

UiO • **Det juridiske fakultet**

# Omsorg og tvang ovenfor eldre med demens

Rettsstillingen for eldre med demens der helsehjelpen ønskes gjennomført ved tvang, særlig i henhold til reglene i pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven

Kandidatnummer: 603

Leveringsfrist: 25. april 2014

Antall ord: 17613





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1	Tema for oppgaven .....	1
1.2	Avgrensning .....	1
1.3	Oppgavens oppbygning .....	2
1.4	Demens .....	3
<b>2</b>	<b>ALMINNELIGE RETTSPRINSIPPER .....</b>	<b>4</b>
2.1	Selvautonomi og legalitetsprinsippet .....	4
2.2	Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 .....	4
<b>3</b>	<b>PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN KAPITTEL 4A.....</b>	<b>5</b>
3.1	Formål .....	5
3.2	Virkeområde - § 4A-2 .....	5
3.2.1	Manglende samtykkekompetanse .....	6
3.2.2	Motstand .....	9
3.3	Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg .....	10
3.3.1	Tillitskapende tiltak .....	11
3.3.2	Opprettholder sin motstand .....	12
3.3.3	Vesentlig helseskade.....	12
3.3.4	Nødvendig helsehjelp .....	15
3.3.5	Forholdsmessighet .....	15
3.3.6	Helhetsvurdering .....	16
3.4	Gjennomføring av helsehjelpen - § 4A-4.....	18
3.4.1	Innleggelse.....	19
3.4.2	Tilbakeholdelse.....	20
3.4.3	Varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger .....	21
3.4.4	Bevegelseshindrende tiltak .....	25
3.4.5	Avslutning av tvangstiltak .....	26
3.5	Saksbehandling .....	27
3.5.1	Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg .....	27



3.5.2	Underretning .....	31
3.6	Overprøving og klage .....	32
3.6.1	Klage.....	32
3.6.2	Overprøving av fylkesmannen.....	33
3.6.3	Domstolprøving .....	33
<b>4</b>	<b>PSYKISK HELSEVERNLOVEN .....</b>	<b>33</b>
4.1	Pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven .....	34
4.2	Et utvidet tvangsbegrep.....	36
4.3	Vedtak om tvungent psykisk helsevern .....	37
4.3.1	Alvorlig sinnslidelse .....	38
4.3.2	Behandlingskriteriet og farekriteriet.....	43
4.3.3	Helhetsvurdering .....	44
4.4	Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte .....	45
4.5	Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern .....	47
4.6	Behandling uten eget samtykke .....	47
4.6.1	Alvorlige inngrep.....	49
4.6.2	Behandling av psykiske lidelser ved demens .....	50
4.7	Bruk av tvangsmidler .....	53
4.8	Hvem kan fatte vedtak etter psykisk helsevernloven? .....	57
4.9	Klage, kontroll og overprøving.....	58
<b>5</b>	<b>OPPSUMMERING.....</b>	<b>59</b>
<b>6</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>65</b>
6.1	Litteratur .....	65
6.2	Lover .....	67
6.3	Forarbeider .....	67
6.4	Forskrifter .....	69
6.5	Rettspraksis .....	69



# 1 Innledning

## 1.1 Tema for oppgaven

Tittel for oppgaven er tvang ovenfor eldre med demens. Tema for oppgaven er: Rettsstillingen for eldre med demens der helsehjelpen ønskes gjennomført ved tvang, særlig i henhold til reglene i lov 2. juli nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) og lov 2. juli nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

Demens er en sykdom som rammer svært mange. Over 70 000 nordmenn har i dag demens, samtidig som det stadig blir flere eldre i samfunnet.<sup>1</sup> Demens fører til kognitiv svikt, sviktende emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i dagliglivet.<sup>2</sup> Dette kan føre til at pasienten kan mangle innsikt i egen helsetilstand samt behovet for helsehjelp, noe som igjen kan føre til at pasienten motsetter seg helsehjelpen. Tvang kan da fremstå som den eneste måten å få gjennomført nødvendig helsehjelp. Regler om tvang for å yte helsehjelp er derfor veldig aktuelle, og vil være det i økende grad, ovenfor denne pasientgruppen.

## 1.2 Avgrensning

Oppgaven omhandler eldre med sykdommen demens. Oppgaven avgrenses derfor for det første mot andre sykdommer. For det andre avgrenses oppgaven mot yngre pasienter med demens.

Oppgaven omhandler kun bruk av tvang. I forhold til pasient- og brukerrettighetsloven avgrenses derfor oppgaven mot pasienter som mangler samtykkekompetanse, men som ikke motsetter seg helsehjelpen og pasienter med samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. I forhold til psykisk helsevernloven avgrenses oppgaven mot personer som har samtykkekompetanse og som ikke motsetter seg helsehjelpen.

---

<sup>1</sup> Henningstad (2013) s. 8

<sup>2</sup> Engedal (2006) s. 125

På grunn av plass avgrenses oppgaven i utgangspunktet mot andre rettsregler som kan tenkes å hjemle tvang ovenfor eldre med demens. Også lov 2. juli nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 7 og nødretts- og nødvergeregler i lov 22. mai nr. 10 almindelig borgerlig straffelov (straffeloven) kan i utgangspunktet gi hjemmel til å gjennomføre helsehjelp ved tvang. Av hensyn til plass vil saksbehandling kun omtales kort, med fokus på hvem som kan fatte vedtak etter henholdsvis pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven.

I forhold til psykisk helsevernloven vil bare de mest aktuelle rettsreglene ovenfor pasientgruppen eldre med demens behandles.

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

Først vil jeg gi en kort fremstilling av sykdommen demens og redegjøre kort for aktuelle rettsprinsipper, ta for meg de aktuelle bestemmelsene i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven og til slutt gi en kort oppsummering av oppgaven.

I forhold til pasient og brukerrettighetsloven vil kapittel 4A være sentral. Jeg vil redegjøre for anvendelsesområde for kapittel 4A, adgangen til å gi helsehjelp ved bruk av tvang og gjennomføringen av helsehjelpen. Videre vil jeg redegjøre kort for saksbehandlingen, herunder hvem som kan fatte vedtak om tvang, og adgangen til overprøving og klage. I forhold til psykisk helsevernloven vil jeg redegjøre for forholdet mellom pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven og psykisk helsevernlovens tvangsbegrep. Deretter vil jeg redegjøre for anvendelsen av psykisk helsevernloven ovenfor eldre med demens. Etter psykisk helsevernloven § 3-3 kan tvungent psykisk helsevern bare etableres ovenfor pasienter som har en alvorlig sinnslidelse. Spørsmålet vil her være om demens kan kvalifisere til alvorlig sinnslidelse. Videre vil jeg behandle de mest aktuelle bestemmelsene for å anvende tvang, hvem som kan fatte vedtak om tvang, samt en kort redegjørelse for adgangen til klage og overprøving.



## 1.4 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer hjernen og som fører til kognitiv svikt, sviktende emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i dagliglivet. Demens rammer oftest eldre, men kan også ramme yngre pasientgrupper. Senil demens blir brukt der demens fremkommer fra 65 år og oppover, mens betegnelsen presenil demens blir brukt der sykdommen opptrer når personen er under 65 år.<sup>3</sup> Denne oppgaven vil kun omhandle senil demens.

Demens kan ha flere årsaker. Den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom. Alzheimers sykdom tilhører de degenrative hjernesykdommene. Andre demenstyper er vaskulær demens og sekundære demenssykdommer.<sup>4</sup>

Demens har et mangeartet symptom-bilde. Sykdommen omfatter symptomer av kognitiv, psykisk, atferdsmessig og motorisk karakter. Den første fasen av demens kalles mild demens. Her lider personen ofte av sviktende hukommelse. Personen vil ofte ha vansker med å plassere hendelser i et tidsperspektiv, ha dårlige orienteringsevner og vansker med å gjennomføre praktiske gjøremål. Neste fase er moderat demens. I dette stadiet mister pasienten ofte grepet om tilværelsen. Vrangforestillinger, synshallusinasjoner og uforståelig oppførsel er vanlig. Den eldre vil ofte slite med å selv gjennomføre personlig stell. Det er gjerne på dette stadiet at den eldre først kommer i kontakt med helsevesenet. Det siste stadiet av demens kalles alvorlig demens som kjennetegnes ved motorisk svikt. De fleste pasienter med alvorlig demens er avhengig av pleie og hjelp døgnet rundt.<sup>5</sup>

Det finnes ingen effektiv forebyggende eller helbredende behandling for demens. Ved de degenrative demenssykdommer blir pasienten bare mer og mer hjelpeløs etter hvert som sykdommen progredierer.<sup>6</sup> Etter hvert som sykdommen skrider fram vil derfor pasienten få større og større behov for helsetjenester samtidig som behovet for å gi denne helsehjelpen ved tvang kan øke.

---

<sup>3</sup> Engedal (2006) s. 125

<sup>4</sup> Engedal (2006) s. 128

<sup>5</sup> Engedal (2006) s. 135

<sup>6</sup> Engedal (2006) s. 138

## 2 Alminnelige rettsprinsipper

### 2.1 Selvautonomi og legalitetsprinsippet

Selvautonomi betyr retten til å bestemme over seg selv. Utgangspunktet er at alle myndige mennesker har selvbestemmelsesrett i forhold til eget liv. Dette utgangspunktet kommer blant annet til uttrykk i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 om samtykke. Den klare hovedregel er at det kreves et gyldig samtykke for å kunne utføre helsehjelp.

Et slikt prinsipp kan derimot ikke gjelde uinnskrenket. Noen ganger må prinsippet om selvautonomi vike for å sikre andre hensyn. Slike hensyn kan for eksempel være å hindre skade på pasienten selv. Det følger derimot av legalitetsprinsippet at for å innskrenke retten til selvbestemmelse må man ha hjemmel i lov. I norsk rett har vi en rekke tvangsregler som griper inn den enkeltes rett til å bestemme over seg selv. Tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven og tvang etter pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4A vil være eksempler på slike tvangshjemler.

### 2.2 Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4

Forsvarlighetskravet fremgår av helsepersonelloven § 4. Etter bestemmelsen har helsepersonell en plikt til å yte forsvarlig helsehjelp. Prinsippet er generelt og gjelder all form for helsehjelp gitt av helsepersonell.<sup>7</sup>

Kravet om faglig forsvarlighet er en rettslig standard, hva som anses som forsvarlig forandres dermed over tid. Holdninger innenfor foreksempel legevitenenskapen vil derfor være styrende for hva som til enhver tid anses for å være forsvarlig.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Kjønstad (2007) s. 219

<sup>8</sup> Kjønstad (2007) s. 227

Ofte vil helsepersonellens virksomhet være regulert i loven. Kravet om forsvarlighet kan da komme inne som et generelt tolkningsmoment.<sup>9</sup> Dette gjelder både i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven.

## **3 Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A**

### **3.1 Formål**

Formålet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A finnes i § 4A-1. Det ble ansett for nødvendig med en egen formålsbestemmelse i tillegg til den generelle formålsbestemmelsen § 1-1. Etter § 4A-1 er formålet med kapitlet å yte nødvendig helsehjelp, samt å bidra til å forebygge og begrense bruken av tvang.<sup>10</sup>

Gjennom egne regler i kapittel 4A søkes det å klargjøre det rettslige grunnlaget for å gi helsehjelp ved bruk av tvang, samt å sikre rettsvernet for pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen på en bedre måte en tidligere.<sup>11</sup> I forarbeidene er det uttrykt at pasienter med demens er en av hovedgruppene som kan omfattes av kapittel 4A.<sup>12</sup>

### **3.2 Virkeområde - § 4A-2**

Etter § 4A-2 kommer kapittel 4A bare til anvendelse ovenfor pasienter som er over 16 år som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen.

Der pasienten motsetter seg helsehjelpen er det bare somatisk helsehjelp som kan gis med hjemmel i kapittel 4A. Etter § 4A-2 siste ledd må undersøkelse og behandling av psykisk syk-

---

<sup>9</sup> Kjønnstad (2007) s. 233

<sup>10</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 29

<sup>11</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 5

<sup>12</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 80

dom der pasienten motsetter seg helsehjelpen eventuelt gjennomføres med hjemmel i psykisk helsevernloven.

Det er helsehjelp som kan gjennomføres med tvang etter kapittel 4A. Helsehjelp er definert i § 1-3 bokstav c. Det følger av bestemmelsen at med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlede, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som er utført av helsepersonell. Med helsepersonell menes personer som nevnt i helsepersonelloven § 3, se pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav e.

Kapittel 4A gjelder i utgangspunktet alle plasser hvor helsepersonell yter helsetjenester. Reglene gjelder den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester, se § 1-3 bokstav d. Innleggelse og tilbakeholdelse må derimot etter § 4A-4 skje i helseinstitusjon. Etter helsepersonelloven § 3 er en helseinstitusjon en institusjon som er under spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesteloven. Det vil si at tilbakeholdelse og innleggelse hovedsakelig bare kan skje i sykehus og sykehjem og aldri i pasientens eget hjem, herunder omsorgsboliger.

### **3.2.1 Manglende samtykkekompetanse**

Det er et vilkår etter § 4A-2 at pasienten mangler samtykkekompetanse. Etter § 4-3 er i utgangspunktet alle over 16 år samtykkekompetente. Det finnes derimot en rekke unntak fra dette. For eldre med demens er det mest aktuelt med manglende samtykkekompetanse som følge av § 4-3 annet ledd, men også umyndiggjørelse etter lov 26. mars nr. 9 om vergemål § 22 kan være aktuelt.

#### **3.2.1.1 Når faller samtykkekompetansen bort?**

Etter § 4-3 annet ledd kan samtykkekompetanse helt eller delvis bortfalle dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

For at samtykkekompetansen skal bortfalle er det for det første et krav om at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Ordlyden gir derimot ingen nærmere anvisning på hva dette innebærer.

I Ot.prp. nr 12 (1998-1999) er det uttalt samtykkekompetanse faller bort der pasienten ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt, tiltakets art og de nærmere implikasjoner av helsehjelpen.<sup>13</sup> Etter dette kan det være usikkert om det er et krav at pasienten i tillegg til en forståelse av selve helsehjelpen, også evner å knytte denne informasjonen opp mot sin egen helsetilstand.

Uttalelser i rundskriv utgitt av Helsedirektoratet har derimot enn litt annen ordlyd enn lovteksten. Etter rundskrivet skal pasientens samtykkekompetanse vurderes etter: Evnen til å forstå informasjonen, evnen til å knytte informasjonen til egen situasjon, evnen til å uttrykke et valg og evnen til å foreta en avveining mellom de ulike behandlingsalternativene.<sup>14</sup> Dette tyder på at samtykkekompetanse ikke bare kan bortfalle der pasienten ikke evner å forstå hva helsehjelpen går ut på, men også der pasienten ikke evner å knytte denne informasjonen opp mot egen helsetilstand.

Det er et krav at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for at helsehjelpen blir gitt og hva et samtykke vil omfatte. Det skal en del til for at noe skal være åpenbart. Dette følger både av en naturlig språklig forståelse av ordlyden og av forarbeidene. Er det tvil om pasientens samtykkekompetanse skal hovedregelen være at pasienten skal anses samtykkekompetent.<sup>15</sup>

### 3.2.1.2 Et krav om årsakssammenheng

Det er et vilkår at den manglende samtykkekompetansen er en følge av fysisk eller psykisk forstyrrelse, senil demens eller psykisk utviklingshemming. Det er altså et krav om årsakssammenheng.

Pasienter med demens vil kunne mangle tilstrekkelig forståelse av situasjonen til å kunne avgi et gyldig samtykke. På grunn av sykdommen kan det være at pasienten ikke forstår hvorfor

---

<sup>13</sup> Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 133

<sup>14</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 13

<sup>15</sup> Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 133

helsehjelpen ønskes gitt eller hva som ønskes oppnådd. Pasienten kan også ha manglende forståelse rundt konsekvensene og risikoen av helsehjelpen. I slike tilfeller kan samtykkekompetansen etter § 4-3 bortfalle.

