

UiO : **Det juridiske fakultet**

# Menneskerettsvern og rettssikkerhet i tvang psykiatri.

Har implementeringen av FN-konvensjonen for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne har fått noen konsekvens for hvordan vi bruker tvang i psykisk helsevern?

Kandidatnummer: 638

Leveringsfrist: 25.04 2018

Antall ord: 15 553



## **Forord.**

Gjennom mitt engasjement i den internasjonale juristkommisjonens (ICJ) pro-bonoprojekt, som ligger under Psykiatri- og rettsvernutvalget, har jeg erfart at mennesker opplever det å utsatt for tvungen behandling som retraumatiserende, stigmatiserende og nedverdiggende.

Pro-bonoprojektet fremmer saker for mennesker som mener at de har blitt utsatt for menneskerettighetsbrudd i forbindelse med tvungen psykiatrisk behandling, etter bl.a. Konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Tvungen behandling kan sette dype spor som forsterkes ved at man ikke føler at man har den samme rettssikkerheten som andre, og er fullstendig prisgitt behandlers vurderinger.

På bakgrunn av dette ønsket jeg å undersøke hvorvidt FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne har bedret situasjonen for denne eksepsjonelt sårbare gruppen i Norge.

Jeg vil takke min veileder for konstruktive innspill underveis.

## **FORKORTELSER**

CRPD-Konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

EMD-Den europeiske menneskerettsdomstolen.

EMK-Den europeiske menneskerettskonvensjonen.  
Grl-Grunnloven.

HR-Høyesterett.

ICJ-Den internasjonale juristkommisjonen.

LDO-Likestillings- og diskrimineringsombudet.

Pbrl-Pasient og brukerrettighetsloven.

Phvl-Psykisk helsevernloven.

NOU-Norges Offentlige Utredninger.

OT.prp.-Odelstingsproposisjon

Rt-Rettstidende.

TUD-Tvang uten døgnopphold.

Tvml-Tvistemålslov

Tvl-Tvistelov

Vgml-Vergemålsloven

# Innholdsfortegnelse

## Innhold

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>5</b>
1.1. Introduksjon .....	5
1.2. Aktualitet.....	5
1.3. Historiske linjer.....	6
1.4. Bruk av tvang i psykisk helsevern .....	7
1.5. Menneskerettslige premisser for psykiatrisk behandling i endring .....	7
<b>2. KILDER.....</b>	<b>8</b>
2.1. Rettskilder .....	8
2.2. Konvensjonstolkning .....	8
<b>3. ETABLERING AV TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN .....</b>	<b>9</b>
3.1. Hva er psykisk helsevern?.....	9
3.2. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern .....	9
3.3. Vedtak om tvungent psykisk helsevern .....	11
3.3.1. Legalitetsprinsippet. ....	11
3.3.2. Det minste inngreps prinsipp.....	12
3.3.3. Kravet om alvorlig sinnslidelse i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3.....	12
3.3.4. Tilleggsvilkårene i §3-3 nr. 3 .....	14
<b>4. FØRTE ENDRINGENE I PSYKISK HELSEVERNLOVEN AV 2017 TIL BEDRE RETTSSIKKERHET? .....</b>	<b>16</b>
4.1. Rettssikkerhet.....	16
4.1.1. Selvbestemmelsesrett.....	17
4.1.2. Samtykkekompetanse. ....	17
4.2. Rettslig handleevne .....	19
4.3. «Ny» psykisk helsevernlov .....	20
4.4. Klagemuligheter.....	23
4.5. Fylkesmannen .....	23
4.6. Kontrollkommisjon .....	23
4.7. Manglende etterprøving etter utskrivning.....	24
4.8. Manglende etterprøving av tvangsbruk etter psykisk helsevernlovens kapittel 4 .....	26

<b>5.</b>	<b>ER TVANGSLOVGIVNINGEN I SEG SELV DISKRIMINERENDE OVERFOR PERSONER MED PSYKOSOSIALE FUNKSJONSNEDESETTELSE</b>	<b>29</b>
5.1.	Tvangslovgivningens forhold til menneskerettighetene .....	29
5.2.	Kort om CRPD.....	30
5.3.	Premissene for CRPD i Norge. ....	30
5.3.1.	Relevante bestemmelser i CRPD.....	32
5.3.2.	Tvangsbegrepet i psykisk helsevern .....	33
5.4.	Tvangslovgivningens forhold til CRPD.....	34
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON. AVSLUTTENDE MERKNADER.....</b>	<b>40</b>
<b>7.</b>	<b>REFERANSER.....</b>	<b>42</b>

# 1. Innledning

## 1.1. Introduksjon

I det følgende vil jeg gjennomgå lover, konvensjoner og dommer knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern, og vil legge spesielt vekt på CRPD, herunder hvorvidt innføringen av denne konvensjonen har ført til endringer i praksis.

Først vil jeg redegjøre for problemstillingens aktualitet og historiske linjer.

Deretter vil jeg gå gjennom lovverket, herunder vilkår for etablering av og opprettholdelse av tvang, forholdet til menneskerettighetene og CRPDkonvensjonen.

På bakgrunn av de omfattende rettslige problemstillinger tvang i psykiatri reiser, har jeg valgt å avgrense oppgaven til behandling av temaene menneskerettsvern og rettssikkerhet i forbindelse med administrative tvangsvedtak etter kapittel 3 i psykisk helsevernloven, herunder i forbindelse med implementeringen av CRPD-konvensjonen.

Har implementeringen av CRPD har fått noen konsekvens for hvordan vi bruker tvang i psykisk helsevern?

Dette er oppgavens overordnede problemstilling.

## 1.2. Aktualitet.

Da Norge ratifiserte FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i 2013 <sup>1</sup>, forpliktet de seg bl.a. til å minimere bruk av tvang i psykiatrisk behandling og aktivt å motarbeide diskriminering av mennesker med funksjonsnedsettelse. Artikkel 12 i konvensjonen krever at personer med nedsatt funksjonsevne skal ha lik rett for loven som funksjonsfriske.

De siste årene har mediene fokusert på diskrimineringen denne gruppen blir utsatt for, og man har kunnet lese avsløringer i flere medier om ulovlig tvang og gjentatte brudd på pasienters menneskerettigheter ved flere norske institusjoner. Som en direkte konsekvens av avsløringene, fant helseminister Bent Høie frem NOU 2011:9 og fremmet lovforslag om strengere vilkår for bruk av tvang og om økt bestemmelsesrett for pasienter<sup>2</sup>.

Men har implementeringen av CRPD fått konsekvenser for måten vi bruker tvang på i Norge? Har den gitt bedre rettssikkerhet?

---

<sup>1</sup> FNs generalforsamling vedtok 13. desember 2006 en konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Norge undertegnet konvensjonen 30. mars 2007, jf. kongelig resolusjon av samme dato. Konvensjonen trådte i kraft 3. mai 2008 da 20 stater hadde ratifisert.

<sup>2</sup> Norges offentlige utredninger 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.

### 1.3. Historiske linjer

I Norge var det lenge slik at det primært var de fattige med psykiske lidelser som var under statens (fattigvesenets) forpleining. De vanskeligste ble plassert i tvangsarbeids- eller frivillige fattiganstalter sammen med kriminelle og andre. På slutten av 1700-tallet fikk psykiske lidelser som sykdom økt tilslutning i befolkningen; mens «de gale» tidligere primært ble forstått som uheldelige og hørte til under fattigvesen og ordensmakt, skulle de nå forstås som syke og underlegges helsevesenet.

Rundt 1770 begynte man derfor å opprette egne institusjoner for sinnslidende. Men dollhuse-<sup>3</sup>, som de ble kalt, fungerte først og fremst som oppbevaring: Herman Wedel Major skrev om forholdene ved Dollhuset i Christianssand i 1846: «Lægens Virksomhed er saa godt som overflødig, da den bedste og samvttighedsfuldeste Behandling aldrig vil kunne oprette, hvad et saadant Lokale nedbryder. ... I denne Indretning for Sindssyge træder det gamle Dolhuus-Liv og den gamle Dolhuus-Behandling os i Møde med al dets Jammer og alle dens Rædsler og enhver maa beklage, at saadanne Scener hos os høre til Dagens Orden, medens de i andre Lande kun er Data fra en svunden Tid, som bidrage til at bevise Fremskridtene og Velgjerningerne af Nutidens Humanitet og Oplysning»<sup>4</sup>.

I 1848 blir Lov om Sindsyges Behandling og Forpleining (sinnssykeloven) vedtatt for å sikre tryggere og bedre behandling av pasientene ved institusjonene; den skulle beskytte den personlige frihet mot urettmessige overgrep, sikre pasientene egnet sysselsetting, og regulere tvangsbruk. Tvangsprotokoller måtte føres, og for å bedre rettssikkerheten for pasientene skulle kontrollkommisjoner med tre medlemmer som kunne overprøve alle vedtak etableres<sup>5</sup>.

Selv om sinnssykeloven skulle gi pasientene vern mot overgrep og regulere tvang, var så godt som alle umyndiggjort og innlagt mot sin vilje.

Dette medførte «behandlinger» etter de medisinske idéene som til enhver tid rådet, kombinert med økende behov for ro og kontroll på asyls som ble stadig fullere og som stadig færre kom seg ut fra.

Fra slutten av 1800-tallet vokste det frem en forestilling om at psykiske lidelser hadde biologiske årsaker. Terapi mot psykiske lidelser ble derfor først rettet mot kroppen. I løpet av 1900-tallet ble stadig flere somatiske behandlingsmetoder forsøkt: blødninger, langbad, malariaterapi, sovekurer, tanntrekking, kastrering, cardiazolsjokk, insulinsjokk og lobotomi m.fl.<sup>6</sup>

I dag blir vi sjokkert over hvordan man eksperimenterte med mennesker bak lukkede dører. Hvordan kunne dette pågå?

---

<sup>3</sup> Wikipediaartikkel om Dollhus.

<sup>4</sup> Hermunstad, Gunvald. Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl. 2005.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Haave, Per. Psykiatrisk behandling fra langbad til lobotomi. 2015

På et asyl var overlegens ord lov, og hans medisinske idéer ble praksis. Han pliktet også etter loven å gi sine umyndige pasienter den behandling han mente var best for dem, «behandling» vi i dag i beste fall anser som «urettmessige overgrep» ifølge datidens lovtekst.

#### **1.4. Bruk av tvang i psykisk helsevern**

Dagens tvangslovgiving følger en lang tradisjon av særlover for tvangsbehandling og frihetsberøvelse av psykisk syke siden sinnsykeloven av 1848.

Bruk av tvang i psykisk helsevern er hovedsakelig regulert i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og pasientrettighetsloven. Psykisk helsevernloven av 1999 er en videreføring av lov om psykisk helsevern fra 1961, som i stor grad fulgte prinsippene fra Majors lov av 1848<sup>7</sup>.

Gjennom pasientrettighetsloven er pasienter gitt utstrakt rett til medvirkning og til å ha sin autonomi intakt, og behandling i helsetjenesten er i utgangspunktet frivillig. Bruk av tvang overfor en pasientgruppe representerer på mange måter et paradoksalt unntak fra dette grunnprinsippet.

Regelverket for tvang er omfattende, og gir helsepersonell vide og skjønnsmessige fullmakter til å gjennomføre vedtak uavhengig av pasientens samtykke.

Antipsykotiske midler ble introdusert i 1954 og psykiatrisk medisinerings ble etterhvert utbredt blant psykiatere og allmennleger. Mot slutten av 1960-tallet ble psykodynamisk psykoterapi en del av psykiaterutdanningen<sup>8</sup>. Institusjonalisering over lengre tid blir også mindre vanlig, og går fra å vare i årevis til gjennomsnittlig 3-ukers innleggelse i 2015<sup>9</sup>. I dag kommer pasienter inn under behandling enten på eget initiativ, etter henvisning, eller gjennom rettsvesenet.

#### **1.5. Menneskerettslige premisser for psykiatrisk behandling i endring**

I Norge er det lov å leve sitt liv på den måten man ønsker, uten samfunnets inngripen, også dersom det medfører at man går til grunne. Men vi har også en lovgivning som tar hensyn til psykisk syke som ikke forstår sin egen livssituasjon. Her kan samfunnet gripe inn for å hindre at en person med en psykisk lidelse skader seg selv eller andre. Dette er behandlet i kapittel 3 under.

Under vår humanistiske tradisjon<sup>10</sup> ligger det en forståelse av at den syke ikke bevisst har tatt et valg om å la livet gå til grunne, men at det er sykdommen som har ført til situasjonen personen befinner seg i. Den psykisk syke forstår ikke alltid situasjonen.

---

<sup>7</sup> Eskeland, Ståle. Om psykisk helsevern. 1975. Institutt for offentlig retts stensilsérie nr. 6 -

<sup>8</sup> Norges offentlige utredninger 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. avsnitt 7.1.7

<sup>9</sup> Helsedirektoratet. Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015. 2016. Kap. 4

<sup>10</sup> Humanistisk teori: Blant fellestrekkene er som regel en etisk/filosofisk tilnærming som vil hegne om menneskeslektens iboende verdighet, og som legger stor vekt på de kvaliteter som kjennetegner mennesket som har en verdi i seg selv, og med evnen til fornuftig tenkning.



I den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) av 1950 stadfestes dette synet i art 5. bokstav e: «Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet. Ingen må bli berøvet sin frihet unntatt i følgende tilfelle og i samsvar med en framgangsmåte foreskrevet ved lov: bokstav e: lovlig frihetsberøvelse .. av sinnslidende.» I lys av dette har det derfor tradisjonelt sett av lovgivere ikke blitt ansett som brudd på menneskerettighetene der en som er uten innsikt i egen situasjon og derfor er uten samtykkekompetanse er blitt lagt inn for behandling, eller mottatt uønsket behandling under tvang.

FN-konvensjonen for rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal sikre funksjonshemmedes menneskerettigheter. Den psykisk syke betegnes i denne konvensjonen som funksjonshemmet. Det er den psykiske sykdommen som er årsak til funksjonshemmingen og de psykisk syke har behov for behandling på grunn av sin sykdom, og denne behandlingen er en menneskerett. I følge CRPD skal den syke hjelpes til å ta et informert samtykke, og tvangsbehandling kan ikke gis bare på grunnlag av funksjonsnedsettelsen. CRPD stadfester at individets autonomi alltid skal være intakt, uavhengig av funksjonsgrad.

Ratifiseringen av denne konvensjonen må naturligvis endre både lovverk og tilnærming. I kapittel 5 skal vi se nærmere på norske premisser for CRPD.

