell som utfører en handling som har *”forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål”*, jf hlspl § 3 første og tredje ledd. Dette betyr for eksempel at en sosionom som jobber innen det psykiske helsevernet, vil være pålagt taushetsplikt både i henhold til helsepersonelloven og forvaltningsloven.

Loven oppstiller videre en rekke unntak fra taushetsplikten og plikten gjelder således ikke alltid ubetinget. Taushetsplikten er ikke til hinder for at helsepersonell gjør taushetsbelagte opplysninger kjent dersom pasienten samtykker til at slikt kan skje, jf hlspl § 22. Etter helsepersonelloven § 23 nr.4 kan opplysninger gis videre ”når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre”. Her er en reservasjon inntatt i loven som medfører at brudd på taushetsplikten i enkelte situasjoner ikke vil være ulovlig. I kraft av hlspl § 25 kan opplysninger også gis til samarbeidende personell. I helsepersonelloven kapittel 6 er helsepersonell tillagt en opplysningsplikt uten hensyn til taushetsplikten, dette begrunnes i hensynet til pasienten og gjelder typisk opplysninger til tilsynsmyndigheter (hlspl § 30), opplysninger til nødetater (hlspl § 31), opplysninger til sosialtjenesten (hlspl § 32) og opplysninger til barneverntjenesten (hlspl § 33).

Kravet om taushetsplikt begrenses i noen tilfeller av foreldrenes innsynsrett. I kraft av å være forelder har foreldrene krav på opplysninger overfor barn og unge, jf pasientrettighetsloven §§ 5-1 fjerde ledd og 3-4. Hvorvidt opplysningene da kan frigis foreldrene, vil avhenge av om de er tilknyttet forhold som indirekte har hatt innvirkning på barnets psykiske tilstand. Opplysninger som ikke har hatt innvirkning på barnets psykiske helse, vil foreldrene som hovedregel ha krav på, jf taushetsplikten om ”personlige forhold” etter fvl § 13 og hlspl § 21.¹⁰⁸

3.3.8 Forholdet til EMK

3.3.8.1 Den europeiske menneskerettskonvensjonen

Allerede i FNs verdenserklæring om menneskerettigheter av 10. desember 1948 ble vernet mot alvorlige og uetiske inngrep fra samfunnets side, nedfelt. Dette utgangspunktet er videre gjentatt i de bindende menneskerettskonvensjonene som alle de nordiske landene har sluttet seg til. Alle stater som har ratifisert EMK har nå godkjent individuell klageadgang til

¹⁰⁸ Kristin Hagen, Tore Roald Riedl og Roger Østbøl. Pstkisk helsevernloven med innledning og kommentarer. 2002. s. 101

Menneskerettsdomstolen i Strasbourg (EMD). I henhold til denne klageadgangen, kan enhver som hevder å være utsatt for en overtredelse av de rettigheter som er fastsatt i konvensjonen, fremme en klage.¹⁰⁹

3.3.8.1.1 Artikkel 3 – Forbud mot tortur

EMK artikkel 3 er en særlig viktig bestemmelse for mennesker som er underlagt tvungent psykisk helsevern, herunder tvungen tilbakeholdelse eller andre tvangsmessige inngrep. Artikkel 3 sier uttrykkelig at ingen må utsettes for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. For det psykiske helsevernets vedkommende er artikkelens innhold blitt belyst gjennom klager på soningsforhold i fengsler. Blant annet er spørsmålet om tortur av fanger vært sentralt, men spørsmålet vil også ha relevans for tilstander og behandling ved psykiatriske institusjoner. FN konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 7 første punktum, har et lignende forbud mot tortur og umenneskelig eller uverdiggende behandling eller straff som etter EMK art. 3. FN konvensjonen er gjeldende for norsk rett gjennom menneskerettsloven § 2 nr. 3, men fordi det er EMKs bestemmelser som påberopes oftest, nevner jeg bare kort FN konvensjonens aktuelle bestemmelser.