Etter Ot.prp. nr 64 (2005-2006) er en mindre psykisk reduksjon av forstandsevnen, slik som lettere alderdomssvekkelse alene ikke tilstrekkelig for at samtykkekompetansen faller bort.<sup>16</sup>

### 3.2.1.3 Samtykkekompetansen skal ikke bortfalle mer enn nødvendig

Pasientens samtykkekompetanse skal ikke bortfalle mer enn nødvendig. Dette følger blant annet av formålsbestemmelsen i § 4A-1 hvor det heter at helsehjelpen så langt som mulig skal være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. Det samme følger av ordlyden i § 4-3 annet ledd som sier at samtykkekompetansen kan bortfalle «helt eller delvis.» I forarbeidene er det uttalt at selv om pasienten generelt har manglende evne til å forstå informasjon, kan han eller hun allikevel kunne oppnå tilstrekkelig forståelse i forhold til enklere inngrep og således kunne avgi et gyldig samtykke.<sup>17</sup> Samtykkekompetansen kan dermed variere etter hva slags tiltak som ønskes gjennomført. Samtykkekompetanse kan bortfalle for enkelte felter, men ikke automatisk for alle områder.<sup>18</sup>

Etter § 4-3 tredje ledd skal helsepersonell legge til rette for at pasienten i størst mulig grad selv kan bestemme ut fra alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn. Helsepersonellet må tilpasse situasjonen slik at selvbestemmelsen ikke faller bort mer enn nødvendig.

### 3.2.1.4 Hvem tar avgjørelse om samtykkekompetanse?

Det er den som yter helsehjelp som tar avgjørelse om samtykkekompetanse. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd. Det er bare helsepersonell som kan yte helsehjelp, se § 1-3 c. Hvem som er helsepersonell er definert i helsepersonelloven § 3, se pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 e.

---

<sup>16</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 21

<sup>17</sup> Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 84

<sup>18</sup> Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 133

Etter forarbeidene vil den som yter helsehjelp i det enkelte tilfelle være den som er faglig ansvarlig for behandlingen.<sup>19</sup> På sykehjem og andre institusjoner vil den som yter helsehjelp ofte kunne være sykepleier eller hjelpepleier. Det kan derimot være usikkert om hjelpepleier skal kunne avgjøre om en pasient har samtykkekompetanse. På den ene siden vil en sykepleier kunne ha en lengre utdanning og således mer kompetanse i medisinske spørsmål. På den andre siden vil avgjørelsen om samtykkekompetanse i de fleste tilfeller være et spørsmål om skjønn som både sykepleiere og hjelpepleiere vil være like egnet til å avgjøre. Uansett vil det følge av helsepersonelloven § 4 at avgjørelsen skal være faglig forsvarlig.

### **3.2.2 Motstand**

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder videre kun der pasienten motsetter seg helsehjelpen. Der pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen kan helsehjelp gis etter § 4-6.

Motstand kan være både verbal og fysisk. Motstandens uttrykksform er ikke avgjørende.<sup>20</sup> For å vurdere om pasienten yter motstand må pasientens reaksjon tolkes. I vurderingen av om pasienten yter motstand skal også pasientens evne til å vise motstand tas i betraktning. Pasientens tilstand kan være svekket slik at pasienten ikke makter å motsette seg helsehjelpen. Hvis det da på andre måter er gjort klart at pasienten ikke ønsker helsehjelpen som ønskes gitt må tvangsbestemmelsene i kapittel 4A anvendes.<sup>21</sup>

Forventet motstand likestilles med faktisk motstand. Dette følger av ordlyden i § 4A-3 annet ledd hvor opprettholdt motstand skal likestilles med der pasienten med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand. En pasient med demens som til stadighet yter motstand mot å ta

---

<sup>19</sup> Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 133

<sup>20</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 21

<sup>21</sup> Syse (2009) s. 371

legemidler er nevnt i rundskrivet som et praktisk eksempel fra eldreomsorgen.<sup>22</sup> Det er allikevel ikke nok at pasienten generelt er lite samarbeidsvillig.<sup>23</sup>

Vilkåret om motstand i § 4A-3 har også sammenheng med samtykke etter § 4-6. Etter § 4-6 kan helsepersonell ta avgjørelser om helsehjelp basert på et presumert samtykke der pasienten mangler samtykkekompetanse. Der pasienten yter motstand kan helsehjelpen ikke baseres på et presumert samtykke og helsehjelpen må da eventuelt gis etter reglene om tvang i kapittel 4A. At § 4-6 ikke kan anvendes der pasienten yter motstand følger også uttrykkelig av § 4-6 siste ledd.

Formålet med kapittel 4A er at pasienter skal få den helsehjelpen de ville ha samtykket til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. For å gjennomføre helsehjelp ved tvang må man derfor presumere at pasienten ville ha sagt ja til helsehjelpen dersom han eller hun hadde vært i stand til å forstå hva samtykket omfatter. En pasient uten samtykkekompetanse kan derimot ha rasjonelle grunner for å motsette seg helsehjelp.<sup>24</sup> Hvis pasienten har rasjonelle grunner for sin motstand, og ville ha ytet slik motstand hadde pasienten hatt samtykkekompetanse kan derfor ikke reglene i kapittel 4A benyttes. Eventuell helsehjelp må da gis med hjemmel i andre regler for eksempel i reglene om øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7.

### **3.3 Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 oppstiller materielle vilkår for at helsehjelpen kan gjennomføres ved tvang. For å kunne gjennomføre helsehjelp ved tvang må fem kumulative vilkår være oppfylt i tillegg til at det må være foretatt en helhetsvurdering etter bestemmelsens tredje ledd.

---

<sup>22</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 28

<sup>23</sup> Syse (2009) s. 371

<sup>24</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 33



### 3.3.1 Tillitskapende tiltak

Etter § 4A-3 første ledd må tillitskapende tiltak være forsøkt for å kunne gjennomføre helsehjelpen ved tvang.

Det følger av forarbeidene at tillitskapende tiltak ikke skal tolkes innskrenkende. At tillitskapende tiltak skal være forsøkt innebærer derfor etter forarbeidene for det første et krav om at helsepersonellet skal tilrettelegge helsehjelpen uten å bruke tvang. Der pasienten for eksempel får mulighet til å bli trygg på situasjonen, er det større sjanse for at han eller hun aksepterer helsehjelpen.<sup>25</sup> Det er derimot viktig å påpeke at selv om pasienten aksepterer helsehjelpen, har ikke pasienten nødvendigvis samtykkekompetanse. Der pasienten mangler samtykkekompetanse, men godtar helsehjelpen kan derimot helsehjelpen gis med hjemmel i § 4-6. Det sentrale er at pasienten ikke lenger yter motstand.

Helsetjenesten plikter videre å tilrettelegge forholdene slik at pasienten kan samtykke til helsehjelp. Et eksempel brukt i forarbeidene er personer med demens som er klarere tidligere på dagen, men som senere kan miste sin samtykkekompetanse om kvelden når pasienten er mer sliten. I slike tilfeller kan helsepersonell tilrettelegge slik at helsehjelpen kan gis på morgenen når pasienten har samtykkekompetanse.<sup>26</sup>

En nedbygging av pasientens motstand kan ligge i grenseland mellom frivillighet og tvang. Der overtalelsene er svært intensive, noe som medfører at pasienten gir etter for presset slik at han eller hun aksepterer helsehjelpen, bør reglene om tvang anvendes.

Der det er åpenbart formålsløst kan tillitskapende tiltak fravikes. Dette er en snever unntaksregel og det skal mye til for at tillitskapende tiltak ikke skal forsøkes.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 36

<sup>26</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 36

<sup>27</sup> Syse (2009) s. 348

### 3.3.2 Opprettholder sin motstand

Dersom pasienten opprettholder sin motstand eller helsepersonellet vet at vedkommende med stor sannsynlighet vil opprettholde sin motstand kan helsehjelpen gis ved tvang dersom de resterende vilkårene finnes oppfylt. Dette følger av § 4A-3 annet ledd. Se også kapittel 3.2.2.

### 3.3.3 Vesentlig helseskade

Etter § 4A-3 annet ledd bokstav a er det videre et vilkår at pasienten kan få en vesentlig helseskade dersom helsehjelpen ikke blir gitt.

Det er i utgangspunktet et krav at helseskaden rammer pasienten selv. Bestemmelsen gir ikke hjemmel for å anvende tvang for å hindre skade på andre. Dette følger blant annet av ordlyden som snakker om en «vesentlig helseskade for pasienten». I rundskrivet vises det til nødretts- og nødvergereglene i straffeloven § 47 og § 48 der helseskaden rammer andre enn pasienten selv.<sup>28</sup>

Vesentlig helseskade er et strengt krav. Etter forarbeidene er det et krav om at skaden har et betydelig omfang og/eller alvorlige konsekvenser.<sup>29</sup> Videre er vesentlig helseskade ment å dekke situasjoner som ikke dekkes av kravet om øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7, men hvor det allikevel foreligger et behov for helsehjelp. Et eksempel kan være en hjemmeboende pasient som uten helsehjelp forfaller. Det observeres avmagring og inkontinens, men pasienten nekter å motta helsehjelp. Situasjonen oppleves ikke som et øyeblikkelig hjelp tilfelle, men det er likevel behov for behandling.<sup>30</sup>

Vesentlig helseskade omfatter både fysisk og psykisk skade. Psykisk skade kan for eksempel være en konsekvens av manglende smertelindring.<sup>31</sup> Har derimot den psykiske lidelsen allerede oppstått må den behandles etter psykisk helsevernloven, se § 4A-2 annet ledd.<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 28

<sup>29</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 37

<sup>30</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 38

<sup>31</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 28

<sup>32</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 28 flg.

Det er «helsehjelp» som eventuelt kan gjennomføres ved tvang. Helsehjelpen omfatter etter § 1-3 bokstav c blant annet handlinger som har forebyggende, behandlende, helsebevarende eller pleie- og omsorgsformål. Et forebyggende tiltak kan etter forarbeidene benyttes der faren for helseskade ikke er like overhengende, men hvor det er klart at skade kommer til å oppstå dersom pasienten ikke behandles med jevne mellomrom. Forebyggende tiltak har også sammenheng med helsebevarende tiltak. Dette er tiltak som ikke har som siktemål å helbrede pasienten, men å holde pasienten så frisk som mulig.<sup>33</sup> Slike forebyggende tiltak vil kunne ha stor betydning for pasienter med degenerative demenssykdommer på grunn av sykdommens progredierende karakter.

Helsehjelp med pleie- og omsorgsformål vil kunne være dusjing og vasking. I forarbeidene er det uttalt at dusjing og vasking kan gjennomføres ved tvang dersom unnlatning kan føre til store smerter eller alvorlige helseskader.<sup>34</sup> Kartlegging gjort av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens fant at holding av hender, føtter og hode under stell, dusjing og bading var det tiltaket som oftest ble brukt.<sup>35</sup> I rundskrivet er det påpekt at der en pasient med diabetes har sårddannelser vil hygiene kunne være avgjørende for å hindre en forverring som kan føre til vesentlig helseskade. Manglende hygiene vil derimot sjeldent føre til vesentlig helseskade dersom pasienten ikke er spesielt utsatt for dette.<sup>36</sup> Etter dette vil det derfor kun være adgang til å gjennomføre slik helsehjelp ved tvang der pasientens konkrete tilstand gjør pasienten spesielt utsatt for en vesentlig helseskade som følge av manglende hygiene.

I rundskrivet er det uttalt at mangel på vask og skifting av klær i flere måneder kan føre til at omgivelsene reagerer negativt. Dersom pasienten bor på sykehjem eller i annet bofellesskap kan dette føre til at pasienten isoleres slik at pasienten blir deprimert eller ensom. Rundskrivet uttaler derimot videre at dette vanligvis ikke vil være et selvstendig grunnlag for tvang, men kan brukes i argumentasjonen om at vasking er nødvendig.<sup>37</sup> Etter § 4A-3 er det derimot ikke

---

<sup>33</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 38

<sup>34</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 38

<sup>35</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 34

<sup>36</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 30

<sup>37</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 30

adgang til å anvende tvang av hensyn til andre enn pasienten selv. Men dersom pasienten utvikler en depresjon på grunn av isolering vil dette kunne være en psykisk helseskade som kan kvalifisere til vesentlig helseskade.

I Rt. 2010 s. 612 var spørsmålet om et sykehjem kunne skifte sengetøy, utføre kroppsvask og skifte sårbandasjer på en pasient som motsatte seg dette.<sup>38</sup> Høyesterett tok utgangspunkt i at pasienten som hovedregel må samtykke til helsehjelp, men understrekte at hensynet til pasientens autonomi måtte veie mindre der klart uheldige valg også fikk betydelige negative følger for andre.<sup>39</sup> Det ble også lagt vekt på at lukten av betente sår, eventuelt i kombinasjon med avføring, innebar en betydelig arbeidsmiljømessig belastning.<sup>40</sup> Høyesterett bygde deretter blant annet på sykehjemmets adgang til å fastsette vilkår ved begunstigede vedtak og kom til at sykehjemmet måtte kunne gjennomføre et minstemål av hygienetiltak, også eventuelt ved bruk av tvang.<sup>41</sup> I dommen ble det altså lagt vekt på hensyn til andre enn pasienten selv. Uttalelser i dommen kan derimot tyde på at pasientens unnlattelse av å ta imot helsehjelp ikke bare må innebære negative følger for andre, men også for pasienten selv. Det vil derfor ikke være anledning til å gjennomføre helsehjelp ved bruk av tvang utelukkende av hensyn til andre. Ettersom det ble lagt til grunn at pasienten var samtykkekompetent<sup>42</sup>, ble derimot ikke pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A anvendt. Dommen tydeliggjør derimot hvordan pasientens autonomi kan innskrenkes av hensyn til andre.

Vilkår ved begunstigede vedtak representeres etter Rt. 2010 s. 612 som en mulig hjemmel for å anvende tvang ovenfor pasienter som oppholder seg på sykehjem. Dommen er derimot avsagt under dissens.

Helsehjelp må videre avgrenses mot helseplager.<sup>43</sup> Helseplager kan være for eksempel kløe og svie.<sup>44</sup> Dette er blant annet for å unngå at vesentlig helseskade får et for stort anvendelsesområde.<sup>45</sup>

---

<sup>38</sup> Rt 2010 612 avs. 1

<sup>39</sup> Rt 2010 612 avs. 30

<sup>40</sup> Rt 2010 612 avs. 22

<sup>41</sup> Rt 2010 612 avs. 31

<sup>42</sup> Rt 2010 612 avs. 30

<sup>43</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 39

### 3.3.4 Nødvendig helsehjelp

Det er også et krav om at helsehjelpen skal være nødvendig. Hva som er nødvendig må bygge på en konkret vurdering av pasientens behov for helsehjelp. Dette er ikke et like strengt krav som etter øyeblikkelig hjelp hvor helsehjelpen må være påtrengende nødvendig.<sup>46</sup>

Etter forarbeidene vil kravet ligge nært opp til begrepet nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 bokstav a og b, men her avgrenset til helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade.<sup>47</sup>

Det er videre ikke et krav om fullstendig helbredelse. Også helsehjelp for å forhindre vesentlig økt helseskade som følge av kroniske sykdommer som på sikt er dødelige vil kunne anses som nødvendig. Et eksempel fra forarbeidene er pasienten med diabetes som motsetter seg bistand fra helsepersonell for å ta insulin.<sup>48</sup>

### 3.3.5 Forholdsmessighet

Etter § 4A-3 annet ledd bokstav c må tiltaket stå i forhold til behovet for helsehjelpen. Det er altså et krav om proporsjonalitet. Man må ta utgangspunkt i pasientens situasjon og behov og vurdere dette opp mot det aktuelle tvangstiltaket.<sup>49</sup>

Et eksempel som blir brukt i forarbeidene er en eldre pasient som blir sent til tannlege fordi han eller hun har blitt mer og mer urolig. Hos tannlegen blir det konstatert tannrotbetennelse som antagelig gir pasienten store smerter. Blir ikke betennelsen behandlet vil det oppstå vesentlig helseskade, men pasienten motsetter seg slik behandling.<sup>50</sup> Her må tiltakets negative

---

<sup>44</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 38

<sup>45</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 39

<sup>46</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 40

<sup>47</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 86

<sup>48</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 40

<sup>49</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 86

<sup>50</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 40

virknings, for eksempel holding eller bruk av narkose, holdes opp mot dens positive virkninger.<sup>51</sup>

Om det foreligger forholdsmessighet mellom tiltaket og pasientens behov må vurderes fortløpende. Dersom pasientens motstand for eksempel øker kan forholdsmessigheten forskyves slik at tvang ikke lenger kan anvendes for å gjennomføre helsehjelpen.<sup>52</sup>

Det må heller ikke anvendes mer tvang enn nødvendig for å oppnå formålet.<sup>53</sup> Det kan altså ikke gjennomføres mer helsehjelp med tvang enn det som er nødvendig for å hindre vesentlig helseskade.