## **2. Kilder**

### **2.1. Rettskilder**

Hovedkildene til denne oppgaven er psykisk helsevernloven av 1999 og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Materielle vilkår for etablering av tvang og tvangsbehandling i loven gir grunnlag for vurderingen av om hvorvidt den nasjonale lovgivningen er forenlig med Norges forpliktelser etter CRPD.

Forarbeider, proposisjoner, og Norges offentlige utredninger (NOU), dommer fra den europeiske menneskerettsdomstolen, og norske rettsavgjørelser er kildebruk fremgår dels av henvisning til lovparagrafer i løpende tekst, og som henvisning til referanser.

### **2.2. Konvensjonstolkning**

I utgangspunktet skal konvensjoner tolkes lojalt i tråd med den naturlige språklige forståelse av ordlyden. Det følger av Wien-konvensjonen, art. 31 1.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> The Vienna Convention on the Law of Treaties, Wien 23. mai 1969

For CRPD-konvensjonen er det CRPD-komiteén som overvåker statenes etterlevelse av sine forpliktelser, og som legger føringer for hvordan artiklene i konvensjonen skal forstås. Uttalelsene fra denne komiteén skal klargjøre innholdet i konvensjonen.

### **3. Etablering av tvungent psykisk helsevern**

#### **3.1. Hva er psykisk helsevern?**

Psykisk helsevern er definert i psykisk helsevernloven som «spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.» jf. Psykisk helsevernloven (phvl) § 1-2.

Psykisk lidelse i loven forstås som lidelser som ikke skyldes somatiske tilstander, -som først og fremst trenger behandling som ikke faller inn under psykisk helsevern. «..Den pleie og omsorg dette krever» i loven forstås som pasientens rett og krav på forsvarlig og adekvat behandling, samt helsevesenets plikt til å imøtekomme dette. Pasienter som har behov for spesialisert behandling skal henvises fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, hvor det er strengere krav til den faglige kompetansen til de ansatte, de har bedre kapasitet og tilrettelagte lokaler. Dette er regulert i forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern kapittel 1.<sup>12</sup>

Pvhl §1-1, som er formålsparagrafen for psykisk helsevernloven og således skal legge listen for all kontakt med pasienter, sier «helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.»

«så langt som mulig være i overensstemmelse...» er en interessant formulering. Det synes å gjelde den andelen pasienter som blir vurdert til å ha sin samtykkekompetanse intakt, uten å innskrenke behandlerens mulighet til å foreta skjønnsmessige vurderinger og vedtak mot pasientens vilje.

Loven om spesialisthelsetjenester erstattet i 2001 lov om sykehus av 1969, samt de organisatoriske bestemmelsene i lov om psykisk helsevern.<sup>13</sup> Spesialisthelsetjenesten er et statlig ansvar, og er ikke en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som skal tilby mer generelle helsetjenester. Kommunene tilbyr primærhelsetjenester under lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og helsetjenester tilbudt etter kommunal lov faller utenfor psykisk helsevernloven.

#### **3.2. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern**

Psykisk helsevernloven inneholder detaljerte regler for innleggelse og behandling under tvang av personer med psykiske lidelser. Det er en tvangslov på helserettens område. Jeg vil bare ta med kapitler relevante for oppgavens tema.

---

<sup>12</sup> Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. I 2011 hefte 13

<sup>13</sup> Helsedirektoratet. Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer. s 6

§1-1 stadfester at psykisk helsevernloven skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte, det betyr i samsvar med menneskerettigheter og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.

Rettsikkerhet skal sikres bl.a. ved at det oppstilles vilkår for spesielt inngripende tiltak, det er disse jeg vil gjennomgå i dette kapitlet. Regler for saksbehandling og kontroll vil bli gjennomgått senere.

Med rettsikkerhet menes her beskyttelse mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, likhet for loven, og ivaretagelsen av menneskerettighetene. Mulighet til å få en rettslig avgjørelse innen rimelig tid, og reell mulighet for å etterprøve en avgjørelse.

Kapittel 2 – særlige samtykkebestemmelser, omhandler forholdet til pasient og brukerrettighetsloven (pbrl) kapittel 4. Psykiatrisk behandling skal i utgangspunktet være frivillig og være basert på pasientens samtykke, se pbrl § 2-1.

Det heter i pbrl §4-3 siste ledd: «Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3.»

Psykisk helsevernloven oppstiller både materielle, prosessuelle og formelle krav til tvangsvedtak.

I kapittel 3 oppstilles vilkår for etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. Phvl § 3-3 er en forutsetning for at kapittel 4 kan komme til anvendelse. Det vil si at pasienten må vurderes etter behandlingskriteriet eller farekriteriet i §3-3 3.ledd. Innholdet i § 3-3 er utdypet i avsnitt 3.2 under.

Kapittel 4 oppstiller vilkår for å fatte behandlingsmessige vedtak mens pasienten er i tvungen behandling. Kapittel 4 omhandler også pasientens rettigheter bl.a. til medbestemmelse, og vern om personlig integritet etter §4-2, men også behandlerens mulighet til å midlertidig innskrenke disse: eks phvl § 4-5 som regulerer pasientens forbindelse med omverdenen.

§4-2 er ny og en viktig bestemmelse om vernet av den personlige integritet, som også lovfester det minste inngreps prinsipp. Den sier at «Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak.

Denne paragrafens 1.ledd stadfester også at det må være forholdsmessighet mellom tvangsbruken og de behandlingsmessige målene man søker å oppnå, og pasientens erfaring med tvang skal vektlegges. Men slik jeg leser paragrafen, er pasientens syn på saken er ikke utslagsgivende for vedtaket dersom vedtaket av behandler anses «å gi en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.» Pvhv §4-2 1.

Vern om personlig integritet er også et viktig vern etter Konvensjonen om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), som er en konvensjon om ikke-diskriminering. CRPD-konvensjonen er behandlet videre i kapittel 5 avsnitt 5.1.2 nedenfor.

### 3.3. Vedtak om tvungent psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven § 3-3 inneholder vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Vilråene er oppstilt i syv kumulative punkter. Det betyr at alle punktene må være oppfylt for å kunne fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern.

I phvl §3-3 nr 4 er vilrået «alvorlig sinnslidelse». Se punkt 3.2.3 under for nærmere beskrivelse av hovedvilrået.

I tillegg er det oppstilt to tilleggsvilrå: i a, behandlingvilrået, og i b, farevilrået. I det 3. vilrået må enten bokstav a. eller b. eller begge være oppfylt.

Det 4. punktet setter opp manglende samtykkekompetanse som vilrå. Men i 2.setning oppstilles unntak fra dette punktet dersom punkt 3.b om farevilrået er oppfylt.

Pvhl § 3-3 må ses i sammenheng med §3-1 om legeundersøkelse og 3-2 om tvungen observasjon. Basert på legeundersøkelsen foretatt etter § 3-1 og eventuelt gjennom tvungen observasjon etter § 3-2, skal vedtak etter § 3-3 fattes.

#### 3.3.1. Legalitetsprinsippet.

Dette prinsippet kommer av det latinske *nulla poena sine lege*, som betyr «ingen straff uten lov»<sup>14</sup>.

Legalitetsprinsippet på forvaltningsrettens område er lovfestet gjennom grunnlovens § 113: «Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov.»

Legalitetsprinsippet er sammen med forholdsmessighetsprinsippet viktige rettssikkerhetsprinsipp, og de er spesielt viktige i forvaltningen.

De er ment å beskytte innbyggerne, og verne om deres menneskerettigheter. Legalitetsprinsippet innebærer at borgere ikke skal kunne utsettes for statlige inngrep de ikke kan forutse, og være vernet mot vilrårlig behandling. Jo mer inngripende beslutninger staten foretar mot en borger, jo strengere er kravet til at beslutningen må være hjemlet i lov.

Det må foreligge en lovhjemmel, og formålet med restriksjonen eller inngrepet må være akseptabelt, etter forholdsmessighetsprinsippet.

---

<sup>14</sup> Jusleksikon.no. Legalitetsprinsippet

### 3.3.2. Det minste inngreps prinsipp

At «det minst inngripende tiltaket for å nå målet skal velges (minste inngreps prinsipp) er grunnleggende krav til all offentlig myndighetsutøvelse. Prinsippene følger både av menneskerettighetene og av alminnelig forvaltningsrett og ligger således til grunn for all tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.»<sup>15</sup>

Prinsippet innebærer at mer inngripende tiltak ikke skal benyttes før mildere tiltak er forsøkt. Det fremgår av lovens § 3-3 nr.1 at «..frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt,..». Det at loven stiller krav om at etablering av frivillig vern skal være forsøkt før tvang besluttet markerer et uttrykk for det minste inngreps prinsipp.

Det kan også finnes igjen i pvhl § 4-2 om vern av personlig integritet, siste punktum 1.ledd: «...er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes.» Her tydeliggjøres også at prinsippet gjelder ved anvendelsen av lovens tiltak.

### 3.3.3. Kravet om alvorlig sinnslidelse i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3.

I dette avsnittet behandles grunnvilkåret. For tilleggsvilkårene se avsnitt 3.3.4 nedenfor.

I pvhl § 3-3 vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern nr 3, er hovedvilkåret at pasienten har en alvorlig sinnslidelse.

Begrepet «alvorlig sinnslidelse» er videreført fra psykiatriloven av 1961.<sup>16</sup> «Det er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen spesifikk diagnose, men psykoser faller inn under begrepets kjerneområde. Også enkelte andre tilstander enn psykose omfattes av lovens hovedvilkår. (..) Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosestilstand.»<sup>17</sup>

I forarbeidene til psykisk helsevernloven av 1999 uttaler departementet: «..det (er) i utgangspunktet slik at hovedkriteriet alvorlig sinnslidelse har nær tilknytning til psykosene. Alvorlig sinnslidelse skal imidlertid ikke være avgrenset til bare å omfatte tilstander av psykose, idet man har ment å opprettholde den tidligere rettstilstand hvor enkelte andre tilstander enn psykoser skal kunne kvalifisere til tvungent psykisk helsevern. Når det gjelder hvilke grensetilfeller i tillegg til psykosene som kan komme inn under begrepet alvorlig sinnslidelse, vil man stå overfor en helhetsvurdering. Ikke bare selve sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg, må tillegges stor vekt...»<sup>18</sup>

Ved overgangen til den nye loven ønsket man å videreføre begrepet «alvorlig sinnslidelse» men også å videreføre rettspraksis der andre tilstander enn psykose har blitt definert som å

---

<sup>15</sup> Prop. 147 L (2015-2016) Endringer i psykisk helsevernloven mv. avsnitt 5.4

<sup>16</sup> Ot.prp.nr.11 (1998-1999), § 3-3 på s. 154 annen spalte.

<sup>17</sup> Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Kapittel 3. Kommentarer til § 3-3 nr 3.

<sup>18</sup> Ot.prp.nr.11 (1998-1999) s 155

falle inn under termen. I Rt-1987-1495 diskuteres lovens vilkår om å måtte ha en alvorlig sinnslidelse for å kunne bli tvangsinnlagt.

I denne dommen blir det slått fast at «alvorlig sinnslidelse» omfattet mer enn psykosene, men bare i *særlige grensetilfelle* kan det være aktuelt å tvangsinnlegge en som har en psykisk lidelse uten å være psykotisk. Førstvoterende uttaler at det må i det enkelte tilfelle i noen grad må bero på et skjønn, og at det derfor også må aksepteres et visst spillerom for skjønnsutøvelsen. Her slås det fast at det må kunne foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering av om hvorvidt det foreligger en alvorlig sinnslidelse, uavhengig av psykose.<sup>19</sup>

I forarbeidene til loven står det at utgangspunktet er at karakteravvik i seg selv ikke kan anses som alvorlig sinnslidelse etter loven, men at det kan være hjemmel for å anvende loven overfor personer med lidelser der lidelsen medfører tap av evne til egenomsorg og realitetsvurdering.<sup>20</sup>

Synet på grunnvilkåret i § 3-3 «alvorlig sinnslidelse» i ovennevnte dom har blitt lagt til grunn i flere senere dommer:

Rt. 1988 s 634 omhandlet en mann som bodde i en hule ved Universitetet i Oslo og hadde fremtredende manglende hygiene. Førstvoterende uttalte «.. Med den ekstreme atferd pasienten har vist som kom til uttrykk i manglende evne til å ta vare på seg selv, må man i dette tilfelle kunne betegne pasienten som alvorlig sinnslidende.»

I Rt. 1993 s. 249, omhandlet en pasient ble holdt på tvang selv om han var symptomfri i perioder grunnet medikasjon. Vilkåret om alvorlig sinnslidelse ble ansett oppfylt fordi faren for funksjonstap og forverring av tilstand var fremtredende ved en eventuell utskrivelse.

Rt. 2001 s 1481 bygget på Rt. 1993 s. 249. I denne saken hadde en pasient vært symptomfri i seks år ved hjelp av medikasjon, men ble likevel ansett å ha en alvorlig sinnslidelse.

I Rt-2014-807 «enkel schizofreni - omfattet av grunnvilkåret?» Dommen inneholder en inngående vurdering av det medisinske grunnlaget for diagnosen. Pasienten ble ikke utskrevet fra tvungent vern selv om han ikke lengre var psykotisk.

I Rt-2015-913 diskuteres den rettslige forståelsen av grunnvilkåret, om spiseforstyrrelse i form av anoreksi er en «alvorlig sinnslidelse» som kan danne grunnlag for tvangsvedtak. Førstvoterende peker på at «Ordlyden er relativt åpen, men er ment først og fremst å omfatte psykoser og tilstander som ligger nært opp til en slik lidelse, jf. Rt-1987-1495.» Den sentrale diskusjonen i dommen er om lidelsen gir en slik svekkelse av de psykiske funksjoner «..at det griper sterkt inn i personens sykdomsinnsikt, evne til å møte dagliglivets krav og evne til å bevare kontakt med virkeligheten..».

---

<sup>19</sup> Bårdsen, Arnfinn: Høyesteretts praksis på psykiatrifeltet, Kritisk juss 2016, s. 238–262

<sup>20</sup> Ot.prp.nr.11 (1998-1999) s 78

«Ved den nærmere avgrensning av når en anoreksi må karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse.. (må) pasienten ... ha en tilstand som kan likestilles med en psykose for at en spiseforstyrrelse skal regnes som en alvorlig sinnslidelse.