Overfor Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) praksis, innebærer umenneskelig behandling eller straff at vedkommende utsettes for inngrep som fører til en umenneskelig og sterk fysisk eller psykisk lidelse. Nedverdiggende behandling eller straff kan foreligge dersom vedkommende utsettes for tiltak som er ydmykende for pasienten, som skaper usikkerhet og en følelse av mindreverdighet hos pasienten. Artikkel 3 i seg selv forbyr ikke bruk av tvang. Slik tvangsbruk må imidlertid være medisinsk velbegrunnet og ikke ha formål som kan virke nedverdiggende overfor pasienten.¹¹⁰ Artikkel 3 er imidlertid kun en rammebestemmelse og rettmessige tiltak vil ikke kunne fastsettes etter denne bestemmelsen. EMD utøver videre stor forsiktighet med å konstatere brudd på denne

¹⁰⁹ Syse, Aslak. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. s.263

¹¹⁰ Ot.prp.nr.65 (2005-2006) pkt. 3.2.1.1

bestemmelsen når behandlingen er begrunnet som medisinsk eller psykiatrifaglig forsvarlig.

I dommen *Herczegfalvy mot Østerrike*,¹¹¹ ble behandlingen av en sinnslidende ikke funnet å være i strid med forbudet i artikkel 3, til tross for at vedkommende i lengre perioder ble bundet fast til sengen og iført håndjern, i tillegg til tvangsmedisinering og tvangsernæring. Påkjenningen av å bli utsatt for slike inngrep resulterte i fysiske og psykiske lidelser for vedkommende, samt skader som tap av tenner, brukkne ribbein og blåmerker. Avgjørelsen viser dermed at selv om pasienter har krav på beskyttelse, tilsier ikke det at svært inngripende tiltak nødvendigvis er konvensjonsstridige.¹¹²

3.3.8.1.2 Artikkel 5 – Retten til frihet og sikkerhet

En annen viktig bestemmelse er inntatt i EMK artikkel 5 og omhandler vilkår for frihetsberøvelse. Etter denne bestemmelsen har enhver rett til personlig frihet og sikkerhet, jf EMK art. 5 (1) første setning. Etter bestemmelsens andre setning er det åpnet for at statene kan gi lovregler som hjemler frihetsberøvelse på bestemte vilkår. Forutsetningen for slike unntak er at det skjer etter beslutning fra kompetent myndighet basert på den nasjonale lovgivningen, samt at det kreves rettslig overprøvningsmulighet. Tilsvarende bestemmelse finnes i FN konvensjonens art. 9, som gjelder retten til å prøve frihetsberøvelse. Bestemmelsen vil i all hovedsak være dekket av EMK art. 5, jf art. 6.

Artikkel 5 åpner for frihetsberøvelse i en rekke situasjoner, og i denne sammenheng er alternativet etter Art. 5 (1) bokstav e) av størst interesse for det tvungne psykiske helsevernet. Bokstav e) åpner for "*Lovlig frihetsberøvelse av personer for å hindre spredning av smittsomme sykdommer, av sinnslidende, alkoholister, narkomane eller løsgjengere*". Den norske versjonen opererer med uttrykket "*sinnslidende*", dette er i originalteksten uttrykt som "*persons of unsound mind*".

¹¹¹ EMD *Herczegfalvy mot Østerrike*, Series A 244 (1992).

¹¹² Aslak Syse. *Psykisk helsevernloven med kommentarer*. 2007. s. 263 flg

I forhold til psykiatriske pasienters rettsstilling, har EMD avgjort mange saker i henhold til denne bestemmelsen. I dommen Gajcsi mot Ungarn,¹¹³ tok EMD for seg betydningen av et særlig godt rettsvern for pasienter under tvungen psykisk helsevern, der retensjon stadig kan fornyes. I denne dommen ble det påvist brudd artikkel 5 (1) ved at blant annet begrunnelsen for fortsatt tvangsvern ikke var tilstrekkelig dokumentert, og det forhold at den tvungne tilbakeholdelsen ikke skjedde i samsvar med nasjonal rett.