### **3.3.6 Helhetsvurdering**

Selv om vilkårene i § 4A-3 første og annet ledd er oppfylte, må det allikevel foretas en helhetsvurdering til slutt. Dette følger av § 4A-3 tredje ledd. Bare der de øvrige vilkårene er oppfylt, og det etter en helhetsvurdering fremgår som den beste løsning for pasienten, kan tvang benyttes.<sup>54</sup>

Etter forarbeidene skal pasientens behov for helsehjelp veies opp mot pasientens rett til selvbestemmelse og pasientens subjektive opplevelse av situasjonen. Det klare utgangspunktet skal være at pasienten selv skal samtykke til helsehjelpen. Forarbeidene understreker at det må sterke og verneverdige grunner til for å kunne vike fra dette utgangspunktet.<sup>55</sup>

Etter lovteksten er det to momenter som det skal legges særlig vekt på i helhetsvurderingen. For det første skal det legges vekt på graden av motstand.

---

<sup>51</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 31

<sup>52</sup> Syse (2009) s. 351

<sup>53</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 86

<sup>54</sup> Syse (2009) s. 373

<sup>55</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 41

Som sagt er i utgangspunktet alle typer motstand likestilt. Dette gjelder for eksempel fysisk og verbal motstand og faktisk og forventet motstand. Det kan derimot etter både forarbeidene og rundskrivet synes som at motstandens art kan være av betydning for hvilken grad motstanden skal anses å ha. I forarbeidene uttales det:

«Departementet vil likevel minne om at motstand, og særleg manifestert motstand, må vere eit sentralt moment i vurderinga av om ein skal gi helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse.»<sup>56</sup>

Og i rundskrivet heter det:

«Motstand, og særleg en åpenbar og tydelig motstand, må være et sentralt moment i vurderingen.»<sup>57</sup>

Uttalelsene kan tyde på at i alle fall faktisk motstand er en høyere grad av motstand enn forventet motstand. Om også fysisk motstand kan sies å være en høyere grad av motstand enn verbal motstand er mer usikkert.

Det kan også være stor variasjon i hvor mye en pasient makter eller evner å uttrykke av motstand. Pasienten kan ha sterke motforestillinger mot tiltaket, men mangle evne å gi uttrykk for den gjennom motstand. Derfor skal også pasientens evne til å uttrykke motstand tas i betraktning. Her vil det være viktig at vurderingen tas av noen som kjenner pasienten.<sup>58</sup>

Det andre momentet som det skal legges særlig vekt på er om pasienten kan forventes å gjenvinne sin samtykkekompetanse i nær fremtid. Siden samtykkekompetansen for demente vil kunne variere til ulike tider av døgnet, vil dette momentet være av særlig betydning. Helsepersonellet må her gjøre en vurdering for om helsehjelpen kan utsettes uten risiko for vesentlig helseskade.<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 41

<sup>57</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 32

<sup>58</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 32

<sup>59</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 32

### 3.4 Gjennomføring av helsehjelpen - § 4A-4

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 regulerer hva slags tvangstiltak som kan iverksettes for å gjennomføre helsehjelpen. Dersom vilkårene er oppfylt kan helsehjelpen gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten.

Bestemmelsen har ingen uttømmende spesifisering på hvilke tiltak man kan bruke. Bakgrunnen for dette er blant annet at man vanskelig kan danne seg oversikt over alle aktuelle tiltak. Dessuten kan en for sterkt avgrenset definisjon føre til at tiltak som er å anse som det minst inngripende i det enkelte tilfelle ikke kan anvendes.<sup>60</sup>

Tvang kan ses på som tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand hos pasienten. Eksempler på tvang kan være holding av armer og bein. Med «andre tiltak» åpner loven for tiltak som ikke er typiske tvangstiltak. Dette gjelder blant annet tiltak hvor pasienten ikke uttrykker motstand under selve gjennomføringen, men hvor tiltaket blir gjennomført for å omgå slik motstand. Et eksempel på et slikt tiltak er å blande medisin i syltetøyet når helsepersonellet vet at pasienten ville ha motsatt seg slik medisinerings.<sup>61</sup>

Ikke alle inngrep eller påvirkninger ovenfor en pasient som yter motstand anses derimot som tvang. Det følger av forarbeidene at det godtas en viss bruk av fysiske virkemidler i sammenheng med grensesetting og styring av andres handlinger. Alminnelige oppfordringer, leding med hånden eller andre milde fysiske påvirkninger anses derfor ikke som tvang.<sup>62</sup> Alminnelige oppfordringer kan være overtalelser, muntlig veiledning, forklaringer, motivering og lignende. Det er derimot viktig at slike påvirkninger ikke går over til å være trusler. Leding med hånden må også avgrenses mot holding.<sup>63</sup>

Bestemmelsen åpner også for bruk av medisinerings. Tvangsmedisinerings kan derimot føles både krenkende og opprivende for pasienten. I visse tilfeller kan det derfor være mindre tyng-

---

<sup>60</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 43

<sup>61</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 44

<sup>62</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 44

<sup>63</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 34



ende for pasienten at medisinen gis skjult for eksempel i mat. Det er videre bare dersom tvangsmedisinering fremstår som det minst inngripende tiltaket at tvangsmedisinering kan gjennomføres. Det uttales i forarbeidene at helsepersonell bør gå langt i å prøve andre metoder.<sup>64</sup> Dersom pasienten ikke motsetter seg medisineringsen, men hvor medisinen blandes ut i maten for eksempel fordi pasienten har problemer med å svelge den, kan helsehjelp gis etter § 4-6.<sup>65</sup>

Hvilke tiltak som kan anvendes begrenses av kravet om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4.

Noen tiltak er så inngripende at de krever en særskilt tydelig hjemmel. Dette gjelder innleggelse og tilbakeholdelse i helseinstitusjon, varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger og bevegelseshindrende tiltak. Alle disse tiltakene er hjemlet i § 4A-4 annet og tredje ledd. Etter forarbeidene er reguleringen uttømmende.<sup>66</sup> For anvendelsen av disse tiltakene må alle øvrige vilkår i § 4A-3 være oppfylt, se § 4A-4 første ledd.

### **3.4.1 Innleggelse**

Noen ganger er innleggelse i helseinstitusjon en forutsetning for å kunne gi helsehjelp.<sup>67</sup> Dette vil være tilfellet der det ikke lenger er forsvarlig å gi helsehjelpen i pasientens hjem. Det er særlig ovenfor demente det er et behov for innleggelse. Tidligere måtte pasienter innlegges gjennom psykisk helsevernloven, selv om det i de fleste tilfeller primært var et behov for omsorg, pleie og alminnelig medisinsk behandling. Gjennom å åpne for innleggelse for somatisk behandling gjennom kapittel 4A kan man derfor unngå at demente legges inn på psykiatrisk institusjon der det er faglig ugrunnet.<sup>68</sup>

---

<sup>64</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 44

<sup>65</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 34 flg.

<sup>66</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 45

<sup>67</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 45

<sup>68</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 46

Både innleggelse eller tilbakeholdelse kan kun skje i helseinstitusjon. Dette følger både av ordlyden og forarbeidene.<sup>69</sup> En helseinstitusjon er en institusjon under spesialisthelsetjenesten eller helse- og omsorgstjenesteloven, se helsepersonelloven § 3 fjerde ledd. Det betyr at innleggelse eller tilbakeholdelse ikke kan foretas i pasientens eget hjem, herunder omsorgsboliger.

En pasient blir ofte innlagt som følge av begjæring av pårørende. Det er derimot viktig å presisere at bestemmelsen ikke gir hjemmel for å flytte plagsomme pasienter fra sitt hjem og over til institusjon av hensyn til naboer og pårørende.<sup>70</sup>

### **3.4.2 Tilbakeholdelse**

Et vedtak om innleggelse kan i noen tilfeller være meningsløs uten å samtidig ha et vedtak om tilbakeholdelse.<sup>71</sup> Men tilbakeholdelse er ikke alltid nødvendig. Selv om pasienten har blitt innlagt med tvang betyr det ikke nødvendigvis at pasienten vil komme til å forsøke å forlate institusjonen.<sup>72</sup> I § 4A-4 annet ledd er derfor innleggelse og tilbakeholdelse to forskjellige tiltak. Ved å skille mellom innleggelse og tilbakeholdelse unngår man at det blir truffet et mer inngripende vedtak enn nødvendig.<sup>73</sup>

Tilbakeholdelse er også et tiltak som er særlig aktuelt for pasienter med demens. Den typiske situasjonen er der den demente på grunn av desorientering og minnesvikt forviller seg ut av institusjonen. I slike situasjoner kan pasienten rote seg ut i trafikken og komme i fare, eller han eller hun kan ha problemer med å finne tilbake til institusjonen.<sup>74</sup>

Det sentrale i tilbakeholding er at pasienten blir hindret i å forlate institusjonen. Vedtak om tilbakeholdning kan derfor blant annet innebære at dørene låses eller at personellet stopper

---

<sup>69</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 45

<sup>70</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 46

<sup>71</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 45

<sup>72</sup> Syse (2009) s. 375

<sup>73</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 45

<sup>74</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 46

pasienten i døren. Det følger av forarbeidene at reglene skal følges uavhengig av hvordan tilbakeholdningen gjennomføres.<sup>75</sup>

Tiltaket som anvendes skal alltid være det minst inngripende for pasienten. Ofte kan det være minst inngripende å anvende låste dører fremfor å bli stoppet i døren av helsepersonell. Bruk av låsesystem kan også hindre overdreven bruk av andre tiltak slik som bevegelseshindrende tiltak og medisinerer. Det er uttalt i forarbeidene at for enkelte pasienter kan låste dører gi større frihet.<sup>76</sup>

Vedtak om tilbakeholdning kan ikke gjelde generelt for alle beboere, men må gjelde den enkelte pasient. Bruk av låsesystemer vil derimot nødvendigvis påvirke flere pasienter. Der det er pasienter som ikke har vedtak om tilbakeholdelse må det sørges for at disse sikres fri utgang. Dette kan gjøres ved at pasienter som ikke skal tilbakeholdes får adgang til nøkkel, kodekort eller lignende.<sup>77</sup>

Det følger videre av forarbeidene at det bare er utgangsdører og dører mellom avdelinger som kan låses. Pasienter kan derfor ikke isoleres på egne rom etter § 4A-4 annet ledd.<sup>78</sup>

### **3.4.3 Varslings- og lokaliseringssystemer med tekniske innretninger**

Hjemmel for å anvende varslings- og lokaliseringssystemer ovenfor pasienter som mangler samtykkekompetanse og yter motstand finnes i § 4A-4 tredje ledd. Der pasienten ikke yter motstand kan slike systemer benyttes etter § 4-6 a.

I NOU 2011:11 er det uttalt at både varslingsystemer og lokaliseringssystemer representerer inngrep ovenfor den enkelte pasient.<sup>79</sup> Samtidig kan bruken av slike systemer gi pasienten

---

<sup>75</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 47

<sup>76</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 47

<sup>77</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 47

<sup>78</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 47

<sup>79</sup> NOU 2011:11 s. 122

større uavhengighet.<sup>80</sup> I rapporten Trygge Spor fra 2013 ble det slått fast at lokaliseringsteknologi kan bidra til økt trygghet, frihet, selvstendighet og livskvalitet både for personer med demens og for deres pårørende. I tillegg ville varslings- og lokaliseringsteknologi ofte være det minst inngripende tiltaket. I Prop. 90 L (2012-2013) er det uttalt at tiltaket vil kunne oppleves som fravær av tvang og vil mest sannsynlig oppleves som mindre inngripende enn både låsing av dører og medisinerer.<sup>81</sup>

De nye bestemmelsene er generelle og teknologinøytrale og vil således kunne følge den teknologiske utviklingen. Bestemmelsene utelukker heller ikke bruk av lyd og bilde der det kan være behov for å få kontakt med pasienten. Kontinuerlig overvåkning med lyd og bilde gir bestemmelsen derimot ikke hjemmel for.<sup>82</sup>

Bruk av varslings- og lokaliseringssystemer er ikke begrenset til helseinstitusjon. I forarbeidene er det derimot uttalt at vilkåret om forsvarlighet i forhold til lokaliseringssystemer vil innebære et krav til beredskap som kan innhente pasienten dersom det skulle oppstå fare for vesentlig helseskade for pasienten.<sup>83</sup>

Det er understreket i forarbeidene at teknologiske tiltak ikke skal erstatte menneskelig kontakt eller kompetanse.<sup>84</sup>

### 3.4.3.1 Varslingssteknologi

§ 4A-4 gir hjemmel til bruk av både varslingsystemer og lokaliseringssystemer. I forarbeidene er varslingssteknologi definert som:

«Varslingsystem med teknisk utstyr omfattar både mekanisk og elektronisk utstyr. Ei varslings er eit åtvarande signal. Eit varslingsystem er i denne samanhengen ei innretning for å

---

<sup>80</sup> NOU 2011:11 s. 122

<sup>81</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 10

<sup>82</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 26

<sup>83</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 34

<sup>84</sup> Prop.90 L (2012-2013) s. 25

varsle helsepersonell (eventuelt òg pasienten) om at ein situasjon av ein eller annan grunn er endra, slik at det ligg føre eit behov for omsorg. Varslingssystem dekkjer òg alarmsystem.»<sup>85</sup>

Slike system kan for eksempel være brannalarmer, fallalarmer, bevegelsesalarmer og trygghetsalarmer. Varslingsteknologi vil være mindre inngripende enn lokaliseringsteknologi. Systemer hvor pasienten utløser alarmer selv, for eksempel ved bruk av trygghetsalarm, vil videre nødvendigvis være mindre inngripende enn varslingssystemer som sender informasjon automatisk.<sup>86</sup>

Pasienter uten samtykkekompetanse vil sjeldent vise motstand mot bruk av varslingssystemer. Slike systemer er ofte lite synlige og blir ofte ikke opplevd som et alvorlig inngrep. Derimot skal forventet motstand likestilles med faktisk motstand, se § 4A-3 annet ledd. I forarbeidene er det uttalt at det er grunn til å være særlig oppmerksom på dette ved bruk av varslingssystemer. Der helsepersonellet er usikker på om pasienten kommer til å vise motstand bør de særlige saksbehandlingsreglene i kapittel 4A legges til grunn.<sup>87</sup>

For pasienter som ikke motsetter seg helsehjelp skal bruk av medisinsk teknisk utstyr reguleres av § 4-6. Dette følger direkte av ordlyden i § 4-6 a første ledd. Bruk av slikt utstyr, for eksempel hjerteovervåkningsapparater og epilepsialarmer faller dermed utenfor § 4-6 a om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Det blir da et spørsmål om medisinsk teknisk utstyr omfattes av § 4A-4 tredje ledd. Bestemmelsen i kapittel 4A har ikke et tilsvarende unntak for medisinsk teknisk utstyr slik som § 4-6 a. Det kan antas at pasienter bare i sjeldne tilfeller vil yte motstand mot bruk av medisinske overvåkningssystemer, men det er ikke utenkelig. Etter ordlyden dekkes medisinsk teknisk utstyr av varslingssystemer og reelle hensyn taler for at også slikt utstyr burde kunne anvendes med tvang. En slik tolkning kan også komme av et fra det mer til det mindre prinsipp. Ettersom § 4A-4 gir adgang til å anvende lokaliseringssystemer med tvang, som blir ansett som et mer inngripende tiltak, må tilsvarende gjelde for medisinsk overvåkningsutstyr.