Ved denne vurderingen er det etter mitt skjønn grunn til å feste særlig oppmerksomhet ved pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av slike forhold som eget utseende, kroppens vekt og fungering og de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn det som er nødvendig. ... Vrangforestillingene om egen kropp og dens behov får forrang, og tilstanden kan likestilles med psykose.»

Slik førstvoterende tolker rettskildene, er anoreksi en sinnslidelse som etter en totalvurdering av de konkrete omstendigheter vil måtte anses som en «alvorlig sinnslidelse» i den forstand uttrykket brukes i psykisk helsevernloven § 3-3.

Alvorlig sinnslidelse er ment på psykosetilfeller, men som man ser av disse domsavgjørelsene omfatter «alvorlig sinnslidelse» også tilfelle der personen på grunn av ulike lidelser er ute av stand til å bevare kontakt med virkeligheten.

Sett i lys av CRPD er dette problematisk, fordi behandlingstvilkåret etter §3-3 er ugyldig Jf. CRPDs ordlyd i art. 14 b: nedsatt funksjonsevne skal ikke i noe tilfelle rettferdiggjøre frihetsberøvelse. Vedtak om tvungen psykiatrisk behandling kan etter CRPD aldri forankres i diagnoser.

### 3.3.4. Tilleggsvilkårene i §3-3 nr. 3

For å kunne etablere tvungent psykisk helsevern er det ikke nok at grunnvilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt, ett av to tilleggsvilkår må også være tilstede.

Det er behandlingstvilkåret og farevilkåret.

#### **Nr. 3 bokstav a – Behandlingstvilkåret**

Behandlingstvilkåret består av 2 alternative løsninger: forbedring eller forverring.

Det første alternativet, kalt behandlingstvilkårets positive side<sup>21</sup> forutsetter at pasienten «får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert,» dersom det tvungne vernet ikke blir etablert.

«Helbredelse eller vesentlig bedring» eller «i betydelig grad redusert» innebærer at det må gjøres en individuell vurdering av pasientens utsikter med eller uten tvungent vern. Hvordan vil pasientens sinnstilstand utvikle seg?

Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at pasienten klart forventes å bli langt bedre *med* tvungen psykiatrisk behandling enn uten.

---

<sup>21</sup> Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Kapittel 3. Kommentarer til § 3-3 nr 3 bokstav a.

Bedringsalternativet vil være mest aktuelt når det er innleggelse som vurderes.

Tidsperspektivet ved vurderingen av behandlingstilskårets positive side er ikke omtalt i forarbeidene, men det rettssikkerhetsmessige aspektet tilsier at helbredelse eller bedring må skje i forholdsvis nær fremtid dersom vilkåret skal være oppfylt.<sup>22</sup>

Det finnes flere dommer vedrørende tidsaspektet, se nedenfor.

Det andre alternativet, kalt behandlingstilskårets negative side, forutsetter at «det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret,»

Det må her gjøres en tilsvarende vurdering av pasientens prognose, som ved bedringsalternativet. Forskjellen er at det her forutsettes at det er stor sannsynlighet for at pasientens tilstand blir vesentlig forverret i meget nær fremtid *uten* tvungent vern.

Forverringsalternativet vil derfor være mest aktuelt å vurdere når pasienten fremsetter begjæring om opphør av tvungent vern.

Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at det er stor sannsynlighet for vesentlig forverring i pasientens tilstand. «Vesentlig» er et strengt kriterium. Pasienten må bli merkbart verre uten behandling, og det må være sannsynliggjort at forverringen skjer innenfor paragrafens tidsperspektiv: i meget nær fremtid.

I forarbeidene til psykisk helsevernloven av 1999 antydes det at man med tidsperspektivet har tenkt seg en maksimal grense på to måneder, jf. Ot.prp.nr.11 (1998-1999) side 80.

Dette er blitt modifisert gjennom rettspraksis grunnet problemstillinger rundt medikamenter med ulik virketid. I Rt-2014-801 kommer førstvoterende frem til at den opprinnelige grensen på 2 måneder som ble trukket i Rt-2001-752, var med hensyn til virkningstiden til depotmedisinering av førstegenerasjon antipsykotika. Mange av dagens medikamenter tilhører andre generasjons antipsykotika som har lengre halveringstid enn førstegenerasjons preparater. Det er derfor i samsvar med formålet med tidsangivelsen i lovforarbeidene fra 1999 at forståelsen av uttrykket «i meget nær fremtid» i dag strekkes noe ut i tid, til 3-4 måneder.

Dette synet ble videreført i HR-2016-01286-A hvor spørsmålet gjaldt om forlengelsen skulle gjelde pasienter behandlet med førstegenerasjons antipsykotika.

### **Nr. 3 bokstav b – Farevilkåret.**

Også farevilkåret har to alternativer. Kravene etter § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b er at pasienten må utgjøre en nærliggende og alvorlig fare enten for *eg* eller for *andres* liv eller helse. Dette er strenge vilkår, jf. Ot.prp.nr.11 (1989-99) side 80.

Det må også her, i likhet med vurderingene etter bokstav a, foretas en sammenligning av pasientens sinnstilstand og prognose med og uten tvungent psykisk helsevern. Vil vedkommende utgjøre en fare uten det tvungne vernet?

---

<sup>22</sup> Ibid.



I tillegg må det også være en sammenheng mellom sinnslidelsen og faremomentet, altså at det pasienten står i fare for å gjøre mot seg selv eller andre, kommer av selve sinnslidelsen og ikke andre omstendigheter, som eks. somatiske tilstander.

Med «fare for liv» menes både fare for suicid og fare for livstruende voldshandlinger mot andre. «Alvorlig» i paragrafens definisjon betyr at for at vilkåret skal oppfylles så må faren overstige det rent bagatellmessige og få håndgripelige følger, altså ha et visst skadepotensiale.

Videre angis tidsaspektet for faremomentet til å måtte være nærliggende. Høyesterett har imidlertid uttalt i Rt. 2001-1481 «...at kan ikke se at det er holdepunkter i lovens forarbeider eller andre rettskilder for at farekriteriet inneholder noen begrensning som her antydnet, og legger til grunn at det ikke kan kreves at fare skal oppstå innenfor en klart begrenset tidshorison.

Førstvoterende fremholder så at «Tidsmomentet vil likevel måtte trekkes inn ved rettens vurdering av den konkrete påregnelighet. Desto lengre frem i tid, desto mindre blir sikkerheten for at fare vil oppstå.»

Altså, hvor sikker man kan være på at faren kommer til å materialisere seg, er avhengig av tidsrommet fra beslutningen om avslutning av tvang til den eventuelle farlige situasjonen oppstår. Dette må rimeligvis begrunnes i pasientens tidligere historie (min tolkning).

## **4. Førte endringene i psykisk helsevernloven av 2017 til bedre rettssikkerhet?**

### **4.1. Rettssikkerhet**

Rettssikkerhet kan defineres som de rettigheter og krav som sikrer borgere i en rettsstat. Det innebærer at den offentlige makt blir utøvd med hjemmel i lov og at det finnes konstitusjonelle garantier som setter grenser for statens maktbruk.<sup>23</sup>

Rettssikkerhet handler også om at borgerne skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side. Den enkelte skal ha mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser. Rettssikkerhet handler om hvordan lover og regler utformes, og stiller krav til forvaltningens saksbehandling og fremgangsmåte.<sup>24</sup>

Likebehandlingsprinsippet: Like tilfeller skal behandles så likt som mulig.

Klage: Borgerne skal ha anledning til å få avgjørelsene overprøvd innenfor forvaltningen og ved domstolene.

Som vi skal se nedenfor, settes flere av disse prinsippene på prøve på tvangspanykatriens område.

---

<sup>23</sup> Jusleksikon. Om Rettssikkerhet. <https://jusleksikon.no/wiki/Rettsstat#Rettssikkerhet>

<sup>24</sup> Eckhoff T. og Smith, E. Forvaltningsrett. 9. utgave. 2010. Universitetsforlaget

#### 4.1.1. Selvbestemmelsesrett

Selvbestemmelse (autonomi) handler om rett til å eie seg selv som person og ta egne valg og beslutninger vedrørende eget liv. Være hva man vil spise til frokost, hva man vil kle på seg, ved hvilket sykehus man ønsker behandling ved sykdom, eller om man i det hele tatt vil ha behandling.

Helt siden antikken har prinsippene om velgjørenhet (å hjelpe), og å unngå skade stått sentralt i legeetik. Prinsippet om velgjørenhet er et viktig grunnlag for den paternalistiske tradisjonen innenfor helsetjenesten i Norge.<sup>25</sup>

Paternalisme defineres som en persons (paternalisten) bevisste begrensning av en annen persons autonomi, der handlingen rettferdiggjøres ut fra målet om å hjelpe vedkommende.<sup>26</sup> Etter den paternalistiske tradisjonen finnes situasjoner der dette er legitimt, eksempelvis i psykisk helsevern.

I de senere år har «rettferdighet» og «respekt for pasientens selvbestemmelsesrett» blitt identifisert som ytterligere to viktige prinsipper, i tillegg til velgjørenhet og ikke-skade som er sentrale i biomedisinsk etikk.<sup>27</sup> Disse fire prinsippene utgjør den såkalte prinsippbaserte etikken og har hatt stor innflytelse på helsetjenesten.<sup>28</sup>

Rettferdighetsprinsippet kan ifølge Paulsrud-utvalget omfatte rettssikkerhet, fordelingsrettferdighet, effektiv ressursutnyttelse og beskyttelse mot diskriminering.

Paulsrud-utvalget er nærmere beskrevet under avsnitt [4.3](#).

Paulsrud-utvalget omtaler videre prinsippet om «respekt for pasientens selvbestemmelsesrett» i NOU 2011:9 s 138, og sier at: «I helselovgivningen og profesjonsetikken kommer respekten for pasientens selvbestemmelse blant annet til uttrykk gjennom kravet til gyldig samtykke og retten til konfidensialitet.»

#### 4.1.2. Samtykkekompetanse.

Kravet om gyldig samtykke i helselovgivningen har først og fremst rettet seg mot beslutningskompetente pasientgrupper. Pasienten forstår informasjonen som blir gitt og er i stand til å ta et kompetent valg vedrørende behandlingen som blir tilbudt dem.

I psykisk helsevern, hva tvungent vern angår har sinnslidelsen i seg selv medført at man har gått ut fra en tanke om at pasienten ikke vet sitt eget beste.

---

<sup>25</sup> NOU 2011:9 s 138

<sup>26</sup> Hoffmann, Bjørn. Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang 2009

<sup>27</sup> Forsberg, Ellen-Marie. Metoder for etisk vurdering. 2015

<sup>28</sup> NOU 2011:9 s 138

I denne situasjonen kolliderer prinsippene om velgjørenhet og respekt for pasientens selvbestemmelsesrett, og i henhold til den paternalistiske tradisjon (å hjelpe) har helsepersonellens vurdering av pasientens beste blitt tillagt avgjørende vekt.<sup>29</sup>

Etter hvert som rett til selvbestemmelse har blitt vektlagt i økende grad i etikk og helserett, har de tradisjonelle paternalistiske idealene måttet vike.

Økt oppmerksomhet på rettssikkerhetsbristene i særlovgivning på helserettens område og utviklingen av FNs konvensjon for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), har bl.a. ført til ny paragraf 3-3 nr. 4. i psykisk helsevernloven. Som nevnt over i 3.3.3 er det visse vilkår som må oppfylles for å etablere tvungent psykisk vern.

I §3-3 nr. 4. finnes en lovendring som kom 1.september 2017. Det ble føyd til som ett av nå 7 kumulative krav for etablering og opprettholdelse av tvungent vern og lyder: «Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.»

I forarbeidene til psykisk helsevernloven diskuterte man om en kompetansebasert modell skal innføres i psykiatrien. Etter denne modellen kan pasienter som har samtykkekompetanse, nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. En pasient med samtykkekompetanse får også rett til å avslutte eller trappe ned behandling.

Lovendringen i phvl § 3-3 nr.4 ble vedtatt som en viktig tilpasning til prinsippene som ligger til grunn for CRPD, etter departementets syn. Kompetansemodellen innebærer også å flytte fokus fra diagnose til funksjonsnivå i tråd med konvensjonen.<sup>30</sup>

I forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven avsnitt «Til § 4-3»<sup>31</sup> står det at «En persons evne til å treffe avgjørelser i spørsmål som angår hans eller hennes helse, kan variere etter hva slags tiltak det gjelder». Det betyr at pasienten ikke automatisk mister sin samtykkekompetanse i sin helhet. Det må foretas en individuell vurdering i hvert tilfelle, på hvert område. For å bli fratatt kompetanse, er kravet at pasienten *åpenbart* ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for helsehjelpen som blir gitt og hva tiltaket innebærer. Dersom pasienten ikke forstår hva helsehjelpen omfatter, kan vedkommende heller ikke gi kvalifisert samtykke. «Åpenbart» må forstås som et strengt vilkår, det skal mye til. Ved tvilstilfeller skal pasienten beholde sin rett til å samtykke, og til å nekte.

Det stilles også krav til årsak for bristende samtykkekompetanse, «En mindre psykisk reduksjon i forstandsevne(..), er ikke tilstrekkelig.» Pasienten må i tillegg til å mangle evne til å forstå relevant informasjon, mangle evne til å anvende informasjonen på eget tilfelle, forstå konsekvensene av ikke å motta hjelp, og mangle evne til å uttrykke valg.<sup>32</sup>

Det stilles naturligvis også krav til helsepersonellens fremstilling av informasjonen. Den må være tilpasset pasientens situasjon. Jf. Pasient og rettighetslov § 4-3?

Det nye kravet til manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevern betyr at det ikke lenger er tilstrekkelig at behandler mener at pasienten trenger helsehjelp for å etablere tvungent vern. Pasienten må, på grunn av sin sinnslidelse, åpenbart være ute av stand til å forstå hva den spesifikke tilbudte helsehjelpen går ut på.

---

<sup>29</sup> Ibid. s.138

<sup>30</sup> Prop. 147 L (2015–2016) avsnitt 6.2.4.1

<sup>31</sup> Ot.prp.nr. 12 (1998-1999) avnitt Til § 4-3

<sup>32</sup> Fylkesmannen. Bortfall av samtykkekompetanse som vilkår for tvang. s. 12

## Hva skriver syse om samtykkekompetanse?

### 4.2. Rettslig handleevne

Å ha rettslig handleevne er definert som at en person har evne til å binde seg rettslig, og påta seg rettslig ansvar. Juridisk bindende disposisjoner kan være stiftelse av avtale, eller inngåelse av ekteskap.<sup>33</sup> Det kan også være å takke ja eller nei til helsehjelp.