Særlig viktig for det psykiske helsevernet er betydningen og avgrensningen vedrørende begrepet ”persons of unsound mind”, og som dermed har relevans i forhold til hvem som rettmessig kan tilbakeholdes. Dette ble drøftet i Winterwerp-dommen fra 1979,¹¹⁴ og dommen er fremdeles sentral for prøving av rettmessigheten av frihetsberøvelse overfor psykiatriske pasienter. I forhold til forståelsen og innholdet av begrepet, la EMD vekt på at innholdet vil avhenge av utviklingen i psykiatrien og i samfunnet for øvrig, noe som tilsier en fleksibel og ”tidsriktig” tolkning. Videre oppstilte EMD noen betingelser som må være til stede for at kravene etter Art.5 (1) bokstav e) skal være oppfylt. Den mentale forstyrrelsen må være fastslått på grunnlag av uttalelse fra objektiv medisinsk ekspertise. Den mentale forstyrrelsen må videre være av en slik art at den gjør frihetsberøvelse berettiget og de betingelser som er nevnt her må være til stede under hele frihetsberøvelsen.¹¹⁵

I forhold til grunnvilkåret om tvungent psykisk helsevern, jf ”*alvorlig sinnslidende*” i psykisk helsevernloven § 3-3, har vært påpekt at det norske begrepet er strengere enn EMKs ”*persons of unsound mind*”. Begrepet ”unsound mind” må sies å være et videre begrep enn det norske ”*alvorlig sinnslidende*”. Konsekvensen av et strengt norsk kriterium tilsier at den mentale forstyrrelsen til den som er underlagt tvungen psykisk helsevern, e av en slik karakter at frihetsberøvelse er berettiget.¹¹⁶

¹¹³ EMD Gajcsi mot Ungarn, 3.okt.2003.

¹¹⁴ EMD Winterwerp mot Nederland, Series A 33 (1979).

¹¹⁵ Ot.prp.nr.11 (1998-1999) pkt. 7.3.4.1

¹¹⁶ Ot.prp.nr.11 (1998-1999) pkt. 7.3.4.1

I tillegg til de materielle vilkårene etter art. 5, oppstilles krav om rettslig overprøvelse av lovligheten av iverksatt frihetsberøvelse, jf EMK art. 5 (4). Disse kravene er således supplerende i forhold til kravene om rettslig prøving i EMK art. 6. Videre er det slik at enhver som er pågrepet eller utsatt for frihetsberøvelse, kan etter EMK art. 5 (4) anlegge sak, slik at rettstilstanden for vedkommende raskt kan bli avklart av en domstol.¹¹⁷

3.3.8.1.3 Artikkel 8 – Retten til respekt for privatliv og familieliv

Det følger av EMK artikkel 8 (1) at *”enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse”*. Av art. 8 (2) fremgår når unntak fra hovedprinsippet i første ledd kan gjøres gjeldende. Av særlig interesse er alternativet som sier at inngrep kan skje med hjemmel i loven, og da særlig *”for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter”*. I nødvendighetskriteriet er det i følge EMDs rettspraksis krav om en forholdsmessighetsvurdering av hva som kan oppnås med tiltaket i forhold til tiltakets art. FN konvensjonens artikkel 10 første ledd fastslår at personer som er utsatt for frihetsberøvelse, *”skal behandles humant, og med respekt for menneskets iboende verdighet”*.

Menneskets fysiske integritet er kjernen i vernet av privatlivet. Dette gjelder for alle mennesker, også de som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Det kan således bare unntaksvis gis lovregler som hjemler lovlig tvungen tilbakeholdelse eller tvungen behandling og lignende tvangstiltak uten at dette kommer i konflikt med retten til *”privatlivets fred”*. Særlig problematisk kan det være dersom tvangsvernet er begrunnet i pasientens egen interesse, og ikke i henhold til å *”beskytte andres rettigheter og friheter”*.