---

<sup>85</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 48

<sup>86</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 9

<sup>87</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 48

### 3.4.3.2 Lokaliseringsteknologi

Lokaliseringsteknologi eller sporingsteknologi er i rapporten Trygge spor fra 2011 definert som:

«Sporingsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Sporing eller bestemmelse av grafisk posisjon kan gjøres ved bruk av for eksempel Global Positioning System (GPS) eller Global System for Mobile Communication (GSM). I dag finnes f.eks GPS-løsninger som kan bæres på kroppen, legges i jakkelommen eller i vesken eller festes på en rullator, rullestol eller liknende.»<sup>88</sup>

GPS teknologi muliggjør at helse- og omsorgstjenesten kan spore pasienten. Det vil også være mulig å se såkalte slepespor slik at man kan se hvor pasienten har gått.<sup>89</sup>

For demente vil bruk av GPS-teknologi kunne være et godt hjelpemiddel ved utøvelsen av helsetjenester. Demente med tendenser til å vagabondere eller å gå seg bort vil med sporing lettere og raskere kunne bli funnet av omsorgspersonell. Bruk av GPS vil også muliggjøre at enkelte pasienter kan gå ut uten følge av helsepersonell.<sup>90</sup>

§ 4A-3 setter videre krav om at tillitsskapende tiltak i utgangspunktet skal være forsøkt og at en unnlattelse av gjennomføre helsehjelpen vil kunne føre til vesentlig helseskade. I forarbeidene er det presisert at dette også innebærer en vurdering av om motstanden fører til fare for at det teknologiske utstyret ikke virker slik som forutsatt, samt en vurdering av om lokaliseringssystemet er egnet til å hindre vesentlig helseskade. Pasientens evne til å ferdes utendørs og i trafikken, samt teknologiens pålitelighet må derfor tas i betraktning.<sup>91</sup> Det samme må pasientens tilbøyelighet til å ta av seg lokaliseringssystemet.

---

<sup>88</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 9

<sup>89</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 10

<sup>90</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 11

<sup>91</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 34

### 3.4.3.3 Personvern

Bruk av varslings- og lokaliseringssystemer vil innebære en overvåking av pasienten. En slik overvåkning kan true både pasientens privatliv og personvern.<sup>92</sup> Overvåkning og innsamling av personopplysninger må derfor være i overensstemmelse med både menneskerettighetene og den alminnelige personvernlovgivningen.

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen vedtatt 4. november 1950 (EMK) art. 8 om retten til privatliv verner også retten til personvern.<sup>93</sup> Etter lov 21. mai nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett § 2 gjelder EMK som norsk lov. Det er antatt at bruk av varslings- og lokaliseringssystemer i norsk lov samsvarer med menneskerettighetene.<sup>94</sup> Videre må bruk av varslings- og lokaliseringssystemer være i samsvar med reglene i lov 14. april nr. 31 om behandling av personopplysninger.

### 3.4.4 Bevegelseshindrende tiltak

Bevegelseshindrende tiltak er tiltak som hindrer pasienten i å bevege seg. Eksempler på slike tiltak kan være stolbelte, sengebelte og bord framfor stoler.<sup>95</sup> Kartlegging gjort av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens fra 2002 viste at bruk av seler, belter og særlig sengehest var vanlig ovenfor eldre med demens. Slike tiltak ble ofte tatt i bruk for å hindre fall ut av seng eller stol.<sup>96</sup>

Et eksempel fra forarbeidene der bevegelseshindrende tiltak kan være aktuelt er der en pasient med demens har brekt lårhalsen, men prøver å gå. Dersom pasienten ikke hindres i å gå kan han eller hun utsette seg for fare for beinbrudd eller annen vesentlig helseskade. Her kan bruk av bevegelseshindrende tiltak avverge faren.<sup>97</sup>

---

<sup>92</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 11

<sup>93</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 16

<sup>94</sup> Prop. 90 L (2012-2013) s. 16

<sup>95</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 48

<sup>96</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 47

<sup>97</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 48

Bevegelseshindrende tiltak kan bare anvendes for å hindre vesentlig helseskade på pasienten selv. Dette følger av ordlyden i § 4A-3 annet ledd bokstav a. I forarbeidene er det presisert at bestemmelsen ikke kan brukes for å verne andre beboere. Det fremgår videre av forarbeidene at andre beboere og pasienter kan sikres gjennom forebygging og tilrettelegging uten bruk av tiltak som pasienten motsetter seg.<sup>98</sup> I rundskrivet er det påpekt at der det er behov for å verne andre enn pasienten selv kan det være aktuelt å hjemle eventuelle tiltak i straffelovens regler om nødrett og nødverge, se straffeloven § 47 og § 48.<sup>99</sup> Bestemmelsene kan derimot etter ordlyden ikke hjemle tiltak over lengre tid.

Hva slags bevegelseshindrende tiltak som kan anvendes er ikke uttømmende regulert i § 4A-4 tredje ledd. Det avgjørende må være i hvilken grad tiltaket er bevegelseshindrende for den enkelte pasient. For noen vil for eksempel bruk av sengehest være bevegelseshindrende og tiltaket skal da omfattes av bestemmelsen.<sup>100</sup>

Adgangen til å benytte bevegelseshindrende tiltak gjelder både i og utenfor institusjon, men vil ikke være forsvarlig dersom det ikke er tjensteytere like ved.<sup>101</sup> I motsetning til psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd er det derimot ikke noe krav om kontinuerlig tilsyn. Forarbeidene understreker at vilkårene i § 4A-3 forplikter helsetjenesten til å tilrettelegge tjenestene og boplassen slik at bruk av bevegelseshindrende tiltak ikke blir brukt mer enn nødvendig.<sup>102</sup>

### **3.4.5 Avslutning av tvangstiltak**

Helsepersonell skal etter 4A-4 fjerde ledd fortløpende vurdere hvor godt helsehjelpen virker og hvor formålstjenlig den er. Om helsehjelpen ikke lenger er nødvendig skal den straks ta

---

<sup>98</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 47

<sup>99</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 38

<sup>100</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 48

<sup>101</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 48

<sup>102</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 47 flg.



slutt. Helsepersonell vil ha en større forpliktelse til å vurdere og avbryte helsehjelp dersom den gis med tvang.<sup>103</sup>

Det skal etter 4A-4 fjerde ledd legges særlig vekt på ikke ønskede virkninger eller uforutsette negative virkninger. I rundskrivet går det frem at der legemiddel blir gitt uten pasientens viten på grunn av forventet motstand er det spesielt viktig at helsepersonell kontinuerlig vurderer om medisineringen har hatt sin tiltenkte virkning slik at videre behandling ikke lenger er nødvendig.<sup>104</sup>

Dersom pasienten etter hvert aksepteres helsehjelpen, for eksempel som følge av tillitskapende tiltak, skal tvangsvedtaket straks opphøre. Helsehjelp kan da gis med hjemmel i § 4-6.<sup>105</sup>

## **3.5 Saksbehandling**

I tillegg til at de øvrige vilkårene skal være oppfylt, må nærmere bestemte saksbehandlingsregler følges.

Etter § 4A-9 gjelder forvaltningsloven så langt den passer for vedtak etter 4A-5.

### **3.5.1 Vedtak om helsehjelp som pasienten motsetter seg**

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 inneholder regler for hvordan vedtak etter kapittel 4A skal fattes.

Etter § 4A-5 første ledd annet punktum kan for det første vedtak bare treffes for ett år av gangen. I de fleste tilfeller vil vedtak om tvang kun være kortvarig. Noen ganger kan det derimot være behov for å fatte vedtak over en lengre periode. Dette kan begrunnes i hensyn til

---

<sup>103</sup> Syse (2009) s. 356

<sup>104</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 39

<sup>105</sup> Syse (2009) s. 356

pasienten selv, for eksempel der vedtak for en lengre tidsperiode kan skape større stabilitet og forutsigbarhet for pasienten.<sup>106</sup>

### 3.5.1.1 Hvem kan fatte vedtak

Etter § 4A-5 første ledd første punktum er det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som fatter vedtak. Hvem som kan være helsepersonell er definert i helsepersonelloven § 3, se pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav e.

Ofte vil det være snakk om vurderinger av medisinske eller odontologiske vurderinger. I praksis skal den ansvarlige for helsehjelpen stort sett da være lege eller tannlege. I forarbeidene heter det videre at:

«Ein kan likevel ikkje utelukke at også anna helsepersonell enn lege/tannlege kan vere kvalifisert til å treffe vedtak om helsehjelp som pasienten motset seg.»

Dette vil være for eksempel kunne være tilfelle der sykepleiere og hjelpepleiere har kompetanse til å vurdere om vilkårene i loven er oppfylte og dermed treffe vedtak om for eksempel pleie som pasienten motsetter seg.<sup>107</sup>

I rundskrivet er det uttalt at den som fatter vedtak må være i stand til å vurdere alle konsekvenser av tiltaket, samt innhente bistand dersom det er nødvendig. Det vil blant annet være viktig å ta hensyn til individuelle forhold til pasienten. Pasienten kan for eksempel inneha en grunnlidelse slik at bruk av tvang kan få utilsiktede følger.<sup>108</sup>

Ofte vil det være det samme helsepersonellet som treffer vedtak om helsehjelp og som gjennomfører helsehjelpen. På denne måten vil den som treffer vedtak om helsehjelp kunne ha både nærhet og kunnskap om pasienten som mottar helsehjelpen. Dette er derimot ikke alltid praktisk mulig. Der det ikke er praktisk mulig for den som fatter vedtaket å selv gjennomføre

---

<sup>106</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 54

<sup>107</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 52

<sup>108</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 41

helsehjelpen kan gjennomføringen delegeres til andre etter helsepersonelloven § 5.<sup>109</sup> Etter ordlyden i helsepersonelloven § 5 er det ikke noe direkte krav om at medhjelperen skal være helsepersonell. Etter forarbeidene er det derimot uttalt at det ikke vil være forsvarlig å la andre enn helsepersonell gjennomføre helsehjelpen der denne gjennomføres ved tvang.<sup>110</sup>

### 3.5.1.2 Alvorlige inngrep

Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep skal vedtak fattes av helsepersonell etter første ledd etter samråd med annet kvalifisert personell. Dette følger av 4A-5 annet ledd.

I vurderingen av hva som skal regnes som et alvorlig inngrep skal det blant annet legges vekt på om tiltaket innebærer et inngrep i kroppen, bruk av reseptbelagt medisin og graden av motstand. Momentene er ikke uttømmende, men er å regne som retningslinjer for hva som skal tas med i vurderingen.<sup>111</sup> Videre skal tiltak som innebærer innleggelse, tilbakeholdelse eller bevegeshindrende tiltak alltid regnes som alvorlig inngrep.

Tanken er at helsepersonellet skal rådføre seg med annet helsepersonell som har god kunnskap eller andre forutsetninger for å vurdere pasientens tilstand.<sup>112</sup> I rundskrivet er det påpekt at helsepersonellet som har daglig kontakt med pasienten kan være den som det er best å rådføre seg med. Dette vil kunne være sykepleier eller hjelpepleier.<sup>113</sup>

### 3.5.1.3 Hva omfatter vedtaket?

Etter ordlyden i § 4A-5 tredje ledd vil et vedtak om undersøkelse og behandling også omfatte nødvendig pleie og omsorg. Et vedtak om operasjon vil for eksempel omfatte alle nødvendi-

---

<sup>109</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 52

<sup>110</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 55

<sup>111</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 87

<sup>112</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 53

<sup>113</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 43

ge elementer for å gjennomføre operasjonen, samt den pleie og omsorg som er nødvendig etterpå.<sup>114</sup>

Der den primære helsehjelpen består i pleie og omsorg må det derimot fattes et særskilt vedtak om dette. Den primære helsehjelpen til pasienter med demens vil ofte være pleie og omsorg.<sup>115</sup>

#### 3.5.1.4 Pårørende

Pårørende er en viktig kilde til informasjon om pasienten. Pasientens nærmeste pårørende vil for eksempel kunne opplyse om hvilke behov pasienten har og hva slags ønsker eller motforestillinger pasienten har mot ulike typer helsehjelp.<sup>116</sup>

Etter § 4A-5 fjerde ledd skal det om mulig innhentes informasjon fra pårørende om hva pasienten ville ha ønsket før vedtak treffes. Selv om det skal innhentes informasjon fra pårørende er det uansett helsepersonell som tar avgjørelsen om at helsehjelpen skal gis. I forarbeidene er det påpekt at dette blant annet er en følge av at det kan være både vanskelig å opprivende for pårørende å skulle ta avgjørelser om helsehjelp.<sup>117</sup> § 4A-5 innebærer heller ingen plikt for pårørende til å gi informasjon. At informasjonen bare skal innhentes der det er mulig viser til situasjoner hvor pasientens pårørende ikke vil gi informasjon eller der det ikke er tid til å innhente informasjon.<sup>118</sup>

Hvem som er pasientens nærmeste pårørende er definert i § 1-3 bokstav b.

---

<sup>114</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 53

<sup>115</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 53

<sup>116</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 56

<sup>117</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 56

<sup>118</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 56

### 3.5.2 Underretning

Etter § 4A-6 skal pasienten og pasientens nærmeste pårørende snarest mulig underrettes om at vedtak er truffet etter § 4A-5.

Bestemmelsen sikrer at det blir gitt melding om vedtaket og er samtidig en forutsetning for at pasienten og pasientens pårørende kan påklage vedtaket.<sup>119</sup>

Etter 4A-6 første ledd annet punktum er det likevel tilstrekkelig med etterfølgende underretning dersom underretningen vil kunne medføre at helsehjelpen ikke kan gjennomføres. Etter forarbeidene skal etterfølgende underretning bare skje unntaksvis.<sup>120</sup> Det kan derimot stilles spørsmål om det i visse tilfeller vil være adgang til å unnlate å underrette pasienten om vedtak. I visse situasjoner kan det tenkes at en unnlattelse av å gi informasjon vil kunne skåne pasienten for unødvendig uro og angst.

Retten til informasjon etter § 3-2 bygger på tilsvarende prinsipper som retten til underretning etter § 4A-6. Hovedregelen etter § 3-2 er at pasienten skal få nødvendig informasjon. Etter bestemmelsens annet og tredje ledd kan derimot informasjon i visse tilfeller unnlates. Etter § 3-2 annet ledd kan for det første pasienten motsette seg informasjon. Etter tredje ledd kan helsepersonell unnlate å gi informasjon der det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv eller det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær. Etter forarbeidene vil det kunne være snakk om situasjoner hvor opplysninger om en bestemt sykdom vil kunne innebære en så stor psykisk belastning at hensyn til pasienten selv tilsier at informasjonen skal kunne holdes tilbake.<sup>121</sup>

Det vil etter dette være anledning etter § 3-2 til å unnlate å gi informasjon på visse vilkår. I slike tilfeller er det heller ikke noe krav om at informasjonen skal gis i ettertid. Spørsmålet er om underretning etter § 4A-6 i visse tilfeller kan unnlates av tilsvarende hensyn. Spesielt i forhold til pasienter med demens vil en underretning om at vedtak skal gjennomføres med tvang, eller har blitt gjennomført med tvang, kunne medføre angst og uro. Reelle hensyn taler

---

<sup>119</sup> Syse (2009) s. 362

<sup>120</sup> Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) s. 59

<sup>121</sup> Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 71

derfor for at informasjon bør kunne unnlates. Dette gjelder spesielt der det kun vil være snakk om en etterfølgende underretning. Der vedtaket allerede er gjennomført, og informasjon om vedtaket vil medføre frykt og angst hos pasienten, vil det sjeldent være rimelig å kreve etterfølgende underretning. I slike tilfeller vil en etterfølgende underretning kunne medføre betydelige større negative virkninger enn positive for pasienten. Ordlyden i § 4A-6 er derimot klar. Pasienten og pasientens pårørende skal etter første ledd snarest mulig underrettes om vedtaket. Etterfølgende underretning kan bare gis der underretning medfører fare for at helsehjelpen ikke kan gjennomføres. Det er ikke gjort tilsvarende unntak som etter § 3-2. Videre må § 4A-6 gå foran som *lex specialis*.