Rettslig handleevne henger nært sammen med autonomi og selvbestemmelse.

Å kunne ta valg og ivareta egne interesser er et gode de fleste tar for gitt.

Dersom man fysisk eller psykisk ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser kan man få oppnevnt en verge.

Dette reguleres i Vergemålsloven (vgml) av 2010. Vergemålsloven skal ivareta rettssikkerheten og integriteten til personer med verge. Den regulerer hvilke rettslige handlinger eller midler personer som er under vergemål selv kan råde over.

Loven regulerer også hva vergen har kompetanse til å foreta av rettslige handlinger eller midler vergen kan råde over på vegne av personen vedkommende er verge for, jf. vgml §1.

Kapittel 4 i vergemålsloven omhandler vergemål for voksne, og det er oppstilt vilkår for etablering av vergemål i § 20: «Den som har fylt 18 år, og som på grunn av sinnslidelse, (...) ikke er i stand til å ivareta sine interesser, kan settes under vergemål hvis det er behov for det.»

Det er et krav at det gis skriftlig samtykke til opprettelse av vergemålet og dets omfang, med mindre «han eller hun ikke er i stand til å forstå hva et samtykke innebærer. Det kreves ikke samtykke hvis vergemålet omfatter fratakelse av den rettslige handleevnen.»

I §21 finner vi igjen det minste inngreps prinsipp, og det er en forutsetning for beslutning om fratakelse av den rettslige handleevnen etter § 22 at «ordinært vergemål uten fratakelse av handleevnen ikke anses tilstrekkelig for å ivareta den vergetrengendes interesser»<sup>34</sup>

I forarbeidene til vgml §20 står det at det sentrale vurderingstemaet vil være om vedkommende har den nødvendige mentale kapasiteten til å kunne avgi et gyldig samtykke. «Dersom det med bakgrunn i den medisinske tilstanden og omstendighetene for øvrig må antas at vedkommende er i stand til å forstå hva det konkrete samtykket til vergemål innebærer, og vedkommende velger å ikke samtykke, kan ikke fylkesmannen vurdere begjæringen. Alternativet vil da være å begjære fratakelse av den rettslige handleevnen etter § 22.»

Videre heter det at vurderingen av om samtykke skal innhentes i utgangspunktet vil bygge på den legeerklæringen som ligger til grunn for vergemålbegjæringen, jf. §59 1.ledd bokstav a. Om personen har samtykkekompetanse bør også klart fremgå av legeerklæringen.<sup>35</sup>

Vgml §22 3.ledd lyder «En person kan fratras den rettslige handleevnen i personlige forhold på bestemte områder hvis det er betydelig fare for at han eller hun vil handle på en måte som i vesentlig grad vil være egnet til å skade hans eller hennes interesser.»

---

<sup>33</sup> Jusleksikon. Rettslig handleevne.

<sup>34</sup> Ot.prp.nr.110 (2008-2009). Kapittel 13. s 182

<sup>35</sup> Ibid. s. 178

Bestemmelsens 3. ledd angir vilkårene for når det kan treffes beslutning om fratakelse av den rettslige handleevnen på det personlige området.

Det er ikke spesifisert i forarbeidene hva det å bli fratatt rettslig handleevne på det private området omfatter, men det er positivt avgrenset til økonomiske disposisjoner som reguleres i §22 2.ledd.

«Personlige forhold» omfatter i utgangspunktet «former for representasjon og ivaretagelse av rettigheter utover økonomiske forhold.»<sup>36</sup>

Som eksempel på rettferdiggjøring av å umyndiggjøre mennesker står det i forarbeidene

«Ved å frata handleevnen i slike spørsmål kan en avhjelpe at den vergetrengende motsetter seg å ta imot offentlige tjenester og ytelser som vedkommende er berettiget til og har et klart behov for.»

I «berettiget til og har et klart behov for» understrekes den paternalistiske tradisjonen, men underminerer selvbestemmelsesretten. Man har rett til helse; Etter velgjørenhetsprinsippet skal en også kunne hjelpes der man er for syk til å kunne bestemme det selv.

I psykisk helsevern ser man årsakssammenheng mellom personens tilstand og mangelen på å ivareta sine interesser, noe som også er diskriminerende etter CRPD art. 14. Pasienter i psykisk helsevern kan på bakgrunn av nevnte årsakssammenheng bli fratatt sin rettslige handleevne. Det innebærer at andre kan ta beslutninger vedrørende behandlingsalternativer for pasienten uavhengig av hans eller hennes ønsker. Vedkommendes «rett til helse» blir krenket. Rett til helse innebærer retten til å bestemme over egen helse og kropp. Underforstått: pasienten blir fratatt muligheten til å kunne takke nei til helsehjelp.

### **4.3. «Ny» psykisk helsevernlov**

Tvang i psykisk helsevern har lenge vært gjenstand for debatt.

I Opptrappingsplanen i psykisk helse (1999-2006) var målet bl.a. å skape mest mulig frivillighet i psykisk helsevern gjennom behovsbasert tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn, og at behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former.<sup>37</sup>

I 2010 oppnevnte regjeringen et lovutvalg som skulle utrede og gjøre en ny vurdering av tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven.

Dette utvalget ble ledet av Kari Paulsrud og blir som oftest omtalt som Paulsrudutvalget.

Med opptrappingsplan og fremveksten av lovfestede pasientrettigheter, har debatten om tvang i større grad også handlet om brukerrettigheter.

Paulsrudutvalgets mandat var å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av lovverket og praksis, og forholdet til pasient- og menneskerettigheter spesielt.

Arbeidet resulterte i NOU 2011:9, og Prop. 147 L (2015-2016) som heter «Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)» diskuterer Paulsrudutvalgets innstilling til «ny» psykisk helsevernlov.

---

<sup>36</sup> Ot.prp.nr.110 (2008-2009). Kapittel 13. s 182

<sup>37</sup> Innst. S. nr. 222 (1997-1998) 2. Opptrappingsplanens mål og verdigrunnlag

De viktigste endringene som blir fremmet i proposisjonen og vedtatt handler om

- 1 Økt selvbestemmelsesrett vedrørende behandling som blir tilbudt
- 2 Økte klagemuligheter ved vedtagelse av tvangsmedisinering uten at det er gitt samtykke til det
- 3 Pasientens rett til å uttale seg
- 4 Krav til vedtak
- 5 Utvidelse av obligatorisk undersøkelsestid (dvs. døgn på observasjon) før vedtak om tvangsmedisinering
- 6 Helsepersonell får plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert personell før det blir gjort vedtak om behandling uten pasientens samtykke

Konsekvensene av hvert av punktene ovenfor er:

- 1 Pasienter som har samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot behandling etter § 3-3 4. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, får rett til å avslutte behandlingen. Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonellet mener at pasienten trenger behandling.
- 2 Pasienter som klager til Fylkesmannen fordi det er vedtatt at de skal behandles med medisiner uten at de selv har gitt samtykke til det, har rett til fritt rettsråd<sup>38</sup> uten å betale egenandel.
- 3 Før vedtak om tvang skal pasientens holdning til og erfaringer med bruk av tvang vektlegges i vurderingen. Det bør blant annet legges vekt på hvor klare de negative holdningene til tvang er, hvor konsekvent pasienten mener det, hvor lenge siden det er pasienten opplevde det, og hvor dekkende de er for den aktuelle beslutningen. Denne vurderingen må sammen med pasientens syn på frivillige tiltak som blir presentert for denne, fremgå av vedtaket.  
I tillegg skal pasienten tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Tvangsbruken skal evalueres sammen med pasienten og dennes syn og opplevelse av iverksatte tiltak skal nedtegnes.
- 4 Det innføres i egen paragraf (3-3a) tydeligere og mer strukturerte krav til den skriftlige begrunnelsen for vedtak om tvunget observasjon, tvunget psykisk helsevern, vedtak om behandling uten samtykke, og bruk av tvangsmidler. De materielle vilkårene etter §§3-2,3-3 skal fremgå sammen med pasientens synspunkter som nevnt i 3. Hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet oppleves, samt forventet behandlingssig effekt og risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet skal også være med i vurderingen.
- 5 Obligatorisk undersøkelsestid utvides fra 3 til 5 dager. Hensikten med utvidet undersøkelsestid er å oppnå et bedre beslutningsgrunnlag for et eventuelt medisineringsvedtak, og å øke mulighetene for frivillig behandling.
- 6 Ved vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke er det nytt krav i §4-4a om at faglig ansvarlig bl.a. har plikt til å rådføre seg med annet helsepersonell før vedtak fattes. Det er i følge helsedirektoratet «en skjerping av plikten etter helsepersonelloven § 4 til å innhente bistand og samarbeide og samhandle med annet personell der dette er mulig og nødvendig. Tvungen behandling er alvorlig og inngripende, og hensikten med bestemmelsen er å bidra til kvalitetssikring og å legge til rette for en bred vurdering utover det medisinskfaglige, og at flere begrunnede meninger om saken skal

---

<sup>38</sup> Fritt rettsråd betyr at pasienten kan diskutere saken med en advokat og få informasjon om hvilke regler og lover som gjelder.

komme frem.»<sup>39</sup> Hvem den ansvarlige har rådført seg med og hva deres synspunkter er skal også nedtegnes i vedtaket.

Lovendringene skal tydeliggjøre pasientens rett til selvbestemmelse og ta vare på integritet, samt styrke pasientenes klagemuligheter. Gjennom punktene nevnt ovenfor skal det sikres at disse hensynene blir ivaretatt.

Som Helsedirektoratet skriver i proposisjonen:

«Etter en samlet vurdering velger Helsedirektoratet å støtte forslaget om en overgang til en kompetansebasert modell. Det økende fokus på ikke-diskriminering, og på at psykiske lidelser skal møtes på samme måte som andre lidelser, taler for en slik samkjøring med pasientrettighetsloven.... Manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang vil innebære en sterkere rettsliggjøring av tvungen psykisk helsevern. Økt rettsliggjøring kan gjøre vurderingene mer tilgjengelig for kontroll av jurister og lekfolk i klageinstanser og domstoler, slik at rettssikkerheten til pasientene styrkes. Rettstilstanden kan tenkes å bli mer forutberegnelig.»

Altså: I følge prop.147 L (2015-2016) er strengere krav til begrunnelse i vedtak en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne bruke sin klagerett. Det er også viktig for at klageinstansen skal kunne ha et best mulig grunnlag til å fatte en avgjørelse, basert på et presist og faktisk grunnlag. Økt og mer omfattende krav til samhandling med pasienten søker å bedre ivareta pasientens integritet.

De som har samtykkekompetanse, kan nå takke nei til behandling, og utvidet undersøkelsestid skal gi bedre grunnlag for bedømming av pasientens tilstand og dennes behov. Behandlingstiltak skal bare iverksettes når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand.<sup>40</sup>

Visse tilfelle er allikevel underlagt behandlerens skjønnsmessige vurdering. De som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, kan tvinges til observasjon, vern eller behandling selv om de har samtykkekompetanse.

Dersom pasienten gjennom 5 døgn med undersøkelse vil lide vesentlig helseskade bortfaller kravet om utvidet undersøkelsestid før vedtak om medikamentell behandling. Det samme gjelder der pasienten har vært behandlet ved samme institusjon tidligere og institusjonen kjenner pasienten godt.

Min tolkning av dette er at pasientens tidligere holdninger til medisinerer skal legge føringer for senere tilfelle, uavhengig av om pasienten senere endrer sin holdning.

Flere høringsinstanser var skeptiske til endringene, men som departementet skriver: «Det kan anføres argumenter mot forslaget, men departementet mener at tiden er moden for å styrke selvbestemmelsesretten og rettssikkerheten for pasienter med psykiske lidelser i Norge. Etter departementets vurdering er det viktig å foreslå endringer i psykisk helsevernloven som innebærer tilpasninger til utviklingen internasjonalt.»<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven med kommentarer. Kommentarer til § 4-4 a

<sup>40</sup> Prop.147 L (2015-2016) 9.2.1 Gjeldende rett

<sup>41</sup> Ibid. 6.2.4.1 Innføre krav om samtykke fra samtykkekompetente pasienter (kompetansebasert modell)

I kapittel 5 behandles den internasjonale utviklingen. Fremstillingen er avgrenset til FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) som skal styrke pasienter med psykososiale nedsettelse sin stilling.

#### **4.4. Klagemuligheter**

I saker om psykisk helsevern er det to klageinstanser; Kontrollkommisjonen og Fylkesmannen.

Dersom det dreier seg om klage på behandling mottatt under tvang etter phvl § kapittel 4, skal pasienten klage til Fylkesmannen.

I saker som dreier seg om etablering/ opphør av tvungent psykisk helsevern etter phvl kapittel 3 er Kontrollkommisjonen klageorganet som behandler saken.

I utgangspunktet vil etablering av klageinstanser bidra til å forsterke pasientenes rettssikkerhet. Rettssikkerheten forsterkes av at vedtaket gjennomgås på nytt.

#### **4.5. Fylkesmannen**

Kontrollkommisjonen er klageinstans for alle vedtak etter psykisk helsevernloven, med unntak av vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4. For sistnevnte vedtak er fylkesmannen klageinstans.

#### **4.6. Kontrollkomisjon**

Kontrollkommisjonen skal sikre at pasientenes rettssikkerhet blir ivaretatt når de er (begjært) underlagt psykisk helsevern.

Hovedoppgavene til Kontrollkommisjonen er kontroll med tvangsvedtak, klagebehandling og velferdskontroll.

Selv om Kontrollkommisjonen følger forvaltningsloven (jf phvl § 1-6), er det et uavhengig organ jf phvl. § 6-3 og fremstår mer domstolliknende, enn et organ underlagt forvaltningen. Det forsterkes ytterligere av at forvaltningen, etter phvl §6-3 1. heller ikke kan instruere Kontrollkommisjonen. Uavhengigheten er viktig for rettssikkerheten, oppgaven til Kontrollkommisjonen er å undersøke at rettssikkerheten til pasientene ivaretas.

Det er lett å se potensielle problemstillinger oppstå dersom Kontrollkommisjonen hadde vært underlagt forvaltningen på lik linje med institusjoner. Det er vanskelig å være kritisk mot sine egne, og uavhengigheten bidrar til at kontrollkommisjonens oppgaver ikke blir nedprioritert i forvaltningen.

Kommisjonen skal på eget initiativ kontrollere at de formelle kravene for tvangsinnleggelse er oppfylt. De gjør også en kontroll av om hvorvidt lovens krav er riktig vurdert av behandler som fatter vedtak om etablering og opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern.