I den nevnte Herczegfalvy-dommen,¹¹⁸ ble behandlingen av en sinnslidende ikke funnet konvensjonsstridig i henhold til Art. 3. Forholdene ble heller ikke oppfattet krenkende i forhold til Art. 8. Grunnen er dels at statene i forhold til hva som er *”nødvendig i et*

¹¹⁷ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. s. 264 flg.

¹¹⁸ EMD Herczegfalvy mot Østerrike, Series A 244 (1992).

demokratisk samfunn”, har en viss skjønnsmargin som det kan handles innenfor. Dels er grunnen også at domstolene er tilbakeholdne med å overprøve faglige spørsmål når staten viser til en medisinsk begrunnelse for vedtaket.¹¹⁹

3.3.8.2 Oppsummerende vurderinger

Et stort arbeid nedlegges for å redusere tvangsbruk overfor psykiatriske pasienter, både gjennom internasjonale og nasjonale tiltak. Imidlertid har ulike tiltak for å redusere tvangsbruken, vært begrunnet ut fra humanitære hensyn istedenfor ut fra en oppfatning om at tvang kan komme i strid med våre menneskerettslige forpliktelser.

Gajcsi-dommen fra 2006 fastslo ulovlig frihetsberøvelse fordi vilkårene for å etablere og videreføre tvungent psykisk helsevern, jf EMK art. 5 (1), ikke var oppfylt og dermed var ikke de prosessuelle rettssikkerhetsgarantier til stede. EMD er tydeligvis nøye på at de prosessuelle forutsetningene skal være oppfylt, det som skjer innen for institusjonen er imidlertid ikke av like stor viktighet. Her synes statene fortsatt å ha vid skjønnsmargin, når tiltakene begrunnes som medisinsk nødvendige.¹²⁰

4 Avslutning

I det psykiske helsevernet er det rom for behandling uten at pasienten har gitt sitt samtykke til det, jf psykisk helsevernloven. Selv om det både fra politisk og faglig hold ønskes at behandlingen i størst mulig grad skal skje på bakgrunn av frivillighet, er det fremdeles mange som behandles med tvang. I Ot.prp. nr.11 (1998-1999) slås det fast at i de tilfeller det er adgang til å bruke tvang, skal disse tiltakene begrenses til det strengt nødvendige.¹²¹

¹¹⁹ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. s.266 flg.

¹²⁰ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. s.279.

¹²¹ SINTEF Rapport. Tvungent psykisk helsevern i døgnopphold i 2002. s. 7

I lovgivningsprosessen vil det alltid være hensyn som trekker i ulike retninger og for lovgiver vil det være hensiktsmessig å dempe verdikonfliktene. Flere hensyn kan imidlertid sammenfalle, som når det gis hjemmel til frihetsberøvelse av personer med alvorlige psykiske lidelser til å beskytte vedkommende fra å skade seg selv, ivaretas hensynet til livet. På den annen side, vil en slik reguleringsmåte stå i strid med hensynet til selvbestemmelsesretten dersom frihetsberøvelsen skjer mot pasientens vilje. Lovgiver kan under lovgivningsprosessen tillegge ett eller flere hensyn større vekt enn andre, men som et utgangspunkt bør all bruk av tvang kunne rettferdiggjøres.