Etter bestemmelsens andre ledd skal underretningen opplyse både om adgangen til å klage og å uttale seg.

## **3.6 Overprøving og klage**

### **3.6.1 Klage**

Vedtaket kan etter § 4A-7 påklages til Fylkesmannen. Etter bestemmelsens siste ledd er fristen for å klage tre uker fra vedkommende fikk eller burde fått kjennskap om vedtaket.

Både pasient og pårørende er gitt rett til å klage over vedtak truffet etter § 4A-5. Siden det dreier seg om pasienter som mangler samtykkekompetanse vil de ofte ha vanskeligheter med å ivareta egne interesser. Derfor er også pasientens nærmeste pårørende gitt rett til å påklage vedtak på vegne av pasienten.<sup>122</sup>

Det følger av forarbeidene at det bare er avgjørelser om å anvende tvang som kan påklages.<sup>123</sup> Vedtak om å ikke bruke tvang kan derfor ikke påklages Fylkesmannen etter § 4A-7.

---

<sup>122</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 60

<sup>123</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 60

### **3.6.2 Overprøving av fylkesmannen**

Retten til å klage gir pasienten en helt sentral rettsverngaranti.<sup>124</sup> Bestemmelsene om overprøving og etterfølgende kontroll gir pasienten en ytterligere rettssikkerhetsgaranti som gjelder uavhengig av om vedtaket er påklaget.<sup>125</sup>

Etter § 4A-8 første ledd kan derfor Fylkesmannen av eget tiltak overprøve vedtak som er truffet etter § 4A-5. Etter annet ledd skal Fylkesmannen overprøve vedtaket der helsehjelpen vedvarer og det har gått tre måneder fra vedtaket ble truffet.

### **3.6.3 Domstolprøving**

Etter § 4A-10 kan vedtak som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon eller helsehjelp som strekker utover tre måneder bringes inn for retten etter reglene i lov 17. juni nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) kapittel 36. Gjenstand for søksmål vil være vedtak som følge av klagesak etter § 4A-7 eller vedtak som følge av Fylkesmannens undersøkelser på eget initiativ eller etterkontroll etter § 4A-8.

Gjennom spesialprosess etter tvistelovens kapittel 36 gis pasienten spesielle fordeler i forhold til ordinær prosess. Kapitlet innebærer blant annet en raskere behandling av saken etter § 36-5 første og annet ledd, at retten kan overprøve alle sider av saken etter § 36-5 tredje ledd og at staten bærer alle saksomkostninger etter § 36-8.

## **4 Psykisk helsevernloven**

Psykisk helsevernloven omfatter undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser, se psykisk helsevernloven § 1-2. Etter § 2-1 er hovedregelen at psykisk helsevern skal ytes på bakgrunn av samtykke etter pasientrettighetsloven. Der pasienten motsetter seg psykisk helsevern eller mangler samtykkekompetanse kan derimot psykisk helsevern gjen-

---

<sup>124</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 60

<sup>125</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 52

nomføres ved tvang. Etter § 3-3 er hovedkravet for å etablere tvungent psykisk helsevern at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse».

For eldre med demens vil også anvendelse av psykisk helsevernloven være aktuelt. Eldre vil naturlig nok kunne ha psykiatriske lidelser i tillegg til demens,<sup>126</sup> men demens kan også i seg selv ha psykiske symptomer.<sup>127</sup> Det vil derfor være et spørsmål om demens kan være alvorlig sinnslidelse slik at psykisk helsevernloven får anvendelse.

#### **4.1 Pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven**

Etter psykisk helsevernloven § 2-1 er samtykke etter pasientrettighetslovens bestemmelser hovedregelen for å kunne yte psykisk helsevern.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 har i utgangspunktet alle over 18 år samtykkekompetanse. Samtykkekompetansen kan derimot bortfalle etter § 4-3 annet ledd. Dersom samtykkekompetansen har bortfalt kan helsepersonell etter § 4-6 i utgangspunktet samtykke på vegne av pasienten. Der pasienten motsetter seg helsehjelpen må bestemmelsene i kapittel 4A anvendes, men også der er samtykkekompetansen i utgangspunktet gitt til helsepersonell, se § 4A-5.

Der en person mangler samtykkekompetanse er det derfor i utgangspunktet helsepersonell som tar avgjørelser på vegne av pasienten gjennom et presumert samtykke. Dette gjelder derimot ikke uinnskrenket. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd kan undersøkelse og behandling av psykisk lidelse der pasienten har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen kun skje med hjemmel i psykisk helsevernloven.

Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse kan for det første ikke hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven der personen har en alvorlig sinnslidelse eller der det er mistanke om alvorlig sinnslidelse. Selv om pasienten ikke yter motstand kan altså ikke pasientrettighetsloven hjemle behandling i disse tilfellene. Kravet om at den psykiske lidelsen må være alvorlig,

---

<sup>126</sup> NOU 2011:9 s. 185

<sup>127</sup> Selbæk (2006) s. 1892



fører til at mildere psykiske lidelser kan behandles etter pasientrettighetsloven såfremt pasienten ikke yter motstand. Avgrensningen er etter forarbeidene ment å fange opp pasienter som har psykisk sykdom, men som ikke kvalifiserer til de strenge vilkårene for tvang etter psykisk helsevernloven.<sup>128</sup> I rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven er pasienter med demens eller psykisk utviklingshemming spesielt fremhevet som en pasientgruppe hvor dette vil være praktisk.<sup>129</sup>

For det andre kan ikke pasient- og brukerrettighetsloven anvendes der pasienten yter motstand mot helsehjelpen. Der pasienten yter motstand kan altså heller ikke mildere psykiske lidelser behandles med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven. Det samme følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 som bare snakker om at pasienten har en psykisk lidelse. Avgrensningen er etter Ot.prp. nr 65 (2005-2006) grunnet i at elementet av tvang vil være sterkere der personen yter motstand.<sup>130</sup>

Etter psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 kan tvungent psykisk helsevern kun gis med tvang der pasienten har en alvorlig sinnslidelse. En konsekvens av dette er at personer som mangler samtykkekompetanse og som yter motstand, men som ikke har en alvorlig sinnslidelse nødvendigvis ikke får helsehjelp. For denne pasientgruppen finnes det ingen tvangshjemmel verken i pasient- og brukerrettighetsloven eller i psykisk helsevernloven.

Der pasienten yter motstand eller har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse er det bare undersøkelse og behandling av psykisk lidelse som ikke kan hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven etter § 4-3 femte ledd. En pasient med psykisk lidelse kan uansett få somatisk helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven. Et eksempel fra forarbeidene er en psykiatrisk pasient som blir behandlet for karries selv om han eller hun motsetter seg dette.<sup>131</sup>

---

<sup>128</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 31

<sup>129</sup> Helsedirektoratet (2008) s. 17

<sup>130</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 36

<sup>131</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 27

## 4.2 Et utvidet tvangsbegrep

Pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven operer med to forskjellige tvangsbegrep.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven regnes helsehjelpen å være gitt ved tvang først og fremst i de tilfeller hvor pasienten yter motstand mot helsehjelpen. Der pasienten mangler samtykkekompetanse, men ikke yter motstand, regnes helsehjelpen for å være gitt frivillig gjennom et antatt eller presumert samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. For mindre inngripende tiltak følger det av forarbeidene at det er snakk om presumert samtykke.<sup>132</sup> For tiltak som innebærer et alvorlig inngrep er det uttrykkelig slått fast at slike tiltak bare kan gjennomføres dersom det er i pasientens interesse og det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp. Der pasienten motsetter seg helsehjelp må reglene om tvang i kapittel 4A anvendes. Dette følger uttrykkelig av § 4-6 tredje ledd.

Etter psykisk helsevernloven § 1-2 tredje ledd omfatter tvungent psykisk helsevern all undersøkelse, behandling, pleie og omsorg uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. At en pasient ikke gir samtykke kan være en følge av motstand eller manglende samtykkekompetanse. Tvang etter psykisk helsevernloven innebærer dermed et utvidet tvangsbegrep i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Dette støttes også av uttalelser i NOU 2011:9. Her uttales det at etter psykisk helsevernloven vil det være snakk om tvang både der pasienten yter motstand og der pasienten mangler samtykkekompetanse.<sup>133</sup>

Etter psykisk helsevernloven vil helsehjelp dermed også anses for å være gjennomført ved tvang også der pasienten mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg helsehjelpen. I motsetning til pasient- og brukerrettighetsloven vil det i slike tilfeller ikke være noe krav om et presumert samtykke.

---

<sup>132</sup> Ot.prp. nr 12 (1998-1999) s. 134

<sup>133</sup> NOU 2011:9 s. 29 flg.

Selv om psykisk helsevern kan gis uavhengig av samtykkekompetanse og i utgangspunktet uavhengig av antatt samtykke, innebærer dette ikke at pasientens ønsker ikke skal høres. Etter § 4-2 skal det så langt som mulig tas hensyn til pasientens syn på tvangstiltaket.

### **4.3 Vedtak om tvungent psykisk helsevern**

Psykisk helsevernloven kapittel 3 gir hjemmel for å anvende tvungen observasjon etter § 3-2 og tvungent psykisk helsevern etter § 3-3. Formålet med tvungen observasjon er å finne ut om pasienten oppfyller kravene til tvungent psykisk helsevern. Vilkårene for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern vil bortsett fra § 3-3 første ledd bokstav a og b stort sett være sammenfallende.<sup>134</sup> I det følgende vil derfor vilkårene behandles med utgangspunkt i § 3-3.

§ 3-3 setter vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern. I bestemmelsens første ledd nr. 1-6 finnes seks kumulative vilkår som alle må være oppfylt før vedtak kan fattes. I tillegg fins to alternative tilleggsvilkår i nr. 3.

Det er et krav etter § 3-3 at frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt. Dette markerer at tvang alltid skal være en subsidiær løsning.<sup>135</sup> Frivillig psykisk helsevern forutsetter derimot i utgangspunktet at pasienten er samtykkekompetent, se § 1-2.

I NOU 2011:9 er det påpekt at frivillighetsvilkåret også må gjelde for pasienter som ikke har tilstrekkelig kompetanse til å samtykke til helsehjelp.<sup>136</sup> Der pasienten yter motstand bør det være et mål, også ovenfor pasienter uten samtykkekompetanse at helsehjelpen gis uten motstand. Det kan derfor være et behov for å tolke kravet om frivillighet slik at helsehjelpen skal være forsøkt gjennomført uten at pasienten yter motstand. For somatisk helsehjelp følger en tilsvarende vurdering allerede av pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 første ledd om til-litskapende tiltak.

---

<sup>134</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 88

<sup>135</sup> NOU 2011:9 s. 181

<sup>136</sup> NOU 2011:9 s. 181

Det kan derimot ses bort fra kravet om at frivillig psykisk helsevern skal være forsøkt dersom det er åpenbart formålsløst å forsøke dette. Ett eksempel brukt i Ot.prp. nr 11 (1998-1999) er der personen på grunn av sin sinnstilstand er helt ute av stand til å samtykke.<sup>137</sup>

### 4.3.1 Alvorlig sinnslidelse

#### 4.3.1.1 Om alvorlig sinnslidelse

For å etablere tvungent psykisk helsevern er det et krav etter § 3-3 nr. 3 at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Begrepet er en videreføring fra den tidligere psykisk helsevernloven av 1961 og det er forutsatt at begrepet skal forstås på samme måte som tidligere.<sup>138</sup> Alvorlig sinnslidelse er en juridisk term og motsvares ikke av noen medisinsk diagnose.<sup>139</sup> Hva som er å anse som alvorlig sinnslidelse må derfor avgrenses juridisk.

Alvorlig sinnslidelse er sterkt knyttet til begrepet psykose. Psykose defineres ofte som en tilstand hvor pasientens virkelighetsoppfatning er så uttalt at det er snakk om en realitetsbrist.<sup>140</sup> I motsetning til «alvorlig sinnslidelse» er psykose et medisinsk begrep.<sup>141</sup>

Det er derimot ikke noe absolutt krav om psykose for at en person skal anses for å være alvorlig sinnslidende. Dette fremgår både av forarbeidene til psykisk helsevernloven og av rettspraksis. I Rt. 1988 s. 634 ble en mann ansett for å være alvorlig sinnslidelse på tross av at de sakkyndige ikke kunne påvise klare psykotiske trekk. Dommen henviser til førstevoterendes uttalelser i Rt. 1987 s. 1495.<sup>142</sup> I Rt. 1987 s. 1495 uttales det at uttrykket alvorlig sinnslidelse ikke er begrenset til tilstander som kan diagnostiseres som psykose. Lovgiver har derimot akseptert at alvorlig sinnslidelse har en nær tilknytning til psykosene. Det er derfor bare i særlige grensetilfeller at tvangsbestemmelsene etter psykisk helsevernloven kommer til anvendel-

---

<sup>137</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 155

<sup>138</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 74

<sup>139</sup> Syse (2007) s. 79

<sup>140</sup> NOU 2011:9 s. 163

<sup>141</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 77

<sup>142</sup> Rt 1988 634 s. 639

se der personen har en psykisk lidelse, men ikke er psykotisk.<sup>143</sup> Etter forarbeidene omfatter alvorlig sinnslidelse i utgangspunktet klare og aktive psykoser, men også visse manifeste avvikstilstander av ikke psykotisk karakter hvor funksjonssvikten er like stor som hos psykose-  
ne.<sup>144</sup>

#### 4.3.1.2 Demenssymptomer

Demenssymptomer kan ha både ikke-kognitive og kognitive årsaker.<sup>145</sup> Det kognitive knyttes til det som har med fornuft, oppfatning og tenkning å gjøre. Dette er i motsetning til det som er knyttet til følelser og viljesliv.<sup>146</sup> Kognitive symptomer ved demens kan for eksempel være nedsatt hukommelse, desorientering og nedsatt oppmerksomhet.<sup>147</sup>

Det er derimot først og fremst i forhold til symptomer med ikke-kognitive årsaker at spørsmålet om alvorlig sinnslidelse er aktuelt. Dette er blant annet en følge av at det er antatt at der symptomet kan settes i sammenheng med den kognitive svikten kan den ikke tillegges psykotisk betydning.<sup>148</sup> Det kan også antas at det vil først og fremst være i forhold til symptomer med ikke-kognitive årsaker at det vil være aktuelt med behandling.

Samlingen av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og atferd som opptrer hos personer med demens kalles ofte for APSD.<sup>149</sup> APSD omfatter bare symptomer som har ikke-kognitive årsaker.<sup>150</sup> APSD kan deles inn i de psykologiske reaksjoner og psykiatriske symptomer på den ene siden og atferdssymptomer på den andre siden.<sup>151</sup>

---

<sup>143</sup> Rt 1987 1495 s. 1502

<sup>144</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 74

<sup>145</sup> Selbæk (2010) s. 7

<sup>146</sup> Kunnskapsforlaget (2007) s. 123

<sup>147</sup> Selbæk (2010) s. 7

<sup>148</sup> Nygaard (2006) s. 175

<sup>149</sup> Nygaard (2006) s. 172

<sup>150</sup> Selbæk (2010) s. 7

<sup>151</sup> Nygaard (2006) s. 173

Psykologiske reaksjoner og psykiatriske symptomer ved APSD omfatter vrangforestillinger, hallusinasjoner, paranoide forestillinger, depresjon, angst, feilidentifisering, apati og søvnforstyrrelser.<sup>152</sup> Vrangforestillinger og hallusinasjoner er kanskje de symptomene som har størst preg av psykose.