Videre skal kommisjonen på eget initiativ vurdere hvorvidt det er behov for videre tvungent vern etter 3 måneders innleggelse, og den må samtykke til å opprettholde tvunget vern utover ett år.

Det følger av loven at Kontrollkommisjonen egenhendig kan ta opp saker selv om det ikke foreligger klage.



#### 4.7. Manglende etterprøving etter utskrivning

Dagens system er slik at saker som gjelder tvangsvedtak i psykisk helsevern føres etter særregler i tvistelovens kapittel 36 om «saker om administrative tvangsvedtak i helse- og sosialsektoren.»

Kapittel 36 er en videreføring av tvistemålsloven kapittel 33. I saker som omhandler alvorlige inngrep mot borgere, slik som frihetsberøvelse, gjør behovet for å vareta rettssikkerhet seg gjeldende med tyngde. Dette forsterkes av at vilkårene for bruk av ulike typer tvangstiltak ofte er *skjønnsmessige*, og i stor grad knyttet til behandlerens faglige vurderinger.

Det særlige behovet for rask og forsvarlig behandling i domstolene i spesielle saker, samt prinsippet om offentlig dekning av kostnadene (jf. phvl § 36-8) danner bakgrunnen for et eget kapittel i tvisteloven der retten bl.a kan prøve alle sider av saken uten hensyn til partenes anførsler, jf. phvl § 36-5 1-3, og der retten foretar en egen vurdering av om hvorvidt vilkårene for det tvungne vernet er oppfylt på tidspunktet saken kommer opp for retten, fremfor å være bundet til av hvorvidt vilkårene var oppfylt på tidspunktet da det tvungne vernet ble etablert eller når pasienten klaget til kontrollkommisjonen.<sup>42</sup>

Andre krav kan ikke trekkes inn i saken, jf. phvl § 36-1 (1). Det betyr at pasienten ikke har mulighet til å søke om erstatning, samtidig som det administrative tvangsvedtaket blir prøvd.

§ 36-1 (2) sier at «søksmål etter reglene her kan ikke reises etter at vedtaket er falt bort.» Dette stadfester aktualitet. Det menes her at saksøker må ha et aktuelt behov for å få avgjort tvisten nå. «Faller vedtaket bort etter at det er krev rettslig prøving, heves saken» jf. §36-1 (2) 2.setning.

Det forutsettes her at tvangsvedtaket er aktivt, altså at pasienten fortsatt er innlagt.

Dette betyr at pasienten ikke kan reise krav etter kapittel 36 der alle sider av saken kan prøves i ettertid.

I saker om psykisk helsevern har saksøker ofte svake ressurser, og er i en svært sårbar situasjon hvor det kan være vanskelig å ivareta egne rettigheter, på grunn av helsetilstanden som i utgangspunktet ikke er optimal, og har ledet til tvangsvedtaket.

Hvordan opprettholdes rettssikkerheten til en som blir fratatt muligheten til å komme seg litt på fote før man søker rettferdighet og oppreisning?

Der personer har blitt utsatt for invaderende inngrep fra forvaltningen, kan det tenkes at en rettsavgjørelse på at vilkårene for inngrepene ikke var til stede, vil ha stor betydning for saksøkers liv, også i tilfelle der vedtaket har opphørt. Jeg mener derfor at det er grunn til å stille spørsmål ved aktualitetskravet i loven.

I NOU 2001:32 «Rett på sak— Lov om tvisteløsning (tvisteloven)» diskuteres nettopp disse problemstillingene. Departementet foreslo å utvide søksmålsadgangen til også å omfatte saker om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern selv om det tvungne vernet er opphørt, under forutsetning at saken var brakt inn for domstolen mens vedtaket var aktivt. Begrunnelsen var aktualitetskravet i phvl, risikoen saksøker bærer under ordinær domstolsbe-

---

<sup>42</sup> NOU 2001: 32 Rett på sak— Lov om tvisteløsning (tvisteloven) avsnitt 19.2.3.2.6

handling og at domstolen i så tilfelle var avskåret fra å prøve alle sider av saken. (etablert rettspraksis *Rt 1982 s 1088 og Rt 1982 s 1789*).

Departementet vurderte også at begrensningene under ordinære sivilrettslige regler kunne føre til at pasienten unnlot å bringe saken inn for domstolene. Departementet fremmet derfor forslag om at «der sak først er reist, kan pasienten kreve å få dom for den aktuelle tvangsbruk, selv etter at tvangen er opphørt.»

Departementet uttaler videre at «(vi) ser at den rettssikkerhetsmessige verdi som ligger i at institusjonene vet at deres avgjørelser kan bringes inn for domstolene, kan svekkes når saken stanses ved tvangens opphør. Behovet for rask avklaring er selvsagt størst når tvangen pågår, men etter departementets syn kan pasienten også i ettertid ha et legitimt behov for en relativt hurtig rettsavgjørelse for at et tvangsinngrep er ulovlig, enten for å forebygge nye inngrep eller for å forhindre at et vedtak om tvungen psykisk helsevern begrenser hans eller hennes yrkesmessige muligheter på områder hvor dette med urette anses som diskvalifiserende.»<sup>43</sup>

Flere instanser var kritiske til å utvide søksmålsadgangen, bl.a. Statens helsetilsyn og Regjeringsadvokaten som stilte spørsmål ved «den reelle verdien av en slik utvidelse, sett i sammenheng med at det vil være vanskelig for domstolen i ettertid å skulle etterprøve en skjønnsutøvelse.»

Etter en helhetsvurdering ble det derfor besluttet å «ville gå bort fra høringsutkastet på dette punkt.»

Jeg tillater meg her å stille spørsmål ved hvor mye vekt et høringsutvalg burde tillegge den parten som i saker om administrative tvangsvedtak representerer staten. Eksempelvis er det regjeringsadvokaten som ved økt søksmålsadgang samlet får økt arbeidsbyrde.

I Ot.prp. nr. 51 (2004-2005) avsnitt 24.1.3.2 ble søksmålsadgangen etter særreglene diskutert, i form av å «utvide den nåværende rettshjelpordningen, slik at retten kan innvilge fri sakførsel i etterfølgende ugyldighets- eller erstatningssøksmål etter de alminnelige saksbehandlingsreglene i loven.» Tvistemålsutvalget ønsket en utvidet rettshjelpsordning snarere enn utvidet søksmålsadgang, men departementet landet på at særreglene i kapittel 33 i tvistemålsloven burde videreføres i den nye tvisteloven av 2005 kap. 36. og uttaler: «Tvistemålsutvalgets forslag om å utvide rettens adgang til å innvilge rettshjelp i de tilfelle hvor vedkommende finner grunn til å reise erstatningskrav, framstår som et alternativ. Departementet mener imidlertid at dette blir imøtekommet gjennom rettshjelploven § 16 slik bestemmelsen ble foreslått i Ot.prp. nr. 91 (2003-2004).»

I dagens samfunn er det, på tross av økt oppmerksomhet på mental helse i samfunnet, et stort stigma rundt psykiske lidelser. Å ha psykiske utfordringer er ikke definert som å være syk, som fysiske utfordringer kan karakteriseres som, men gjerne med ord som «gal.»

Det er lett å se med mer kritiske øyne på personer med psykiske problemer, eksempelvis tillegge de egenskaper som at de er ressursvake eller mindre intelligente, noe so kan medføre vanskeligheter i både sosial- og arbeidsliv.

I dag er saksøker henvist til å bringe saken inn under vanlige sivilrettslige regler for søke erstatning, eller få fastsettelsesdom på at vedtaket i sin tid var ugyldig.

---

<sup>43</sup> NOU 2001:32 19.2.4.2

Ettersom man er avskåret fra å få prøvd disse kravene etter reglene i tvistelovens kapittel 36, må retten i disse sakene forholde seg til partenes anførsler og kan ikke fritt prøve alle sidene av saken slik den kan etter særreglene.

Selv om saksøker kan ha rett til fri rettshjelp i disse sakene, risikerer en å måtte bære saksomkostninger, i tillegg til at saken kan trekke ut i tid. Tanken på å stå i en slik situasjon over tid, noe kan være både økonomisk og følelsesmessig kostbar, hindrer nok mange fra å gå til sivile søksmål.

En annen alvorlig svakhet ved dagens system er tiden det tar å få en sak opp i retten, fra stevningen blir mottatt til dom avsagt. Under den tiden bortfaller mange saker fordi vernet opphørte innen saken kom opp.

I 2015 var det følge helsedirektoratet 70 saker (31%) som bortfalt før hovedforhandling i tingretten grunnet at tvangsvernet opphørte. Det tok samme år gjennomsnittlig 82 dager fra stevning til domsavsigelse i rettssystemet, mens det gjennomsnittlige døgnoppholdet under tvungent psykisk helsevern i 2015 var 26 døgn.<sup>44</sup>

Det er en åpenbar ubalanse mellom tvangens varighet og tiden det tar å få opp saken i retten. Det kan vanskelig forsvares at rettssikkerheten til denne gruppen ivaretas når deres reelle mulighet til å få prøvd saken etter kapittel 36 er liten. Skulle tvangen vedvare de 82 dagene det tar, er det nærliggende å anta at saksøker ikke vil få medhold i retten fordi det tvungne vernet «åpenbart» er nødvendig.

#### **4.8. Manglende etterprøving av tvangsbruk etter psykisk helsevernlovens kapittel 4**

Tvungen behandling forutsetter gyldig vedtak etter kapittel 3, og kan ikke prøves etter tvistelovens kapittel 36.

Det følger av psykisk helsevernloven § 7-1 at vedtak fattet av kontrollkommisjonen om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ 3-2, 3-3, og 3-7 kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Det gjelder også kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon etter §§ 4-10 og 5-4.

Ikke alle vedtak om bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern kan bli gjenstand for domstolskontroll etter tvisteloven kapittel 36. Dette gjelder: Vedtak om bruk av skjerming og forlengelse av skjerming jf. § 4-3, vedtak om behandling uten eget samtykke jf. § 4-4a, vedtak om innskrenkninger av forbindelse med omverdenen § 4-5, vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon jf. § 4-6, vedtak om beslag eller tilintetgjøring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand jf. § 4-7, vedtak om tvungen urinprøve jf. § 4-7a og vedtak om bruk av tvangsmidler som angitt i § 4-8.

---

<sup>44</sup> Helsedirektoratet. Rapport om Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2015. s. 47

Det er kontrollkommisjonen som er klageinstans for alle disse vedtakene med unntak av vedtak om behandling uten eget samtykke jf. § 4-4a.

Systemet med domstolskontrollen skal ivareta rettssikkerhet. Alle sidene av saken kan prøves og domstolen er ikke bundet av partenes anførsler, etter kapittel 36. Se mer om prøvingsretten etter kapittel 36 i avsnitt 4.7 over.

Kravet til domstolskontrollen følger også av den europeiske menneskerettskonvensjonens artikkel 5; retten til frihet og sikkerhet.

Kapittel 36 er ifølge NOU 2011:9<sup>45</sup> utformet for å ivareta statens menneskerettslige forpliktelser, og uavhengig av dette skal domstolene anvende tvistelovens bestemmelser i samsvar med de menneskerettslige forpliktelser staten har påtatt seg.

Det er store rettssikkerhetsmessige brister ved dagens system der tvangstiltakene nevnt over ikke kan prøves etter kapittel 36 i tvisteloven.

Det innebærer at disse vedtakene må prøves etter de alminnelige sivilrettslige reglene som følger av loven, og det får flere konsekvenser for saksøker, bl.a. er saksøker sikret rask behandling i domstolen etter kapittel 36, saksøker ikke uten videre kan få fri rettshjelp og at domstolen er bundet av partenes anførsler.

Selv om gyldige gjennomføringstiltak etter kapittel 4 som er nevnt over forutsetter vedtak om tvungent vern som kan bli gjenstand for domstolskontroll, (og dette medfører at domstolskontrollen indirekte kan ha betydning for gyldigheten av vedtak fattet etter §4-4a), er det nærliggende å anta at vedtak om tvangsmedisinering spesielt, oppleves som ekstremt krenkende og invaderende, og er det tiltaket som mange pasienter føler sterkest motstand mot. Disse vedtakene burde derfor vært underlagt samme prøvingsmuligheter i domstolen som vedtak fattet etter phvl kapittel 3.

I forbindelse med tvangsmedisinering uttales følgende i NOU 2011:9: «En stor andel av sakene for domstolene om opphør av tvungent psykisk helsevern har trolig ønsket om å få en slutt på medisineringsen som sitt primære formål. At man på denne bakgrunn ikke allerede har gitt en selvstendig adgang til å angripe tvangsmedisineringsvedtak for norske domstoler, fremstår som et uttrykk for det manglende fokuset lovgiveren har hatt på denne typen alvorlige inngrep.»

Jeg vil også vise til Marius Storviks doktoravhandling «Rettslig vern av pasienters integritet i psykisk helsevern.»<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> NOU 2011:9 avsnitt 16.6 Domstolskontrollen

<sup>46</sup> Storvik, Marius. Rettslig vern av pasienters integritet i psykisk helsevern.2017. Avhandling ved UIT Norges arktiske universitet.

I sin doktoravhandling avdekket han at menneskerettighetene brytes systematisk i psykiatrien.<sup>47</sup> Han vurderte lovligheten av rutinebeskrivelsene til psykiatriske institusjoner. Rutinebeskrivelser er interne retningslinjer som legger føringer for hvordan institusjonene skal håndtere pasienter osv.

Han fant store avvik i lovstridige rutinebeskrivelser, noe som ifølge Storvik tyder på at kontrollkommisjoner som overvåkingsorgan ikke fungerer, kontrollkommisjonene skal påse at all tvungen behandling skjer i henhold til lovgivning.

Blant tiltakene Storvik undersøkte var tvangsmedisinering, bruk av belteseng, isolat, «ingen utgang første døgn» og kontinuerlig observasjon.

Ettersom definisjonen på psykisk helsevern etter phvl er «undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever», mener han at tiltak som bruk av mekaniske tvangsmidler faller utenfor «undersøkelse, behandling, pleie og omsorg» etter loven og må anses som sikkerhetstiltak, ikke et behandlingsvedtak.

Videre fant han at praksisen med belteseng skjer ofte i strid med menneskerettighetene, at institusjoner ulovlig nekter pasienter å forlate institusjonen det første døgnet, og at helsepersonell bruker nødrett ulovlig. I følge Storvik var det fram til 1999 en viss adgang til å bruke nødrett som rettsgrunnlag i psykiatrien, men det ble endret på bakgrunn av menneskerettsloven av 1999 og grunnlovsrevisjonen som ble gjort i 2014.