Allment anerkjente hensyn som taler *for* rettferdiggjøring av tvungen tilbakeholdelse og tvungen behandling,¹²² tilsier blant annet at overfor personer som helt eller delvis, på grunn av sin sykdom, mangler evnen til å samtykke, har samfunnet en plikt til å restituere kompetansen. Samfunnet har i tillegg en plikt til å forhindre og forebygge lidelse hos personer med psykisk sykdom. Situasjoner kan forekomme hvor pasienten ikke selv vet at han eller hun har et behov for helsehjelp, det er derfor nødvendig at vedkommende gis omsorg og behandling selv om det må skje mot pasientens vilje. Sist men ikke minst tillegges samfunnet en plikt til å forhindre at psykisk ustabile personer skader andre, dels for å beskytte omgivelsene, dels fordi det ikke er vedkommende pasients interesse å skade andre. Ut fra disse hensynene kan tvungen tilbakeholdelse og tvungen behandling rettferdiggjøres.¹²³

Slik tvangsbruk vil imidlertid være i strid med viktige hensyn som taler *mot* bruk av tvang. Hensynet til selvbestemmelsesretten tilsier at personer som er kompetente har rett til å bestemme over seg selv. Det er dessuten ønskelig at personer med begrenset samtykkekompetanse også rett til innflytelse på avgjørelser som angår dem. Administrativ frihetsberøvelse betyr således en innskrenkning i denne retten. Det er videre ikke

¹²² Aslak Syse og Tore Nilstun. Ulike regler – lik forståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri, Tidsskrift for Rettsvitenskap 1997. S.837 flg.

¹²³ Aslak Syse. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2007. S. 256.

dokumentert om, og hvorledes bruk av tvang påvirker og forbedrer behandlingsresultatet og pasientens prognose.¹²⁴

Skal bruk av tvang rettferdiggjøres, må viktige hensyn vektlegges slik at tvangsbruken ikke blir uforholdsmessig. Risikoen for misbruk vil alltid være til stede, derfor må den enkelte beskyttes mot unødig tvangsbruk og frihetsberøvelse bør reduseres til det strengt nødvendige. Videre bør tvangsbruk avgrenses dit hen at bruken kun omfatter den, som på grunn av sin psykiske lidelse, trenger omsorg og behandling.

Ved at samfunnet ved et kompetent organ vedtar frihetsberøvelse eller annen tvungen behandling overfor et individ, handles det ut fra en paternalistisk oppfatning. To hovedhensyn begrunner at frihetsberøvelse kan brukes. Det ene er hensynet til den psykisk sykes egen interesse, for å sikre etablering av et forsvarlig behandlingstilbud eller forhindre at vedkommende skadet seg selv. Det andre er at frihetsberøvelse kan iverksettes for å hindre at vedkommende skader andre personers liv eller helse.¹²⁵

¹²⁴ Aslak Syse og Tore Nilstun. Ulike regler – lik forståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri, Tidsskrift for Rettsvitenskap 1997. S.837 flg.

¹²⁵ Aslak Syse og Tore Nilstun. Ulike regler – lik forståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri, Tidsskrift for Rettsvitenskap 1997. S.837 flg.

Litteraturliste

Bøker med opptil 3 forfattere

Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente. Helsepersonelloven med kommentarer. 2utg. 2001.

Høstmælingen, Njål. Internasjonale menneskerettigheter. 2004.

Hagen, Kristin og Riedl, Tore Roald og Østbøl, Roger. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer. 2002.

Kjønstad, Asbjørn. Helserett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling 1utg. 2005.

Møse, Erik. Menneskerettigheter. Oslo. 2002.

Syse, Aslak. Pasientrettighetsloven med kommentarer. 2 utg. Oslo.2004

Syse, Aslak. Psykisk helsevernloven med kommentarer 1utg. Oslo. 2004

Syse, Aslak. Psykisk helsevernloven med kommentarer. 2utg. Oslo.2007

Artikler i tidsskrifter, årbøker, samleverk

Bernt, Jan Fridthjof. Sosialt ansvar, integritetsvern og rettssikkerhet. Kritisk Juss 2000

Engaas, Lars Olle. ”Psykiatriens makt og respekt for individet”. Aftenposten 6august 1997

Friis, Svein Tidsskrift Norske Legeforening nr.29.2001.s.121

”Fattige legges inn med tvang”. Aftenposten 27.02.06.

Høyer, Georg. Tvungent psykisk helsevern i Norge. Tromsø 1986.