Vrangforestillinger forekommer hyppig hos personer med demens.<sup>153</sup> Demente vil for eksempel kunne ha vrangforestillinger om tyveri, sjalusi, utroskap eller at det er fremmede folk i huset.<sup>154</sup>

Vrangforestillinger kan derimot ha både kognitive og ikke-kognitive årsaker. Det må derfor skilles mellom de tilfeller hvor vrangforestillingen har psykotisk karakter, og der vrangforestillingen har direkte sammenheng med kognitiv svikt. Et eksempel på vrangforestillinger som har direkte sammenheng med kognitiv svikt er vrangforestillinger med erindringsforskyvning. Et eksempel kan være pasienten som venter på at sine for lengst voksne barn skal komme hjem fra skolen. Vrangforestillinger om utroskap og opplevelser av å være forfulgt kan derimot på sin side ha psykotisk karakter.<sup>155</sup>

Atferdssymptomer omfatter verbal og fysisk aggresjon, vandring, rastløshet, uhemmet atferd, påfallende spiseatferd, påfallende seksuell atferd, roping og inkontinens.<sup>156</sup> Slike atferdssymptomer vil kunne ha form av karakteravvik.

Behandlingen av APSD skjer i høy grad ved hjelp av psykofarmaka.<sup>157</sup> Der pasienten har en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg behandling må slik legemiddelbehandling ved bruk av tvang skje med hjemmel i psykisk helsevernloven.

---

<sup>152</sup> Nygaard (2006) s. 173

<sup>153</sup> Nygaard (2006) s. 175

<sup>154</sup> Årslund (2012) s. 741

<sup>155</sup> Nygaard (2006) s. 175

<sup>156</sup> Nygaard (2006) s. 173

<sup>157</sup> NOU 2011:9 s. 185

#### 4.3.1.3 Demens og alvorlig sinnslidelse

Det kan reises spørsmål om demens kan kvalifisere til psykisk helsevernlovens krav om alvorlig sinnslidelse.

Spørsmålet om demens kan være alvorlig sinnslidelse er behandlet i forarbeidene til psykisk helsevernloven. I Ot. nr. 65 (2005) uttales det at verken senil demens eller psykisk utviklingshemming vil i utgangspunktet kunne tilfredsstille grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern.<sup>158</sup> Uttalelser i Ot. nr. 11 (1998) tyder derimot på at aldersdemens kan omfattes av psykisk helsevern. Her uttales det at senil demens skal omfattes av de organiske psykosene.<sup>159</sup> I St.meld. nr 28 (1999-00) er det nevnt at kravet om alvorlig sinnslidelse kan være oppfylt for demente.<sup>160</sup>

NOU 2011:9 drøfter nærmere om demens kan kvalifisere til alvorlig sinnslidelse. I utvalgets drøftelser legges det et særlig fokus på behandlingen av APSD. Her slås det fast at det uansett vil være snakk om et faglig spørsmål og at man for demens befinner seg i randsonen for psykosebegrepet. Mens demens hovedsaklig er preget av desorientering, forutsetter psykose normalt produktive symptomer. Etter alderspsykiatrisk praksis har derimot demens psykotisk dybde. Utvalget konkluderer deretter med at alvorlig demens etter gjeldende rett kan kvalifisere til alvorlig sinnslidelse, i alle fall som særlige grensetilfeller.<sup>161</sup>

Atferdssymptomene må derimot vurderes særskilt. Som sagt vil også psykiske lidelser som ikke er psykose i særlige tilfeller kunne omfattes av alvorlig sinnslidelse. Etter forarbeidene er det påpekt at karakteravvik i alminnelighet ikke kan anses som alvorlig sinnslidelse. Videre uttaler forarbeidene derimot at karakteravvik kan omfattes som et særlig grensetilfelle i tillegg til psykosene. Forarbeidene uttaler at det vil være hjemmel til å tvangsinnlegge personer med svære karakteravvik, hvor lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurdering.<sup>162</sup> Spørsmålet om karakteravvik kan gå under alvorlig sinnslidelse er også behandlet i Rt. 1987

---

<sup>158</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 35

<sup>159</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 77

<sup>160</sup> St.meld. nr 28 (1999-00) s. 77

<sup>161</sup> NOU 2011:9 s. 185

<sup>162</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 77

s. 1495. I dommen uttaler Høyesterett at karakteravvik i utgangspunktet ikke kan anses som alvorlig sinnslidelse, men at det kan forekomme særlige grensetilfeller hvor karakteravvik kan falle innenfor rammen av begrepet.<sup>163</sup> Etter dette må atferdssymptomer bare i særlige tilfeller kunne kvalifisere til alvorlig sinnslidelse. Det må videre kreves et kvalifisert nivå av karakteravvik.

Det må kunne antas at APSD-symptomer vil kunne ha psykotisk karakter. Dette må i alle fall gjelde i forhold til de psykologiske reaksjoner og psykiatriske symptomene. Det kan derimot være tvil om atferdssymptomene på sin side vil kunne kvalifisere til psykose. Som sagt er det derimot også et visst rom for å anvende tvungent psykisk helsevern også utenfor psykosene. Dette må også gjelde for personer med demens. Det vil her være snakk om visse manifeste avvikstilstander av ikke psykotisk karakter hvor funksjonssvikten er like stor som hos psykosene.<sup>164</sup> I slike tilfeller må det kunne antas at også atferdssymptomer vil kunne kvalifisere til alvorlig sinnslidelse.

Videre er det som sagt i NOU 2011:9 antydnet at alvorlig sinnslidelse i forhold til demente synes nærmere knyttet til kompetansespørsmålet enn for andre grupper.<sup>165</sup> Med dette synes utvalget å antyde at personer med demens lettere vil kvalifisere til alvorlig sinnslidelse. Det er derimot ikke sikkert at alvorlig sinnslidelse i det hele tatt skal ha tilknytning til kompetansespørsmålet. Det er ikke noe krav etter psykisk helsevernloven at pasienten i tillegg til å ha en alvorlig sinnslidelse også mangler samtykkekompetanse. Det er også viktig å påpeke at demens ikke automatisk fører til tap av samtykkekompetanse. Vurderingen av kompetansespørsmålet må i alle tilfeller baseres på en konkret vurdering av om pasienten forstår hva samtykket omfatter, se pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd.

---

<sup>163</sup> Rt 1987 1495 s. 1505

<sup>164</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 74

<sup>165</sup> NOU 2011:9 s. 187 flg.



### 4.3.2 Behandlingskriteriet og farekriteriet

I tillegg til kravet om alvorlig sinnslidelse er det et krav at minst ett av to tilleggsvilkår skal være oppfylt. Tilleggsvilkårene er listet opp i nr. 3 bokstav a og b. Tilleggsvilkårene kalles henholdsvis behandlingskriteriet og farekriteriet.

Behandlingskriteriet kan for det første anses oppfylt der en person på grunn av sin sinnslidelse får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert. Dette kalles for forbedringsalternativet. Etter forarbeidene er det snakk om en konkret vurdering av pasientens prognose med og uten behandling.<sup>166</sup> Ved å bruke uttrykket «utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring» markeres det et kvalifisert krav til bedringen.<sup>167</sup> I forhold til eldre med demens kan det antas at det sjeldent vil være utsikter til helbredelse. Dette er en følge av de degenerative demenssykdommenes progredierende karakter.<sup>168</sup>

Behandlingskriteriet kan videre anses oppfylt der det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret. Dette kalles for forverringsalternativet. Forverringsalternativet kan anvendes der pasienten er brakt opp på et optimalt nivå, men hvor det er fare for et nokså umiddelbart tilbakefall.<sup>169</sup> Det stilles videre kvalifiserte krav til forverringen. For det første må forverringen være vesentlig, for det andre må den skje i meget nær fremtid. I forarbeidene er det antydning en grense på 2 måneder.<sup>170</sup> I tillegg er det et krav om stor sannsynlighet, noe som innebærer mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt.<sup>171</sup>

Det andre tilleggsvilkåret er farekriteriet og følger av § 3-3 nr. 3 bokstav b. Farekriteriet anses oppfylt der en person på grunn av sinnslidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Bestemmelsen omfatter både fysisk og psykisk skade.<sup>172</sup> Det er tydeliggjort i forarbeidene at skade på materielle ting faller utenfor bestemmelsen.<sup>173</sup>

---

<sup>166</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 79

<sup>167</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 79

<sup>168</sup> Engedal (2006) s. 138

<sup>169</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 155

<sup>170</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 80

<sup>171</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 155

<sup>172</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 81

<sup>173</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 81

Det stilles altså et kvalifisert krav til den aktuelle faren. Etter Rt. 2001 s. 1481 innebærer kravet om at faren må være nærliggende at faren må være reell og kvalifisert på avgjørelsestidspunktet, men at vilkåret ikke inneholder noe krav om et tidsperspektiv som etter forverringsalternativet. Tidsmomentet skal allikevel trekkes inn i vurderingen av farens påregnelighet.<sup>174</sup> Etter forarbeidene omfatter videre bestemmelsen ikke bare fare for selvmord eller selvbeskadigelse. Også der det er fare for at pasienten forkommer eller lider overlast vil farekriteriet kunne være oppfylt.<sup>175</sup>

Det kan tenkes at eldre med demens i visse tilfeller vil kunne oppfylle farekriteriet. For det første kan pasienter på grunn av demens utgjøre en fare for eget liv eller helse. Dette kan for eksempel være tilfellet der pasienten forkommer eller lider overlast fordi han eller hun ikke kan ta vare på seg selv. Videre kan visse APSD-symptomer medføre at pasienten også kan medføre en fare for andre, for eksempel der pasienten utviser aggressivitet. Som sagt er det derimot et krav at faren må være reell og kvalifisert på avgjørelsestidspunktet.<sup>176</sup> Det vil således ikke være tilstrekkelig at man antar at personer med demens vil kunne være aggressive og dermed utgjøre en fare for andre.

### **4.3.3 Helhetsvurdering**

Selv om de øvrige vilkårene er oppfylt skal det likevel foretas en helhetsvurdering. Etter § 3-3 nr. 6 kan derfor tvungent helsevern bare finne sted der dette etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Det skal videre legges vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for pasienten.

Hva helhetsvurderingen innebærer er behandlet i Rt. 2001 s. 752. På tross av at de øvrige vilkårene for tvungent psykisk helsevern ble ansett oppfylt, ble pasientens begjæring om utskrivning etter en helhetsvurdering tatt til følge. Høyesterett uttrykte at vurderingen av hva

---

<sup>174</sup> Rt 2001 1481 s. 1487

<sup>175</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 81

<sup>176</sup> Rt 2001 1481 s. 1487

som vil være det beste for vedkommende i utgangspunktet må være objektiv. Etter de sakkyndiges vurderinger ville han ha det best på sykehuset under medisinerer. Pasientens sterke ønske om å bli utskrevet måtte derimot også tas i betraktning.<sup>177</sup>

Ordlyden kan derimot reise spørsmål om det skal foretas en helhetsvurdering i de tilfeller pasienten utgjør en fare for andre. Dette spørsmålet er behandlet i Rt. 2001 s. 1481. Dommen la vekt på uttalelser i forarbeidene som forutsatte at det også i disse tilfellene skulle foretas en helhetsvurdering, men at vektleggingen av hva som er det beste for pasienten blir svekket der pasienten utgjør en fare for andre.<sup>178</sup>

Etter § 3-3 annet ledd er det den faglig ansvarlige som fatter vedtak om tvungent psykisk helsevern. Den faglige ansvarlige fatter vedtak på bakgrunn av foreliggende opplysninger, samt egen personlig undersøkelse av pasienten. Se også kapittel 4.8.

#### **4.4 Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte**

Etter psykisk helsevernloven § 3-5 kan i utgangspunktet både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern gis med og uten døgnopphold i institusjon.

Etter § 3-5 første ledd kan tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern med døgnopphold bare gis ved godkjent institusjon. Etter forarbeidene vil det først og fremst være snakk om godkjenning av psykiatriske sykehus og psykiatriske klinikker, men det er også uttalt at det kan være aktuelt å godkjenne enkelte avdelinger ved vanlig somatiske sykehus.<sup>179</sup>

I tillegg til krav om godkjenning kommer de grunnleggende faglige og materielle kravene etter psykisk helsevernloven § 3-2. Etter § 3-5 første ledd annet punktum kan pasienter underlagt døgnopphold holdes tilbake mot sin vilje eller hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig ved bruk av tvang.

---

<sup>177</sup> Rt 2001 752 s. 759

<sup>178</sup> Rt 2001 1481 s. 1490

<sup>179</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 71

Etter § 3-5 annet ledd kan tvungent psykisk helsevern også gis ved midlertidig døgnopphold i ikke-godkjent institusjon dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsehjelp kan også skje uten døgnopphold. Dette følger av § 3-5 tredje ledd. Det er derimot et krav om at dette er et bedre alternativ for pasienten. Det er dermed ikke adgang til å gi tvungent psykisk helsehjelp uten døgnopphold utelukkende på grunn av ressurshensyn. Det er videre ikke lenger et krav om at pasienten skal bo i egen bolig. Dette innebærer at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan etableres mens pasienten bor i institusjon under kommune- eller spesialisthelsetjenesten.<sup>180</sup> Ved tvungent psykisk helsehjelp uten døgnopphold er det derimot ingen adgang til å holde pasienten tilbake. Dette gjelder også dersom pasienten oppholder seg i institusjon.<sup>181</sup> I vurderingen av om tvungent helsevern skal gis uten døgnopphold skal det tas hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. I forarbeidene er det lagt vekt på at det kan være en betydelig belastning for pårørende at pasienten skal bo hjemme, selv om det isolert sett fremstår som den beste løsning for pasienten.<sup>182</sup>

Tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare omfatte pålegg om fremmøte til undersøkelse eller behandling. Det er således ikke adgang til å undersøke eller behandle pasienten i eget hjem.<sup>183</sup> Etter § 3-5 tredje ledd fjerde og femte punktum kan pasienten om nødvendig avhentes, også eventuelt ved bruk av tvang.

Denne avgrensningen vil kunne ha særlige konsekvenser i forhold til eldre med demens. Problemstillingen er drøftet i NOU 2011:9. Utvalget uttaler at når det foreligger vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern vil pasienten som regel etterkomme pålegg om å møte opp til behandling. Det vil derfor i praksis sjeldent bli aktuell med tvangsavhenting. Dette vil derimot kunne stille seg annerledes for eldre med demens. Som følge av sykdommen kan personer med demens ha problemer med å forstå hva tvungent helsevern uten døgnopphold går ut på. I tillegg kan eldre være fysisk skrøpelige. Regelmessig transport fra

---

<sup>180</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 88

<sup>181</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 66

<sup>182</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 88

<sup>183</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 73

sykehjem til psykiatrisk institusjon vil derfor kunne fremstå som uforholdsmessig inngripende.<sup>184</sup>

Etter § 3-5 fjerde ledd kan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold bare skje under ansvar av en godkjent institusjon.

#### **4.5 Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern**

Etter psykisk helsevernloven § 3-7 første ledd kan ingen beholdes under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten at vilkårene i § 3-2 og § 3-3 til stadighet er oppfylt. I forarbeidene heter det at tvungent psykisk helsevern ikke skal vare lengre enn det er grunnlag for.<sup>185</sup>

Det følger av § 3-7 annet ledd at det er den faglig ansvarlige som skal vurdere om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes. Etter forarbeidene innebærer dette at den faglig ansvarlige til enhver tid skal vurdere om vilkårene er til stede.<sup>186</sup> Hvem som er faglig ansvarlig følger av § 1-4, se også kapittel 4.8.