Denne praksisen fortsetter ifølge Storvik, som også trekker fram at det er umulig for en pasient å klage på nødrettsvedtak i ettertid ettersom vedtak utført på nødrett i praksis ikke blir registrert.

Myndighetsutøvelse i form av tvangsvedtak etter phvl kapittel 4 utgjør alvorlige inngrep i pasientenes selvbestemmelsesrett.

Selv om pasienten har adgang til å prøve fylkesmannens vedtak for domstolene, er det svært problematisk med tanke på rettssikkerhet at pasienten ikke har de samme rettighetene ved rettslig prøving av vedtak om behandling uten eget samtykke, som ved prøving av vedtak om tvungent vern. Det er også svært problematisk at institusjonene påberoper seg nødrett og gjennomfører vedtak som pasienten ikke har mulighet til å få prøvet i ettertid fordi det ikke finnes noen dokumentasjon. At elektroshokk, en behandling det er umulig å forutse utfallet av på forhånd, blir gitt uten samtykke, og også på nødrett er spesielt urovekkende.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Moe, Trude Haugseth. Avdekket flere menneskerettighetsbrudd i norsk psykiatri. 2017

<sup>48</sup> Aakhus. Eivind. Elektroshokk under tvang bør få hjemmel i Lov om psykisk helsevern. 2018

For at pasientene skal ha god rettssikkerhet er det avgjørende at de kan påklage alle tvangsvedtak til domstolene som har myndighet til å omgjøre vedtaket, under de vernede særreglene i psykisk helsevernlovens kapittel 36 gir.

## **5. Er tvangslovgivningen i seg selv diskriminerende overfor personer med psykososiale funksjonsnedsettelse?**

### **5.1. Tvangslovgivningens forhold til menneskerettighetene**

Når forvaltningen aktivt går inn og bruker tvang mot en borger, aktualiseres spørsmål om forholdet til menneskerettene. De knytter seg til både prosessuelle og materielle vilkår for tvangsvedtak, og tvangsbruk.

De sentrale menneskerettskonvensjonene er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven, og har forrang fremfor annen lov ved eventuell motstrid.

Psykisk helsevernloven anses å være i overenstemmelse med Norges folkerettslige forpliktelser, herunder ratifiserte konvensjoner som Den Europeiske Menneskerettskonvensjonen(EMK) og Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne(CRPD).

Menneskerettighetene gir også føringer for tolkning av de ulike bestemmelser i psykisk helsevernloven.

Ved bruk av tvang er det noen menneskeretter som er av særlig betydning. Disse er også grunnlovfestede rettigheter.

De viktigste menneskerettighetene med tanke på psykisk helsevernloven er (forankringen i grunnloven er angitt i parentes):

EMK art. 3 (grl § 93) som omhandler forbudet mot tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

EMK art.5.(grl §94) som sier at ingen skal berøves sin frihet utenom i tilfelle foreskrevet i nasjonal lovgivning. Herunder mulighet i Norge for å frihetsberøve personer med sinnslidelser (of unsound mind).

EMK art. 8(grl §102) omhandler retten til privatliv.

EMK art 14. (grl §98) sier at alle er like for loven og omhandler forbudet mot usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling/diskriminering.

Legalitetsprinsippet. (grl § 113) som sier at myndighetenes inngrep overfor borgere må være hjemlet i lov.

Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. (CRPD)

CRPD art. 25 omhandler retten til helse, og sier at behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke fordi selvbestemmelsesretten alltid skal være intakt.

Også konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) art. 12 omhandler retten til helse; retten til høyest mulig fysisk psykisk levestandard og er således viktig i denne konteksten.

## 5.2. Kort om CRPD

På bakgrunn av manglende vern under EMK ble CRPD-konvensjonen vedtatt som nevnt i avsnitt 1.5.

CRPD forbyr usaklig forskjellsbehandling mellom somatisk og psykisk helsevern.

I dette ligger at personer med psykiske lidelser også skal anses som funksjonshemmede.

Årsaken til funksjonshemmingen- i dette tilfelle psykiske lidelser- er irrelevant og gir ikke grunnlag for å forskjellsbehandle denne gruppen fra funksjonshemmede med somatiske lidelser.

Retten til helse er en menneskerettighet som sier at alle innbyggere skal ha tilgang til institusjoner som kan gi behandling og omsorg. At de skal ha tilgang til, betyr også at de kan la være å benytte seg av det. De utøver selvbestemmelsesretten.

Personer med psykiske lidelser har rett til helse på lik linje med andre, og i følge CRPD skal den syke hjelpes til å ta et informert samtykke, og tvangsbehandling kan ikke gis bare på grunnlag av funksjonsnedsettelsen.

CRPD stadfester at individets autonomi alltid skal være intakt, uavhengig av funksjonsgrad.

## 5.3. Premissene for CRPD i Norge.

Da myndighetene ratifiserte (ble juridisk sett bundet til) konvensjonen i 2013, forpliktet Norge seg til å føre en politikk som kunne realisere menneskerettighetene for funksjonshemmede etter de generelle prinsippene i konvensjonen.

Norge har avgitt tolkningserklæringer i forbindelse med ratifikasjonen av CRPD. En tolkningserklæring inneholder en klargjøring av hvordan staten tolker artiklene tolkningserklæringen omhandler. I realiteten er en tolkningserklæring å anse som en reservasjon.

Tolkingserklæringene gjelder CRPD artikkel 12, 14 og 25.

Erklæringen om artikkel 12 lyder:

«Norge anerkjenner at personer med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, i alle sammenhenger. Norge anerkjenner også forpliktelsene til å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne mottar den støtte og bistand de trenger for å utøve sin rettslige handleevne. Norge erklærer videre dets forståelse av at konvensjonen tillater fratakelse av rettslig handleevne eller bistand til å utøve rettslig handleevne og/eller tvungent vergemål der slike tiltak er nødvendige, som en siste utvei og underlagt kontrollmekanismer.»<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> NOU 2001: 32 Rett på sak— Lov om tvisteløsning (tvisteloven) avsnitt 19.2.3.2.6

Som det står nedfelt i tolkningserklæringen, påberoper norske myndigheter seg muligheten til å kunne fortsette med å frata personer som ikke selv kan ivareta sine interesser deres rettslige handleevne *som en siste utvei* for å beskytte personen mot seg selv.

CRPD-komiteén som er satt til å kontrollere at medlemslandene etterlever konvensjonens forpliktelser, har uttalt følgende om tolkningserklæringen til artikkel 12:

«In most of the State party reports that the Committee has examined so far, the concepts of mental and legal capacity have been conflated so that where a person is considered to have impaired decision-making skills, often because of a cognitive or psychosocial disability, his or her legal capacity to make a particular decision is consequently removed. This is decided simply on the basis of the diagnosis of an impairment (status approach), or where a person makes a decision that is considered to have negative consequences (outcome approach), or where a person's decision-making skills are considered to be deficient (functional approach). The functional approach attempts to assess mental capacity and deny legal capacity accordingly. It is often based on whether a person can understand the nature and consequences of a decision and/or whether he or she can use or weigh the relevant information.

This approach is flawed for two key reasons: (a) it is discriminatorily applied to people with disabilities; and (b) it presumes to be able to accurately assess the inner-workings of the human mind and, when the person does not pass the assessment, it then denies him or her a core human right — the right to equal recognition before the law. In all of those approaches, a person's disability and/or decision making skills are taken as legitimate grounds for denying his or her legal capacity and lowering his or her status as a person before the law. Article 12 does not permit such discriminatory denial of legal capacity, but, rather, requires that support be provided in the exercise of legal capacity.»<sup>50</sup>

Komiteén uttaler at et menneske som ikke kan ivareta sine egne interesser, skal få støtte til å ta sine beslutninger. Det er ikke akseptabelt å bli fratatt sin rettslige handleevne på bakgrunn av sin funksjonshemming.

Å bli fratatt selvbestemmelsesretten fordi det blir ansett å være i vedkommendes beste interesse, anses som diskriminerende etter CRPD, og bidrar til å opprettholde den paternalistiske tradisjonen i psykisk helsevern.

Erklæringen om artikkel 14 og 25 lyder:

«Norge anerkjenner at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet og personlig sikkerhet og en rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. Norge erklærer videre som sin forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier.»<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment on Article 12: Equal recognition before the law 2013

<sup>51</sup> Prop. 147 L (2015–2016) Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet) avsnitt 3.2.2



I prop. 106 S (2011–2012) vurderes det om det er samsvar mellom norsk rett og artikkel 14 i konvensjonen.

Proposisjonen bygger på Paulsrud-utvalgets innstilling i NOU 2011:9 som utredet forholdet mellom menneskerettigheter og psykisk helsevernloven.

Departementet viser til at Paulsrud-utvalget konkluderte med at konvensjonen ikke forbyr tvangsinngrep i sin helhet, men at «retten til selvbestemmelse og ikke-diskriminering må ivaretas i utformingen av regler om tvang.»<sup>52</sup>

Departementet uttaler i proposisjonen at konvensjonsforpliktelsene ikke nødvendiggjør endringer i psykisk helsevernlovens kapittel 3 og 4 fordi tvangsbestemmelsene oppstiller tilleggsvilkår som må være oppfylt før tvangstiltak kan benyttes. Således vil ikke en alvorlig psykisk lidelse i seg selv åpne for tvunget vern.

«Det er med andre ord ikke vedkommendes nedsatte funksjonsevne i seg selv som er avgjørende for om tvangstiltak kan benyttes etter norsk rett, noe som i så fall ville ha vært i strid med konvensjonen.»

Jeg tolker departementets utspill dithen at de mener at funksjonsnedsettelsen ikke er en konsekvens av diagnosen. Eksempelvis en psykotisk person eller en som lider av hallusinasjoner utagerer naturligvis på grunn av sin diagnose. Det fremstår som ganske åpenbart at funksjonsnivået blir dårligere på grunn av sykdommen.

Likestillings- og diskrimineringsombudet uttaler i «Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne 2015» at det er grunn til å være bekymret for at departementet gjennom sine tolkningserklæringer legger til grunn at CRPD tillater hjemlene om tvunget vern og tvangsbehandling av mennesker i psykisk helsevernloven, og at myndighetene mener at lovverket er i samsvar med CRPD-konvensjonen.

Slik lovverket er i dag, gir det nye kravet om manglende samtykkekompetanse i **phvl §** ingen reell økt rettsikkerhet og vern mot diskriminering for mange pasienter. Tolkningserklæringene gir uttrykk for et ønske om å videreføre tvangshjemplene i psykisk helsevernloven, og de som etter lovendringen om samtykkekompetanse i 2017 fortsatt rammes av tvangsbestemmelsene, har et særlig behov for vernet CRPD gir.

Art. 46 i konvensjonen stadfester at det ikke kan tas forbehold som er «uforenelige med konvensjonens formål og hensikt.» I følge Likestillings- og diskrimineringsombudet er ikke tolkningserklæringene forenelige med konvensjons hensikt og formål, og hindrer mennesker med funksjonsnedsettelser som stammer fra psykiske lidelser fra å bruke CRPD til å utfordre dagens nivå av tvangsbruk i psykisk helsevern.

### 5.3.1. Relevante bestemmelser i CRPD

Konvensjonen har som mål å «fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet.»<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Prop. 106 S (2011–2012) «Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne» avsnitt 4.2.6

<sup>53</sup> Formålsparagrafen i CRPD-konvensjonen, art. 1

I art.3 oppstilles de generelle prinsippene i konvensjonen, som er respekt for menneskeverdet, menneskers individuelle selvstendighet og uavhengighet, og rett til å treffe egne valg.

Ikke-diskriminering, inkludering i samfunnet og «respekt for forskjeller og aksept av mennesker med nedsatt funksjonsevne som del av det menneskelige mangfold og av menneskeheten» er viktige verdigrunnlag i denne konvensjonen.

Videre skal alle ha like muligheter på tross av sitt utgangspunkt etter CRPD.

Partene skal sikre gjennomføring av menneskerettighetene, uten diskriminering på bakgrunn av nedsatt funksjonsevne.

Artiklene listet opp nedenfor er et utvalg jeg mener er mest relevant med tanke på tvangslovgivningen.

I art.4 1. bokstav d, fremgår det at «partene forplikter seg til å avstå fra alle handlinger og all praksis som er uforenlig med denne konvensjon, og å sikre at offentlige myndigheter og offentlige institusjoner handler i tråd med konvensjonen.»

Art. 5 2. sier at enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne er forbudt, og mennesker med nedsatt funksjonsevne skal sikres lik og effektiv rettslig beskyttelse mot diskriminering, uansett grunn.

Art. 12 2. sier at det skal være likhet for loven. Mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder.

Art. 14 1. bokstav a og b, omhandler vernet om retten til frihet og personlig sikkerhet, og at nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse.

Art. 15 2. omhandler forbud mot tortur eller grusom, umenneskelig, eller nedverdiggende behandling eller straff, herunder at ingen skal, uten sitt frie samtykke, utsettes for medisinske eller vitenskapelige eksperimenter.

Art. 17 sier at personer med nedsatt funksjonsevne har rett til vern for sin fysiske og psykiske integritet, på lik linje med andre.

Art. 25 bokstav d omhandler retten til helse, og sier at behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke fordi selvbestemmelsesretten alltid skal være intakt.

### 5.3.2. Tvangsbegrepet i psykisk helsevern

Når man tenker på ordet «frihetsberøvelse» er det kanskje mange som tenker i strafferettslige baner. Frihetsberøvelse blir brukt som straffereaksjon i tilfelle der personer har begått alvorlige kriminelle handlinger.

Dersom en person utsetter en annen for tvang eller frihetsberøvelse, er dette straffbart etter straffelovens kapittel 24 «Vern av den personlige frihet og fred» §§ 251-256.

Etter strl § 251 som omhandler tvang, står det at «den som ved straffbar eller annen urettmessig atferd eller ved å true med slik atferd tvinger noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe» skal straffes med fengsel i inntil 2 år.»

Frihetsberøvelse i psykisk helsevern derimot, kan skje uten at det ansees som en straffereaksjon gjennom administrative tvangsvedtak.

På en psykiatrisk institusjon vil frihetsberøvelsen gjennomføres som et ledd i behandlingen, og det får ingen strafferettslige konsekvenser for utøveren av berøvelsen slik reglene er etter straffeloven.