SINTEF rapport. Tvungent psykisk helsevern i døgnopphold i 2002.

Statens helsetilsyn. Rapport 4/2004. tilsyn med helsetjenester til voksne med psykisk problemer.

Sosial- og helsedirektoratet. ”Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern” 12/2005

Sosial- og helsedirektoratet. ”Evaluering av kontrollkommisjonene p psykisk helsevern” 12/2005

Syse, Aslak. Tvang og tilsyn i private hjem. Lov og rett. 2002.

Storvik, Anne Grete. ”Tillatt å tvangsernære”. Dagens medisin nr.3.8 februar 2007.

Syse, Aslak. Monahan et al 1999

Syse, Aslak og Nilstun, Tore. ”Ulike regler – lik forståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri”. Tidsskrift for Rettsvitenskap.1997.

Elektroniske dokumenter

Helse- og omsorgsdepartementet, Ansvarsområder. www.regjeringen.no

Helse- og omsorgsdepartementet, Spesialisthelsetjenest. www.regjeringen.no

www.helsetilsynet.no

Sosial- og helsedirektoratet. Rettssikkerhet ved tvang. www.shdir.no

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

Forarbeider

St. meld nr.32 (1976-77) Rettssikkerhet i sosial- og helseinstitusjoner

St.meld.nr.50 (1993-94) Handlingsplan for eldreomsorgen

NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten egen samtykke

NOU 2001:19 Biobanker

NOU 1991:20 Å vite eller ikke vite

Ot.prp.nr.11 (1998-99) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)

Ot.prp.nr.12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp.nr.59 (1992-93) Om lov om endringer i lov 28.februar 1997 nr.19 om folketrygd (folketrygdloven) og i enkelte andre lover (samleproposisjon)

Ot.prp.nr.65 (2005-06) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp av 1desember 2000.

Forskrift om kontrollkomisjonenes virksomhet av 21.desember 2000

Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon av 24.november 2000

Rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet IS-12/2004

Rundskriv i forhold til forståelsen av konverteringsforbudet IS-18/2004
Inst.O.23 for 2003-02

Lovregistre

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) 2.juli 1999 nr.63
Lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) 13.desember 1991 nr.81
Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. 30.mars 1984 nr.15
Lov om endringer i pasientrettighetsloven og biobankloven. (LOV-2006-12-22-99)
Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
28.april 1961 nr.2
Lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) 2.juli
1999 nr.62
Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) 21.mai
1999 nr.30
Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) 19.november 1982
nr.66
Lov om spesialisthelsetjenester (spesialisthelsetjenesteloven) 2.juli 1999 nr.61
Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) 2.juli 1999 nr.64
Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) 10 februar 1967
Alminnelig borgelig straffelov (straffeloven) 22.mai 1902 nr.10
Lov om rettergangsmåten for tvistemål (tvistemålsloven) 13.aug. nr.6 1915
Lov om barn og foreldre (barneloven) 8 april 1981 nr.7

Konvensjoner, resolusjoner med mer

Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK)
FNs verdenserklæring om menneskerettigheter av 10.desember 1948
FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)
FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP)
FNs internasjonale konvensjon om barns rettigheter

Domsregister

Rt.1981.s.770

Rt.1988.s.634 (Huleboerdommen)

Rt.1993.s.249 (Symptomfri sinnslidelse)

Rt.1998.s.937 (Almanakdommen)

Rt.1999.s.637

Rt.2000.s.23

Rt.2000.s.1214

Rt.2001.s.752

Rt.2001.s.1481

Rt.2002.s.1646

EMD Gajcsi mot Ungarn, 3.okt.2003

EMD Herczegfalvy mot Østerrike, Series A 244 (1992)

EMD Winterwerp mot Nederland, Series A 33 (1979)

<http://www.uio.no/studier/emner/jus/jus/VALSPE10/>

Lister over tabeller og figurer m v

<http://www.uio.no/studier/emner/jus/jus/VALSPE10/>