#### **4.6 Behandling uten eget samtykke**

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern underlegges tvungen undersøkelse og behandling. For mange vil et vedtak om tvungen behandling innebære et større inngrep enn selve vedtaket om tvungent vern.<sup>187</sup>

---

<sup>184</sup> NOU 2011:9 s. 187

<sup>185</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 91

<sup>186</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 91

<sup>187</sup> NOU 2011:9 s. 109

§ 4-4 omhandler behandling uten samtykke. Uten samtykke må bety at pasienten enten motsetter seg behandlingen eller at pasienten mangler samtykkekompetanse.<sup>188</sup> Etter forarbeidene hjemler psykisk helsevernloven bare behandling av den alvorlige sinnslidelsen.<sup>189</sup>

Etter § 4-4 første ledd er det et krav at undersøkelsen og behandlingen klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Det er dermed ikke hjemmel for eksperimentelle undersøkelser eller behandlinger.<sup>190</sup>

Behandlingstiltak kan etter § 4-4 fjerde ledd annet punktum bare gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen. Etter forarbeidene kreves det en høy grad av sannsynlighet for den forventede virkningen, samt at virkningen er av kvalifisert art.<sup>191</sup> For å gi grunnlag til å bedømme pasientens tilstand og behov for behandling er det videre et krav at pasienten er blitt tilstrekkelig undersøkt.

Bestemmelsen setter opp et bedringsalternativ og et forverringsalternativ som er tilnærmet lik behandlingvilkåret i § 3-3 nr. 3 bokstav a. Til forskjell fra behandlingvilkåret innebærer derimot bedringsalternativet i § 4-4 et høyere sannsynlighetskrav. Loven har dermed to forskjellige sannsynlighetskrav på selve tvangsinnleggelsen og gjennomføringen av tvangsbehandlingstiltaket. Grunnen til dette er at tvangsbehandlingstiltak må antas å innebære et større inngrep i den enkeltes personlige integritet.<sup>192</sup>

Etter § 4-4 tredje ledd kan undersøkelse og behandling bare gjennomføres uten samtykke når det er forsøkt å oppnå slikt samtykke, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Det må derimot være en forutsetning at pasienten har samtykkekompetanse, se § 1-2. Videre skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten samtykke unntatt der dette åpenbart er umulig.

---

<sup>188</sup> NOU 2011:9 s. 198

<sup>189</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 107

<sup>190</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 160

<sup>191</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 160

<sup>192</sup> NOU 2011:9 s. 46

Hva slags behandling som kan gjennomføres med hjemmel i § 4-4 er, bortsett fra alvorlige inngrep etter annet ledd, ikke videre definert i bestemmelsen. Behandling kan derfor omfatte blant annet samtaleterapi, gruppeterapi og arbeidsterapi.<sup>193</sup> Etter forarbeidene er det i utgangspunktet også tillatt med behandling som tar sikte på å påvirke selvdestruktiv atferd. Slik behandling kan for eksempel være mild tilrettevisning eller leding med hånden.<sup>194</sup>

Noen typer behandlinger krever et visst minimum av samarbeid, eller i alle fall at pasienten ikke yter aktiv motstand.<sup>195</sup> Etter § 4-4 fjerde ledd kan behandlingen bare gjennomføres der behandlingen med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen. Der behandlingen er avhengig av samarbeid for å lykkes, og pasienten utøver motstand, vil ikke kravet om en forventet virkning være oppfylt.<sup>196</sup>

#### **4.6.1 Alvorlige inngrep**

Etter § 4-4 annet ledd kan i utgangspunktet alvorlige inngrep ikke gjennomføres uten pasientens samtykke. Det er derimot gjort to unntak fra regelen. For det første kan pasienter behandles med legemidler. For det andre kan pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse gis ernæring uten samtykke. I forhold til eldre med demens vil det kunne antas at tvangsbehandling med legemidler vil være mest aktuelt.

Behandling med legemidler er regulert i annet ledd bokstav a. I forarbeidene er det uttalt at bruk av psykofarmaka har gjort det mulig å behandle psykose på en bedre måte enn tidligere. Det uttales derimot også at bruken ikke sjeldent vil ha sjenerende bivirkninger og at det derfor må stilles strenge krav til det medisinske skjønn.<sup>197</sup>

---

<sup>193</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 107

<sup>194</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 108

<sup>195</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 107 flg.

<sup>196</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 108

<sup>197</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 160

Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med vanlig brukte doser og med legemidler som er registrert her i landet. Videre kan behandling med legemidler bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

§ 4-4 må også ses i sammenheng med § 4-2. Etter § 4-4 skal de gunstige virkningene av medikamentet holdes opp mot bivirkningene. § 4-2 går lengre enn dette og bestemmer at tiltak bare kan gjennomføres ved tvang der tiltakets gunstige virkning klart oppveier de totale ulempene ved tiltaket. Medikamentets gunstige virkninger skal altså ikke bare holdes opp mot eventuelle bivirkninger, men også mot andre ulemper. Her vil pasientens opplevelse av inngrepet komme inn som en faktor. For noen vil for eksempel tap av selvbestemmelse kunne være særlig traumatiserende. I slike tilfeller må det nødvendigvis mye til for at ulempene skal veies opp av medikamentets gunstige virkninger.<sup>198</sup>

## **4.6.2 Behandling av psykiske lidelser ved demens**

### **4.6.2.1 Medisinsk behandling**

Det foregår en hyppig bruk av psykofarmaka i behandlingen av APSD. Dette skjer på tross av at studier viser begrenset effekt av slik behandling.<sup>199</sup>

Legemidler mot psykiske lidelser går under fellesbetegnelsen psykofarmaka og omfatter antidepressiver, antipsykotika, anxiolytika og hypnotika.<sup>200</sup> I sykehjem brukes psykofarmaka av 59 % av beboerne og blir hovedsaklig brukt for å behandle APSD.<sup>201</sup> Ofte er hensikten ved legemiddelbehandling å roe ned urolige eller aggressive pasienter. At pasienten blir roligere som følge av beroligende legemidler blir ofte tolket slik at pasientens tilstand er blitt bedret.<sup>202</sup>

---

<sup>198</sup> NOU 2011:9 s. 200

<sup>199</sup> Selbæk (2005) s. 1500

<sup>200</sup> Ruths (2005) s. 1672

<sup>201</sup> Ruths (2005) s. 1672

<sup>202</sup> Nygaard (2006), s. 179



Det har vært en generell enighet at antipsykotika har en klar, men begrenset effekt ved behandling av atferdssymptomer.<sup>203</sup> Det har derimot blitt antatt at den utstrakte bruken ikke står i forhold dens dokumenterte effekt.<sup>204</sup> At bruk av legemidler likevel har fått en såpass sentral plass i behandlingen av APSD kan forklares med at de fleste opplever en bedring av atferdssymptomene, selv om forestillingene om hva man kan oppnå er overdrevne.<sup>205</sup>

Slik som for enhver legemiddelbehandling vil det også for psykofarmaka være risiko for bivirkninger. All bruk av psykofarmaka er forbundet med bivirkninger, men det er bruken av antipsykotika som kan utløse de alvorligste. Risikoen for bivirkninger øker med alderen og dersom flere legemidler brukes samtidig.<sup>206</sup> Bivirkninger kan være sedasjon, munntørrehet, dilirium, urinretensjon og ytterligere forverring av kognitive funksjoner.<sup>207</sup> Hos eldre er videre bruk av psykofarmaka forbundet med en økt risiko for å falle.<sup>208</sup> Ettersom fall lettere vil kunne føre til brudd hos eldre vil et fall kunne ha større følger hos eldre enn for yngre pasientgrupper. I tillegg gis psykofarmaka oftest som langtidsbehandling.<sup>209</sup> Bivirkningene kan fremstå som en større ulempe der de vedvarer over en lengre tidsperiode. Ved langtidsbehandling må man derfor være ekstra kritisk i vurderingen av forholdsmessigheten mellom legemidlets gunstige virkninger og bivirkninger.<sup>210</sup>

Ønskede virkninger og bivirkninger kan være ulike grader av samme virkning. Det har derfor vært reist spørsmål om det er mulig å trekke en klar grense mellom legemiddelets gunstige virkninger og dets bivirkninger. Et eksempel kan være økt likegyldighet.<sup>211</sup> Der en pasient for eksempel sliter med sterk uro og angst, kan den ønskede virkningen nettopp være slik likegyldighet. Der likegyldigheten derimot også rammer andre områder enn de som er knyttet til angst, kan den også anses som en bivirkning.

---

<sup>203</sup> Nygaard (2006), s. 179

<sup>204</sup> Selbæk (2005) s. 1501

<sup>205</sup> Nygaard (2006), s. 179

<sup>206</sup> Nygaard (2006), s. 182

<sup>207</sup> Nygaard (2006), s. 180

<sup>208</sup> Nygaard (2006), s. 182

<sup>209</sup> Ruths (2005) s. 1672

<sup>210</sup> NOU 2011:9 s. 114

<sup>211</sup> NOU 2011:9 s. 110

Etter § 4-4 er behandling med legemidler et alvorlig inngrep. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres der legemiddelets gunstige virkning klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Eldre med demens som pasientgruppe har som sagt en høyere risiko for å utvikle bivirkninger.<sup>212</sup> Økt sårbarhet kan føre til at kravet om forholdsmessigheten i § 4-4 vanskeligere kan anses for oppfylt. Det bør derfor utvises stor forsiktighet ved bruk av legemidler mot APSD. Også i forhold til pasienter med demens må det stilles strenge krav til det medisinske skjønn.

Før pasienten eventuelt behandles med psykofarmaka bør det også klarlegges at symptomene ikke skyldes somatiske lidelser. Lette infeksjoner, obstinasjon eller urinretensjon kan utløse og vedlikeholde APSD. Der APSD-symptomene er av mildere grad, bør ikke-medisinsk behandling vurderes først.<sup>213</sup>

I behandlingen av demens finnes det også medisiner som hovedsakelig tar sikte på å forbedre oppmerksomhet, hukommelse og språk.<sup>214</sup> Bruk av slike medisiner vil derimot først og fremst være en behandling av demenssymptomer med kognitive årsaker. Som nevnt er det antatt at symptomer med kognitive årsaker ikke kan tillegges psykotisk betydning.<sup>215</sup> Behandling med slike medisiner vil derfor stort sett ikke være en behandling av alvorlig sinnslidelse. Slike medisiner kan derfor i utgangspunktet ikke gis med tvang med hjemmel i verken psykisk helsevernloven eller pasient- og brukerrettighetsloven.

#### 4.6.2.2 Ikke-medisinsk behandling

På tross av utstrakt bruk av medikamentell behandling av APSD eksisterer det også ikke-medisinske behandlingsmåter. Disse behandlingsmåtene må antas å være mer skånsomme ovenfor pasientene og vil nødvendigvis innebære et mindre element av tvang og integritetskrenkelse.

---

<sup>212</sup> Nygaard (2006), s. 182

<sup>213</sup> Selbæk (2005) s. 1501 flg.

<sup>214</sup> Engedal (2006) s. 142

<sup>215</sup> Nygaard (2006) s. 175

Atferdssymptomer hos demente kan blant annet behandles med musikk. Musikk kan i enkelte tilfeller dempe eller forebygge utagerende atferd knyttet til truende situasjoner. Det kan derfor være praktisk å spille av individualisert musikk i forbindelse med bading eller andre situasjoner hvor pasienten føler seg truet.<sup>216</sup> Videre kan også aromaterapi og lysbehandling representere et alternativ til medisinsk behandling.<sup>217</sup>

Behandling ved bruk av legemidler defineres av loven som et alvorlig inngrep. I forhold til bruk av legemidler representerer ikke-medisinsk behandling seg som et mindre inngripende alternativ. Bruk av musikk, aromaterapi, lysbehandling eller andre alternative behandlingsmåter bør derfor vurderes før behandling ved hjelp av psykofarmaka igangsettes.<sup>218</sup>

Etter § 4-4 femte ledd er det den faglige ansvarlige som fatter vedtak om tvungen behandling. Hvem som er faglig ansvarlig følger av § 1-4, se også kapittel 4.8.

## **4.7 Bruk av tvangsmidler**

Bruk av tvangsmidler reguleres i psykisk helsevernloven § 4-8. Bestemmelsen setter vilkår for anvendelse av tvangsmidler og regulerer hvilke typer tvangsmidler som kan anvendes.

I forhold til eldre med demens vil bruk av tvangsmidler kunne være aktuelt. Det vil kunne være tilfellet ved enkelte atferdssymptomer, for eksempel fysisk aggresjon. Der pasienten opptrer aggressivt vil det kunne oppstå behov for å hindre pasienten i å skade seg selv, andre eller materielle ting.

Tvangsmidler må holdes atskilt fra tvangsbehandling. Der behandling etter § 4-4 er ment å bedre pasientens psykiske tilstand eller hindre en vesentlig forverring av denne tilstanden, har bruk av tvangsmidler etter § 4-8 ingen behandlende effekt. Dette følger også av forarbeidene

---

<sup>216</sup> Nygaard (2006), s. 183

<sup>217</sup> Nygaard (2006), s. 183 flg.

<sup>218</sup> Nygaard (2006), s. 184

hvor det heter at tvangsmidler ikke kan brukes i behandlingsøyemed<sup>219</sup>. I motsetning til § 4-4 kan tvang etter § 4-8 benyttes også av hensyn til andre.

Etter § 4-8 første ledd kan for det første tvangsmidler bare brukes ovenfor pasienten når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre at pasienten skader seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.

Kravet om at tvangsmiddelet skal være uomgjengelig nødvendig er et strengt vilkår. Etter forarbeidene er formålet med bestemmelsen å hjemle tvang i nødrettsligende tilfeller der pasienten har utagerende eller ukontrollert atferd.<sup>220</sup> I forarbeidene understrekes det at det skal foretas en forholdsmessighetsvurdering.<sup>221</sup> Tvangsmidler vil derfor bare være aktuelt der det er snakk om å beskytte personer mot vesentlig skade på legeme, eller å beskytte materielle goder av betydelig verdi.<sup>222</sup>

Etter forarbeidene følger det av bruken av ordene hindre og avverge at tvangsmidler også kan anvendes der det er risiko for fare. Men forarbeidene understreker at det ikke kan legges et føre-var-prinsipp til grunn. Det må foreligge en konkret, objektiv vurdering av situasjonen for å kunne legge til grunn at det foreligger en fare for skade.<sup>223</sup>

Etter § 4-8 første ledd annet punktum er det et krav at lempeligere midler skal ha vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige for at tvangsmidler skal kunne anvendes. Der for eksempel skjerming anvendes for å forebygge aggressiv atferd vil skjerming regnes som et mindre inngripende tiltak enn bruk av tvangsmidler.<sup>224</sup> Bestemmelsens ordlyd tyder på at med lempeligere midler menes andre midler enn tvangsmidler. Det må likevel være på det rene at også det minst inngripende tvangsmiddelet i hvert enkelt tilfelle skal anvendes. Dette bør blant annet være en følge av at tvang skal innskrenke til det strengt nødvendige etter § 4-2.

---

<sup>219</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 163

<sup>220</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 163

<sup>221</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 119

<sup>222</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 120

<sup>223</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 120

<sup>224</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 102

Der det vil være mindre inngripende for en pasient å bruke mekaniske tvangsmidler enn bruk av beroligende legemiddel, skal i utgangspunktet mekaniske tvangsmidler anvendes.

Tvangsmidler kan bare anvendes i institusjon for døgnopphold. Dette følger av bestemmelsens tittel og av forskrift 2011 16. desember nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften). Etter psykisk helsevernforskriften § 24 kan tvangsmidler som nevnt i psykisk helsevernloven § 4-8 kun anvendes i institusjon som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Det følger derimot av annet ledd at også andre institusjoner kan benytte tvangsmidler dersom situasjonen er akutt.