Tvangsbegrepet i psykisk helsevernloven gjelder ikke bare tvungent vern og frihetsberøvelse, men også tvangsbehandling eks. gjennom medisinerings.

I psykisk helsevern åpner loven for å bruke tvang allerede ved manglende samtykke fra pasienten.

Dersom pasienten ikke samtykker og denne blir vurdert til å ikke være kompetent til å forstå konsekvensene av å nekte behandling, kan behandler gjennomføre behandlingen under tvang dersom han eller hun mener at det er til pasientens beste.

I midlertid må behandler kunne rettferdiggjøre denne type tvangsbruk fordi pasienten som mottar den tvungne behandlingen ikke har noe ønske om det.

CRPD utfordrer tvangsbegrepet og tvangshjemplene i psykisk helsevern fordi konvensjonen erklærer at tvang aldri skal forekomme, all behandling skje på bakgrunn av fritt og informert samtykke.

#### **5.4. Tvangslovgivningens forhold til CRPD**

«Enkelte empiriske funn tyder på at de samme pasientgruppene vil bli innlagt i det psykiske helsevernet uavhengig av hvordan lovverket er utformet.»<sup>54</sup>

Selv om det har skjedd mye siden 2002, bl.a. etableringen av CRPD, økt bevissthet rundt menneskerettigheter og endringer i psykisk helsevernloven, tyder mye på at tvangskulturen i psykiatrien består.

Med tolkningserklæringene kan det virke som at norske myndigheter ønsker å legitimere tvangsbruken, og opprettholde tvangshjemplene slik de fremstår i dag. Norske myndigheter mener at CRPD-komiteen går for langt når den erklærer at all tvangsbruk er i strid med menneskerettighetene. Norske myndigheter ønsker å følge den menneskerettsstandard som fremkommer i EMK art. 5(1).<sup>55</sup>

[https://lovdata.no/pro/#document/PROP/forarbeid/otprp-11-199899/KAPITTEL\\_2-3-3](https://lovdata.no/pro/#document/PROP/forarbeid/otprp-11-199899/KAPITTEL_2-3-3)

En dom som forsterker dette synet, er HR 2016-01286-A. Saken gjaldt krav om utskrivning fra tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-7, jf. § 3-3, og saksøker (A) ønsket å avslutte vedtak om medisinerings.

---

<sup>54</sup> Likestillings- og diskrimineringsombudet. CRPD: Rett til frihet, personlig sikkerhet og likeverdige helsetjenester for personer med psykososiale funksjonsnedsettelse Innspill til norske myndigheter. 2013. avsnitt 5.2.

<sup>55</sup>

A var under et såkalt TUD-regime, TUD står for «tvang uten døgnopphold.» En TUD-pasient bor hjemme og tar «frivillig» medisiner sine, under trussel om at han eller hun vil bli innlagt under tvang dersom han eller hun bryter avtalen.

CRPD artikkel 25 bokstav d forutsetter at helsepersonell yter samme helsehjelp til personer med nedsatt funksjonsevne som til andre, herunder at helsehjelpen skal være basert på et fritt og informert samtykke.

I HR 2016-01286-A anførte A at «Menneskerettighetene er til hinder for å tvangsmedisinere samtykkekompetente personer utelukkende under henvisning til at de vil ha helsemessige fordeler av slik behandling, jf. forbudet mot umenneskelig og nedverdiggende behandling og vernet mot inngrep i privatlivet, jf. Grunnloven § 93 andre ledd og § 102, sammenholdt med Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artiklene 3 og 8.

Også FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) medfører at forverringsalternativet i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a må tolkes innskrenkende, slik at det ikke er anledning til å bruke tvang overfor psykisk syke personer som har samtykkekompetanse og ikke representerer noen fare for andre. Tvang som er begrunnet i psykisk sykdom, vil dessuten være i strid med konvensjonens forbud mot diskriminering.»<sup>56</sup>

A gjorde også gjeldende at tvangsmedisinering av psykisk syke på grunn av selve sykdommen er diskriminerende og i strid med CRPD.

Staten anførte at «Det foreligger ikke et slikt menneskerettslig forbud mot tvangsmedisinering som A gjør gjeldende. Heller ikke FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne er til hinder for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Det vises til rettsikkerhetsgarantiene i loven (phvl) og formålet med tvangen i et tilfelle som dette.»<sup>57</sup>

Statens anførsel etter min mening problematisk. CRPD gir klare skranker for tvangsbehandling, jf. art 25 om selvbestemmelse. Se også kritikken fra FNs CRPD-komité om at tvangshjemler er diskriminerende i 5.1.3 overfor.

Førstvoterende er enig med A i at både tvangselementet, men også effekten av medisinen og mulige bivirkninger er viktige for den rettslige vurderingen, men at terskelen for å karakterisere noe som umenneskelig eller nedverdiggende behandling må være høy.

Førstvoterende uttaler videre «Dersom formålet er terapeutisk, vil man være utenfor det som rammes, forutsatt at det på et avklart medisinsk grunnlag kan bygges på at tvangen også er forholdsmessig – at den sparer pasienten for virkninger av den psykiske sykdommen som klart ville ha representert en enda større belastning.»

Det vises videre til EMD-dommen *Herczegfalvy vs. Austria* 10533/83, fra 1992, som omhandler hendelser fra starten av 80-tallet. Spørsmålene var hvorvidt institusjonen saksøker var innlagt på kunne holde lenke han fast til en seng med håndjern, gi beroligende sprøyter, tilbakeholde brev og tvangsføre saksøker mot hans vilje.

Domstolen uttaler i avsnitt 82:

---

<sup>56</sup>HR 2016-01286-A Premiss 8 og 9

<sup>57</sup> HR 2016-01286-A Premiss 13

‘‘The Court considers that the position of inferiority and powerlessness which is typical of patients confined in psychiatric hospitals calls for increased vigilance in reviewing whether the Convention has been complied with. *While it is for the medical authorities to decide, on the basis of the recognised rules of medical science, on the therapeutic methods to be used, if necessary by force, to preserve the physical and mental health of patients who are entirely incapable of deciding for themselves and for whom they are therefore responsible*, such patients nevertheless remain under the protection of Article 3 (art. 3), whose requirements permit of no derogation.

*The established principles of medicine are admittedly in principle decisive in such cases; as a general rule, a measure which is a therapeutic necessity cannot be regarded as inhuman or degrading.* The Court must nevertheless satisfy itself that the medical necessity has been convincingly shown to exist.’’ (Min kursivering)

I vår sak fra 2016 oppfatter jeg at førstvoterende mener at det paternalistiske synet på behandling av psykisk syke fra tidlig 90-tall fortsatt er gjeldende. Behandler vet best, og kan etter tvangshjemlenes vidtrekkende skjønn avgjøre på pasientens vegne hva som er best for vedkommende uavhengig av pasientens ønske.

Førstvoterende uttaler (ad EMDs uttalelse i *Herczegfalvy vs. Austria*): «Dette må være utgangspunktet selv om pasienten på grunn av den pågående tvangsbehandlingen er så velfungerende at han eller hun for tiden anses som samtykkekompetent i andre relasjoner.»

Dette er en dom som ble avsagt over 20 år før CRPD så dagens lys, og som ikke reflekterer utviklingen i menneskerettighetenes forhold til tvangslovgivning fra starten av 80-tallet da hendelsene inntraff og fram til i dag.

En dom fra EMD som er mer i tråd med utviklingene i rettspraksis er *M.S vs. Croatia* (no.2) fra 2015- 75450/12.

Denne saken omhandler en kvinne som ble lagt inn på en psykiatrisk institusjon og lagt i belter fordi hun ble ansett som utagerende ved ankomst. Hun hadde kjente ryggplager som ikke ble tatt hensyn til da hun ble tvunget til å ligge på ryggen i 15 timer.

I denne EMD-dommen vises det også til *Herczegfalvy vs. Austria*.

«The Court has already held that the assessment of whether involuntary treatment of patients with mental disabilities in the hospital setting was justified needed to be examined against the question of medical necessity, which must convincingly be shown to exist, taking into account the current legal and medical standards on the issue (see *Herczegfalvy*, cited above § 83(..). In respect of the use of measures of physical restraint on patients in psychiatric hospitals, the Court sees no reason to disagree in principle with the Government’s submission that medical standards in psychiatry allow for a recourse to such measures when no other measures could produce the desired result of calming an agitated individual down and to prevent him or her from harming himself or herself or others (see paragraph 90 above). It notes, however, that the developments in contemporary legal standards on seclusion and other forms of coercive and non-consensual measures against patients with psychological or intellectual disabilities in hospitals and all other places of deprivation of liberty require that such measures be employed as a matter of last resort and when their application is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others.» Fra dommens avsnitt 103-104

Jeg forstår dette som at «the current legal and medical standards on the issue» betyr at tvangs- vurderingen må gjøres ut fra lover og rettigheter som foreligger i 2015 for hva EMD-saken angår, og i 2016 for hva HR 2016-01286-A angår.

I M.S vs. Croatia kommer domstolen til at det foreligger brudd på EMK art. 3 om forbud mot tortur: «Ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.»

Man kan tolke tvangsbruk som er forankret i lov som en form for straff.

I Norge skal man være beskyttet mot dette, jf. grunnlovens § 96, som sier at "Ingen kan dømmes uten etter lov eller straffes uten etter dom."

Tilbake til HR 2016-01286-A. Saksøkers (A) anførsel om at grunnlovens § 102 og EMK art. 8 som beskytter privatlivet, herunder personlig autonomi setter skranker for tvangsinnleggelse er ikke Høyesterett enig i. Det står i dommen at selv om det ikke er tvilsomt at tvangsmedisinering gjør et inngrep i pasientens rettigheter etter bestemmelsene, utgjør de ikke absolutte hindre for slike inngrep.

Det avgjørende er om inngrepet er hjemlet i lov, er forholdsmessig og ivaretar et legitimt formål (bedring). «Lovhjemlet tvangsmedisinering i behandlingsøyemed er derfor ikke per definisjon – uten noen nærmere og konkret vurdering – i strid med Grunnloven § 102 eller med EMK artikkel 8.»

Til sist skal jeg redegjøre for As anførsel om at tvangsmedisinering av psykisk syke på grunn av selve sykdommen er diskriminerende og i strid med CRPD.

Det trekkes fram i Høyesteretts avgjørelse at CRPD er en ung konvensjon, som trådte i kraft for Norge i 2013. Videre hevdes det at «Det materialet som er fremlagt for Høyesterett med hensyn til hvilke føringer og begrensninger konvensjonen om personer med nedsatt funksjonsevne gir for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, er **fragmentarisk, flertydig** og i **noen grad også motstridende**. Ikke minst er rekkevidden av den sentrale bestemmelsen i artikkel 14 nr. 1 b **usikker**, når den sier at «the existence of a disability shall in no case justify deprivation of liberty» (min uthevelse)

Så vidt førstvoterende kan se, er det ikke grunnlag for å konkludere med at CRPD forbyr tvunget vern eller behandling når det skjer i henhold til vilkårene for tvangsvedtak i psykisk helsevernloven.

For å underbygge dette synet vises det også til Prop.106 S (2011-2012) som sier at det ikke er nødvendig å endre tvangsbestemmelsene i phvl, og videre til Norges tolkningserklæringer til art. 14 som omhandler norske myndigheters tolkning av konvensjonsbestemmelsen, at CRPD tillater tvungen behandling «når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier.» se avsnitt 5.1 over.

På bakgrunn av dette forkaster Høyesterett As anke på dette punkt og uttaler at den «.. ikke enig med A i at det gjelder et mer alminnelig menneskerettslig forbud mot tvangsmedisinering av psykisk syke som ikke utgjør noen fare for andre, selv om vedkommende – på grunn av den pågående tvangsmedisineringen – for tiden er så velfungerende at han eller hun anses samtykkekompetent i andre anliggender, blant annet med hensyn til somatisk behandling.»

Her er det grunn til å sette spørsmålstegn ved flere ting:

Det er tilsynelatende en nedlatende holdning til den «unge» CRPD-konvensjonen i Norge.

De ser helt bort fra at CRPD-komiteén har vært konsistent i sin konvensjonsforståelse og praksis, og lener seg heller på uttalelser som støtter det paternalistiske synet som regjerer på norske institusjoner og sykehus.

Hvor «fritt og informert» er et samtykke til medisinerer når det blir gitt under trusselen om en innleggelse personen for alt i verden ønsker å unngå?

Det fremheves i dommen at rekkevidden av art. 14 er usikker, «når den sier at «the existence of a disability shall in no case justify deprivation of liberty.»

At en funksjonsnedsettelse aldri i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse, fremstår som tydelig og enkelt slik jeg ser det. At noe «aldri kan forekomme» gir ikke bestemmelsen noen usikker rekkevidde, det er et absolutt hinder.

HR-2016-2591-A handlet om hvorvidt en kvinne som hadde vært psykiatrisk pasient i flere år skulle fratas sin rettslige handleevne i økonomiske forhold.

Saksøker anførte at «Det er på det rene at dersom A fratas handleevnen fullt ut i økonomiske forhold, har hun liten eller ingen rettslig handleevne igjen. Spørsmålet er om en slik løsning er forenlig med konvensjonens artikkel 12 nr. 2, som fastslår at personer med nedsatt funksjonsevne skal ha rettslig handleevne på linje med andre. Konvensjonens understrekning av at inngrep overfor den vergetrengende ikke skal gå lenger enn nødvendig, er uansett av betydning for om hun kan fratas den rettslige handleevnen fullt ut.»

Høyesterett kom til at saksøkers anke måtte forkastes, og uttalte:

«Norges forpliktelser etter FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne artikkel 12, endrer ikke vergemålslovens klare regel om at rettslig handleevne i økonomiske forhold kan fratas fullt ut. Det vises særlig til tolkningserklæringen som ble avgitt fra norsk side i tilknytning til ratifikasjonen av konvensjonen i 2013. Der forutsettes det at fratakelse av rettslig handleevne er i samsvar med konvensjonen. Uttalelser fra konvensjonsorganet Committee on the Rights of Persons with Disabilities som går i annen retning, kan ikke tillegges avgjørende vekt.» premiss 24.

Selv om CRPD-komiteén har gått langt i sine uttalelser om at Norges tolkningserklæringer er konvensjonsstridige, understrekes det i HR-2016-2591-A at det er på det rene at komitéuttalelser generelt ikke er folkerettslig bindende, men at slike uttalelser klart kan ha betydelig vekt som rettskilde.

For øvrig er formuleringen i artikkel 12 nr. 4 om «tiltak som gjelder utøvelsen av rettslig handleevne», slik at den ikke utelukker at tiltaket kan bestå i en fratakelse av handleevnen.

Bakgrunnen for dette synet finnes i Ot.prp.nr.110 (2008–2009) side 61. Der bygget man på at FN-konvensjonen, som på det tidspunkt ennå ikke var ratifisert, ikke ville være til hinder for å frata handleevnen også i visse personlige spørsmål «så lenge beslutningen om slik fratakelse oppfyller kravene i artikkel 12. nr. 4 om forholdsmessighet»

Uansett så vil bestemmelsen i vergemålsloven § 22 2.ledd som gir adgang til et slikt inngrep, måtte legges til grunn selv om den skulle være i strid med FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), som ikke er inkorporert i norsk rett.

Førstvoterende peker på grunnloven § 92 som sier at staten skal sikre og respektere menneskerettighetene både gjennom lov og bindende traktater, ikke er en inkorporasjonsbestemmelse.

Det uttales så at det fremgår av presumsjonsprinsippet at vergemålsloven § 22 skal tolkes i samsvar med Norges folkerettslige forpliktelser.

I HR-2016-2591-A vises det til uttalelser som ble lagt til grunn for motstrids spørsmålet i Rt. 2000 side 1811 (Finnanger 1) som lyder:

«I Innst. O. nr. 14 (1992–1993) side 4 bemerker flertallet i utenriks- og konstitusjonskomiteen følgende i tilknytning til gjennomføringen av EØS-avtalen: "Oppstår det tvil om en ny lov kan være i strid med våre EØS-forpliktelser, må det i den rettslige vurderingen legges til grunn at Stortinget forutsetningsvis fatter vedtak i samsvar med våre folkerettslige forpliktelser.

...

Dersom Stortinget i et enkelttilfelle uttrykkelig gir til kjenne at en ny lov skal gjennomføres selv om den skulle være i motstrid til eksisterende lover eller forskrifter som gjennomfører EØS-forpliktelser, vil norske domstoler måtte respektere dette, selv om det medfører brudd på våre folkerettslige forpliktelser."»

Førstvoterende anser at uttalelsene om hvilken lov domstolen skal velge ved en eventuell motstrid, gir uttrykk for alminnelige prinsipper. De får da anvendelse også i HR-2016-2591-A.

Denne dommen sier uttrykkelig at selv om loven vil være i strid med internasjonale konvensjoner må domstolene følge loven selv om det er i strid med internasjonal lov så lenge lovgiver ikke uttrykkelig har uttalt seg om konsekvensene av en eventuell motstrid. Dette er i utgangspunktet avgjørende for om norsk rett skal gis forrang.

I mangel på noen slik avklaring fra lovgiver kommer førstvoterende til at domstolene da må legge lovens løsning til grunn selv om den skulle være folkerettsstridig i premiss 63.

All den tid CRPD-konvensjonen ikke inkorporeres gjennom å bli inntatt i menneskerettsloven vil den ikke bli gitt forrang ved motsrid.

Slik denne dommen viser, mener jeg at det er avgjørende at CRPD blir inntatt i menneskerettsloven. For at denne konvensjonen skal oppnå status som viktig argument i en rettssal, og således tvinge rettssystemet til å forholde seg til rettighetene CRPD gir. Per i dag er mitt inntrykk (på bakgrunn av disse to dommene fra 2016 som er diskutert over) at det er lett å se bort fra anførsler som omhandler denne konvensjonen i en rettssal.



## 6. Avsluttende merknader.

I denne oppgaven søkte jeg å få svar på om implementeringen av FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) har fått konsekvenser for hvordan vi bruker tvang, herunder om menneskerettsvernet og rettssikkerheten ble bedre etter at psykisk helsevernloven ble revidert i 2017.

På bakgrunn av min utredning har jeg funnet at psykiatriske pasienter forskjellsbehandles i forhold til somatiske pasienter, på tross av bestemmelsene i Den europeiske menneskerettskonvensjonen og i CRPD som ettertrykkelig sier at det er forbudt å diskriminere personer på grunn av sin funksjonsnedsettelse.

Kriterier for tvang i loven har vært ulike for bestemmelser om behandling av psykiske lidelser, og for bestemmelser om behandling av somatiske lidelser.

Det er problematisk etter ikke-diskrimineringskonvensjonen CRPD og rettferdighetsprinsippet, som omhandler at like tilfeller behandles likt.

Dersom to tilfeller behandles ulikt, skal det være på bakgrunn av relevante forskjeller. Alle har rett til pleie og behandling, uavhengig av grunnen til at en er pasient.

Endringene i psykisk helsevernloven av 2017 bidrar riktignok til litt mindre forskjeller i tvangslovgivningen. Med innføring av samtykkekompetanse er vi litt nærmere en tvangslovgivning som harmonerer med forpliktelsene etter CRPD.

Dessverre er det en lang vei igjen til et psykisk helsevern der all behandling foregår basert på fritt og informert samtykke.

Å ratifisere CRPD-konvensjonen er et paradigmeskifte i hvordan samfunnet skal forstå funksjonsnedsettelse.

Etter denne konvensjonen skal fokuset være på samfunnets utilstrekkelige tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne, snarere enn dagens tanke om at det er personen med nedsatt funksjonsevne som ikke strekker til og kan møte samfunnets krav.

CRPD bygger på en grunnleggende erkjennelse av mennesker med nedsatt funksjonsevne skal kunne realisere sine menneskerettigheter på lik linje med funksjonsfriske.

Det holdningsendrende arbeidet som både må skje i domstolene og i helsevesenet vedrørende menneskerettigheter er i sin spede begynnelse.

Mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse har som beskrevet i kapittel 1 i alle tider blitt behandlet som om de var uten evne til å ta gode avgjørelser i eget liv.

Den paternalistiske tradisjonen og velgjørenhetsprinsippet er dypt forankret i norsk helsevesen. Pasienter skal hjelpes enten de vil eller ikke, på bekostning av selvbestemmelsesretten som etter CRPD alltid skal være inntakt.

Holdningsendringer er ikke gjort over natten. Det som er sikkert er at å slutte seg til CRPD-konvensjonen er en god start. Debatten omkring bruk av tvang i psykisk helsevern vil fortsette i tråd med fokuset på menneskerettigheter i verdenssamfunnet.

For å oppnå en ikke-diskriminerende lovgivning om psykisk helsevern mener jeg at CRPD må inntas i menneskerettsloven av 1999 slik at bestemmelsene blir gitt forrang ved motstrid.

Å harmonisere lovverket vil ta mange år, men jeg tillater meg å være forsiktig optimistisk på vegne av fremtidige psykiatriske pasienter.

Konklusjonen på oppgaven er at det menneskerettslige vernet etter loven er dårlig. Det gjenstår også mye før man kan konkludere med at pasientene som er underlagt tvang i psykisk helsevern har fullgod rettssikkerhet slik lovverket er bygget opp i dag, spesielt med hensyn til prøvingsmulighetene pasientene har etter kapittel 36 i tvisteloven og med de unntak fra denne retten som eksisterer nå.

## 7. Referanser

1. FNs generalforsamling vedtok 13. desember 2006 en konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Norge undertegnet konvensjonen 30. mars 2007, jf. kongelig resolusjon av samme dato. Konvensjonen trådte i kraft 3. mai 2008 da 20 stater hadde ratifisert.
2. Norges offentlige utredninger 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.
3. <https://no.wikipedia.org/wiki/Dollhus>
4. Gunvald Hermunstad. Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl. 2005 [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=285627&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=285627&a=3)
5. Gunvald Hermunstad. Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl. 2005 [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=285627&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=285627&a=3)
6. Per Haave. Psykiatrisk behandling fra langbad til lobotomi. 2015 <http://www.norgeshistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/artikler/1634-psykiatrisk-behandling-langbad-til-lobotomi.html>
7. Eskeland, Ståle. Om psykisk helsevern. 1975. Institutt for offentlig retts stensils serie nr. 6 – [https://lovdata.no/pro/#document/JUS/eskeland-s-1975-01/KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/pro/#document/JUS/eskeland-s-1975-01/KAPITTEL_2)
8. Norges offentlige utredninger 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. avsnitt 7.1.7
9. Helsedirektoratet. Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015. 2016. Kap. 4 Domstolsprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern
10. <https://no.wikipedia.org/wiki/Humanisme>
11. The Vienna Convention on the Law of Treaties , Wien 23. mai 1969
12. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. I 2011 hefte 13. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1258>
13. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-side-6>
14. <https://jusleksikon.no/wiki/Legalitetsprinsippet>
15. Prop. 147 L (2015-2016) Endringer i psykisk helsevernloven mv. avsnitt 5.4 [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/sec5?q=det%20minst%20innqripende%20tiltaket%20for%20%C3%A5%20n%C3%A5%20m%C3%A5let%20skal%20velges%20#match\\_0](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/sec5?q=det%20minst%20innqripende%20tiltaket%20for%20%C3%A5%20n%C3%A5%20m%C3%A5let%20skal%20velges%20#match_0)
16. I Ot.prp.nr.11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, om § 3-3 på side 154 annen spalte
17. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Kapittel 3.Kommentarer til § 3-3 nr 3. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer/seksjon?Tittel=kapittel-3-etablering-og-11227#§-3-3.-vilkår-for-vedtak-om-tvungent-psykisk-helsevern>
18. Ot.prp.nr.11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern s 155
19. Bårdsen, Arnfinn: Høyesteretts praksis på psykiatrifeltet, Kritisk juss 2016, s. 238–262
20. Ot.prp.nr.11 (1989-99) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern s 78

- 21 Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Kapittel 3. Kommentarer til § 3-3 nr 3 bokstav a. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer/seksjon?Tittel=kapittel-3-etablering-og-11227#§-3-3.-vilkår-for-vedtak-om-tvungent-psykisk-helsevern>
- 22 Ibis. Helsedirektoratet..
- 23 Jusleksikon. Om Rettssikkerhet. <https://jusleksikon.no/wiki/Rettsstat#Rettssikkerhet>
- 24 Eckhoff T. og Smith, E. Forvaltningsrett. 9. utgave. 2010. Universitetsforlaget
- 25 NOU 2011:9 s 138
- 26 Hoffmann, Bjørn. Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang 2009
- 27 Forsberg, Ellen-Marie. Metoder for etisk vurdering. 2015  
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Systematiske-og-historiske-perspektiver/metoder-og-metodeutvikling-for-etisk-vurdering/>
- 28 NOU 2011:9 s 138
- 29 NOU 2011:9 s 138
- 30 Prop. 147 L (2015–2016) avsnitt 6.2.4.1
- 31 Ot.prp.nr. 12 (1998-1999) avnitt Til § 4-3
- 32 Fylkesmannen. Bortfall av samtykkekompetanse som vilkår for tvang. s. 12  
<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMOP/Helse%20og%20omso rg/Vegem%C3%A5l/Fagdag%20for%20faste%20verger%2024.11.2015%20%C3%A5s e.pdf>
- 33 Jusleksikon. Rettslig handleevne. [https://jusleksikon.no/wiki/Rettslig\\_handleevne](https://jusleksikon.no/wiki/Rettslig_handleevne)
- 34 Ot.prp.nr.110 (2008-2009).Kapittel 13. s 182
- 35 Ot.prp.nr.110 (2008-2009).Kapittel 13. s 178
- 36 Ot.prp.nr.110 (2008-2009). Kapittel 13. s 182
- 37 Innst. S. nr. 222 (1997-1998) 2. Opptappingsplanens mål og verdigrunnlag
- 38 <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1997-1998/inns-199798-222/?lvl=0#a2>
- 39 Helsedirektoratet. Psykisk helsevernloven med kommentarer. Kommentarer til § 4-4 a <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer/seksjon?Tittel=kapittel-4-gjennomforing-av-11228#%C2%A7-4-4-a.-vedtak-om-unders%C3%B8kelse-og-behandling-uten-eget-samtykke>
- 40 Prop.147 L (2015-2016) 9.2.1 Gjeldende rett  
[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/sec9?q=Behandlingstiltak%20#match\\_1](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/sec9?q=Behandlingstiltak%20#match_1)
- 41 Ibid. 6.2.4.1 Innføre krav om samtykke fra samtykkekompetente pasienter (kompetansebasert modell)  
[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/sec6?q=Det%20kan%20anf%C3%B8res%20argumenter%20mot%20forslaget,%20men%20departementet%20mener%20at%20tiden%20er%20moden%20#match\\_0](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/sec6?q=Det%20kan%20anf%C3%B8res%20argumenter%20mot%20forslaget,%20men%20departementet%20mener%20at%20tiden%20er%20moden%20#match_0)
- 42 NOU 2001: 32 Rett på sak— Lov om tvisteløsning (tvisteloven) avsnitt 19.2.3.2.6
- 43 NOU 2001:32 Rett på sak— Lov om tvisteløsning (tvisteloven) avsnitt 19.2.4.2
- 44 Helsedirektoratet. Rapport om Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2015. S.47

- <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
- 45 NOU 2011:9 avsnitt 16.6 Domstolskontrollen
- 46 Storvik, Marius. Rettslig vern av pasienters integritet i psykisk helsevern.2017. Avhandling ved UIT Norges arktiske universitet.
- 47 Moe, Trude Haugseth. Avdekket flere menneskerettighetsbrudd i norsk psykiatri. 2017  
<https://forskning.no/2017/06/avdekket-menneskerettighetsbrudd-i-7-av-8-undersokte-tiltak-i-psykiatrien/produisert-og-finansiert-av/uit-norges-arktiske-universitet>
- 48 Eivind. Elektrosjokk under tvang bør få hjemmel i Lov om psykisk helsevern. 2018  
<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/8woVjw/Elektrosjokk-under-tvang-bor-fa-hjemmel-i-Lov-om-psykisk-helsevern--Eivind-Aakhus>
- 49 NOU 2001: 32 Rett på sak— Lov om tvisteløsning (tvisteloven) avsnitt 19.2.3.2.6
- 50 Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment on Article 12: Equal recognition before the law 2013
- 51 Prop. 147 L (2015–2016) Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet) avsnitt 3.2.2
- 52 Prop. 106 S (2011–2012) «Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne» avsnitt 4.2.6
- 53 Formålsparagrafen i CRPD-konvensjonen, art. 1  
<https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
- 54 Likestillings- og diskrimineringsombudet. CRPD: Rett til frihet, personlig sikkerhet og likeverdige helsetjenester for personer med psykososiale funksjonsnedsettelse Innspill til norske myndigheter. 2013. avsnitt 5.2.