Det følger av § 4-8 fjerde ledd at pasienter som underkastes tvangsmidler skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Etter forarbeidene er det et krav om visuelt tilsyn. Dette innebærer at personalet må holde seg innenfor synsrekkevidde og ikke lenger unna enn at pasienten kan få hjelp straks ved behov.<sup>225</sup> Ved fastspenning i seng eller stol er det videre et krav om at pleiepersonell skal oppholde seg i samme rom som pasienten. Enkelte pasienter vil derimot kunne finne dette belastende, og det er derfor gitt et unntak der pasienten motsetter seg dette. Det vil uansett fremdeles være et krav om kontinuerlig tilsyn.<sup>226</sup>

Hva som kan anvendes som tvangsmidler er angitt i § 4-8 annet ledd bokstav a til d. Listen er uttømmende.<sup>227</sup> Dette står i motsetning til tvangsbehandling etter § 4-4 som i utgangspunktet bare er avgrenset i forhold til alvorlige inngrep.

For det første kan mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær anvendes. Også sengehest må kunne anvendes som mekanisk tvangsmiddel.

Bokstav b hjemler kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede. Isolasjon etter bokstav b kan føles som et meget alvorlig inngrep, og vil være mer inngripende

---

<sup>225</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 121

<sup>226</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 163

<sup>227</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 163

enn skjerming etter § 4-3 som bare kan gjennomføres med ulåst dør. Isolasjon kan derfor kun anvendes som en ren nødforanstaltning, der hvor situasjonen ikke kan kontrolleres på annen hensiktsmessig måte.<sup>228</sup> At også anbringelse bak stengt dør omfattes av bestemmelsen innebærer at det også må treffes vedtak i akutte situasjoner hvor døren blir holdt lukket med fysisk makt.<sup>229</sup> Etter forarbeidene vil det ikke være anledning til nattavlåsning av rom.<sup>230</sup> Dette stemmer forøvrig overens med synspunktet om at isolering bare skal anvendes i nødrettslige tilfeller.

Etter bokstav c kan enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler tas i bruk i beroligende eller bedøvende hensikt. Etter forarbeidene kan legemidler brukes til å roe ned svært urolige pasienter i akutte krisesituasjoner. Valg av medikament, samt dosering må skje ut fra formålet å dempe akutt uro. Bruk av langtidsvirkende legemidler er derfor ikke tillatt. Det understrekes allikevel i forarbeidene at man må kunne ta preparatets gunstige virkning i betraktning. Det må derfor godtas at det tar noe tid før preparatet virkning opphører helt.<sup>231</sup>

Dersom legemidler blir gitt for å behandle den psykiske lidelsen er det § 4-4 annet ledd bokstav a som skal anvendes. Grensen mellom bruk av legemidler som tvangsbehandling og tvangsmiddel må derimot antas å kunne være flytende. Dersom pasienten har hatt flere enkelt episoder med aggresjon, kan det for eksempel virke mer nærliggende å gi langtidsvirkende medisin som en del av behandling av APSD isteden for å anvende legemidler som tvangsmiddel etter § 4-8. Grensen mellom tvangsbehandling og tvangsmiddel blir ekstra viktig der tvangen begrunnes i hensyn til andre enn pasienten selv. Som sagt kan ikke tvangsbehandling etter § 4-4 gjennomføres av hensyn til andre eller av hensyn til materielle ting. I slike tilfeller vil det bare være anledning til å ta i bruk korttidsvirkende legemidler og bare i enkeltstående konkrete tilfeller.

Til slutt hjemler bokstav d kortvarig fastholding. Slik fastholding omfatter en rekke ulike situasjoner. Eksempler fra forarbeidene er håndledning inn på pasientrommet, fastholding av pasi-

---

<sup>228</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 120

<sup>229</sup> Syse (2007) s. 134 flg.

<sup>230</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 121

<sup>231</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 120

entens hender, fastholding for å trygge og trøste og fysisk inngripende fastholding for å hindre skade på pasienten selv eller andre. Enhver holding skal derimot ikke regnes som tvangsmiddel. I noen situasjoner vil holding kunne være en naturlig del av omsorgen for pasienten. Motstand og grad av inngripen vil derimot kunne gi tiltaket et større preg av tvang.<sup>232</sup>

Det er den faglige ansvarlige som fatter vedtak om bruk av tvangsmiddel. Hvem som er faglig ansvarlig følger av psykisk helsevernloven § 1-4, se også kapittel 4.8.

## **4.8 Hvem kan fatte vedtak etter psykisk helsevernloven?**

Det er den faglige ansvarlige som fatter vedtak etter psykisk helsevernloven. Faglig ansvarlig skal etter psykisk helsevernloven § 1-4 være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning. Bestemmelsen er ment som en lovfesting av kvalifikasjonskrav for de som skal ha kompetanse til å fatte inngripende tvangsvedtak.<sup>233</sup>

I visse tilfeller må derimot vedtak fattes av lege. Spesielle hensyn gjør seg for eksempel gjeldende ved bruk av legemidler. Der legemidler brukes i tvungen behandling eller som tvangsmiddel er det et krav at vedtaket fattes av lege. Dette følger av psykisk helsevernloven § 5 fjerde ledd som bestemmer at psykolog ikke kan ha det faglige ansvaret for vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 annet ledd bokstav a og etter § 4-8 annet ledd bokstav c. Tilsvarende krav følger også av psykisk helsevernloven § 27 første ledd annet punktum og annet ledd.

For vedtak om bruk av tvangsmidler er det i psykisk helsevernloven § 25 gjort ett unntak fra at det kun er faglig ansvarlig som fatter vedtak. I forarbeidene er det uttalt at det vil virke mot sin hensikt om det kun er faglig ansvarlig som kan fatte vedtak i akutte situasjoner, når det finnes kvalifisert lege eller psykolog til stede.<sup>234</sup> Etter psykisk helsevernloven § 25 annet ledd kan derfor ansvarshavende ved avdelingen fatte vedtak isteden, dersom det har

---

<sup>232</sup> Ot.prp.nr 65 (2005-2006) s. 79

<sup>233</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 54

<sup>234</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 81

oppstått en akutt nødssituasjon som gjør umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke mulig. Ansvarshavende ved avdelingen kan derimot kun fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding.

Kravene etter § 1-4 kommer i tillegg til de generelle kravene i helsepersonelloven § 4 og § 16, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Kravet til faglig forsvarlighet kan innebære at det kreves at den faglige ansvarlige er lege også i andre tilfeller.<sup>235</sup>

## **4.9 Klage, kontroll og overprøving**

De fleste tiltak etter psykisk helsevernloven kan påklages av pasienten selv, samt pasientens nærmeste pårørende. Hvem som er pasientens nærmeste pårørende følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

Visse tiltak kan kun påklages til fylkesmannen. Eksempel på tiltak som bare kan påklages til fylkesmannen er vedtak om tvungen undersøkelse etter psykisk helsevernloven § 3-1, se bestemmelsens tredje ledd. Også tvungen behandling etter § 4-4 kan kun påklages til fylkesmannen, se bestemmelsens syvende ledd.

Etter § 6-1 skal det være en kontrollkommisjon som skal treffe avgjørelser som særlig er tilagt den. Dette gjelder blant annet klage på vedtak om tvungent psykisk helsevern, klage på vedtak om skjerming og klage på vedtak om bruk av tvangsmidler, se § 3-3 tredje ledd, § 4-3 tredje ledd og § 4-8 femte ledd.

Kontrollkommisjonen skal videre etter § 6-1 annet ledd føre den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd. I forarbeidene er det uttalt at dette vil være en sekundær oppgave i forhold til kontrollkommisjonens oppgaver etter første ledd.<sup>236</sup>

---

<sup>235</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 54

<sup>236</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 133



I § 6-4 er det fastsatt særlige saksbehandlingsregler. Etter bestemmelsens annet ledd skal kontrollkommissjonen blant annet sørge for at saken blir best mulig opplyst. Etter femte ledd kan kontrollkommissjonen prøve alle sider av saken.

Etter psykisk helsevernloven § 3-8 skal kontrollkommissjonen etterprøve visse vedtak uavhengig av om det er fremsatt klage. Når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal kontrollkommissjonen etter § 3-8 første ledd forsikre seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt, samt at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene i § 3-2 eller § 3-3. Dersom det ikke klages over etablering av tvungent psykisk helsevern skal kontrollkommissjonen uansett etter § 3-8 annet ledd vurdere om det er behov for tvungent vern når det har gått tre måneder siden vedtaket ble fattet.

Kontrollkommissjonens vedtak i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern kan etter psykisk helsevernloven § 7-1 bringes inn for retten etter tvisteloven kapittel 36.

Søksmålsgjenstanden vil være kontrollkommissjonens vedtak i klagesak.<sup>237</sup> De viktigste forskjellene fra ordinær saksbehandling er regler om særlig rask avgjørelse etter tvisteloven § 36-5 første og annet ledd, at retten prøver alle sider av saken etter § 36-5 tredje ledd og at staten bærer alle kostnader ved saken etter § 36-8.<sup>238</sup> Etter § 36-1 annet ledd er det videre et krav at vedtaket er aktuelt. Vedtak om tvang som har opphørt kan derfor ikke bringes inn for retten etter de særlige reglene i tvisteloven kapittel 36.

## 5 Oppsummering

Både pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven kan hjemle tvang ovenfor eldre med demens. Begge lovene gir adgang til å gjennomføre tiltak uten at det foreligger gyldig samtykke, enten fordi pasienten ikke har samtykkekompetanse eller fordi pasienten motsetter seg tiltaket.

---

<sup>237</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 166

<sup>238</sup> Ot.prp. nr 11 (1998-1999) s. 138

Der pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen kan somatisk helsehjelp gjennomføres ved tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Der pasienten har en alvorlig sinnslidelse og enten mangler samtykkekompetanse eller motsetter seg helsehjelpen kan psykisk helsevern gjennomføres med tvang etter psykisk helsevernloven. Det må kunne antas at personer med demens etter en konkret vurdering vil kunne kvalifisere til psykisk helsevernlovens krav om alvorlig sinnslidelse.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 kan helsehjelp gjennomføres ved tvang der en unnløtelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten. Etter psykisk helsevernloven vil det derimot også være adgang til å benytte tvang av hensyn til andre enn pasienten selv. Dette gjelder både i forhold til etablering av tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 og i forhold til anvendelse av tvangsmidler etter § 4-8. Dette er en viktig forskjell fra reglene i pasient- og brukerrettighetsloven som bare kan anvendes av hensyn til pasienten selv. Sammenfallende for begge lover er derimot at det skal foretas en helhetsvurdering til slutt.

Verken pasient- og brukerrettighetsloven eller psykisk helsevernloven gir en uttømmende regulering av hva slags tiltak som kan gjennomføres ved tvang. Begge lovene skiller derimot mellom ”vanlige” tiltak og alvorlige tiltak. Hva som regnes som alvorlige tiltak vil stort sett være sammenfallende for begge lovene. For eksempel vil bruk av legemidler være alvorlige inngrep etter både pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 kan i utgangspunktet alvorlige tiltak gjennomføres uten samtykke. Etter psykisk helsevernloven § 4-4 er hovedregelen derimot at alvorlige inngrep ikke kan gjennomføres uten pasientens samtykke. Legemidler kan likevel gis etter unntaksregelen i bestemmelsens annet ledd bokstav a.

Både pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven gir adgang til innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon, se pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 og psykisk helsevernloven § 3-5. Med unntak for vedtak som innebærer innleggelse og tilbakeholdelse er det i utgangspunktet ikke noe krav etter pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten befinner seg i institusjon. Etter psykisk helsevernloven kan tvungent psykisk helsevern etableres både med og uten døgnopphold. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan derimot bare omfatte pålegg om fremmøte til undersøkelse og behandling. I forhold til pasient- og brukerrettig-

hetsloven innebærer psykisk helsevernloven dermed en innskrenkning i muligheten til å gjennomføre helsehjelp utenfor institusjon. Særlig i forhold til eldre med demens bør det vurderes om adgangen til å gi psykisk helsevern utenfor institusjon er for snever.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-5 vil det være det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen som skal fatte vedtak. Det følger av forarbeidene at dette som oftest vil være leger eller tannleger, men at også andre kan ha kompetanse til å fatte vedtak om tvang.<sup>239</sup> Etter psykisk helsevernloven § 1-4 er vedtakskompetansen lagt til den faglig ansvarlige. Den faglig ansvarlige for vedtak etter psykisk helsevernloven skal enten være lege med relevant spesialist godkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning. I forarbeidene er det uttalt at det blir ansett som en rettssikkerhetsgaranti at den som treffer vedtak har særskilt kompetanse til å vurdere behovet for tvang slik at unødvendig tvang unngås.<sup>240</sup> Særlig i forhold til tvangsmedisinering kan det hevdes at tilsvarende hensyn også burde gjelde for pasient- og brukerrettighetsloven.

For vedtak om psykisk helsevern er det opprettet en kontrollkommisjon, se psykisk helsevernloven § 6-1. En slik kommisjon representerer en ytterligere rettssikkerhet for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. Noen tilsvarende kommisjon er ikke etablert for pasienter under pasient- og brukerrettighetsloven. I forhold til pasient- og brukerrettighetsloven er det uttalt i forarbeidene at hensynet til rettssikkerhet må avveies mot hensynet til i hvilken grad ressurser blir vridd bort fra medisinsk behandling og omsorg og over til saksbehandling.<sup>241</sup> Det er derimot vanskelig å se at dette bør gi et annet resultat i forhold til pasienter under pasient- og brukerrettighetsloven enn i forhold til pasienter under psykisk helsevernloven.

Reglene etter pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven er i noen grad sammenfallende. Til en viss grad gir derimot reglene i psykisk helsevernloven en større rettssikkerhetsgaranti for pasienter underlagt tvungent vern. Samtidig er adgangen til å anvende tvang større. Dette er blant annet en følge av at det etter psykisk helsevernloven også er adgang til å anvende tvang av hensyn til andre enn pasienten selv.

---

<sup>239</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 52

<sup>240</sup> Ot.prp. nr 65 (2005-2006) s. 54

<sup>241</sup> Ot.prp. nr 64 (2005-2006) s. 26 flg.

Anvendelsen av psykisk helsevernloven er videre i liten grad tilpasset pasienter med demens. Denne pasientgruppens særegenhet tilsier et mer tilpasset regelverk. Det burde for eksempel være et spørsmål om pasient- og brukerrettighetsloven burde åpne opp for å behandle psykiske lidelser som ikke er alvorlig sinnslidelse, også der pasienten yter motstand. Det vil kunne være uheldig at denne pasientgruppen nødvendigvis ikke vil kunne motta nødvendig helsehjelp. Dette gjelder særlig av hensyn til at demens må antas å ligge i randsonen for psykosebegrepet.<sup>242</sup> Som drøftet av utvalget i NOU 2011:9 vil det videre kunne være behov for å bygge ut adgangen til å gi tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Spesielt pasienter med demens vil kunne ha behov for at undersøkelse og behandling av psykisk lidelse kan skje ved tvang ved kommunale sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.<sup>243</sup>

---

<sup>242</sup> NOU 2011:9 s. 185

<sup>243</sup> NOU 2011:9 s. 19





## 6 Litteraturliste

### 6.1 Litteratur

A. Nygaard, Harald. *Atferdsmessige, psykologiske og psykiatriske symptomer (APSD) hos personer med demens*. I: Aldring og hjernesykdommer. Engedal, Knut og Torgeir Bruun Wyller (red.). 1. utg. Oslo, 2006, s. 171-185.

Engedal, Knut. *Demens og demenssykdommer*. I: Aldring og hjernesykdommer. Engedal, Knut og Torgeir Bruun Wyller (red.). 1. utg. Oslo, 2006, s. 125-149.

Helsedirektoratet. *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. IS-10. Rundskriv. Oslo, 2008.

Heningstad, Siv og Halldor Hustadnes. *Demens - Den nye folkesykdommen*. 1.utg. Oslo, 2013.

Kjønstad, Asbjørn. *Helserett*. 2. utg. Oslo, 2007.

Ruths, Sabine og Jørund Straand. *Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering?* I: Tidsskrift for Den norske legeförening. Årg. 125 (2005), s. 1672-1675 (sitert fra tidsskriftet.no).

Selbæk, Geir. *Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens*. I: Tidsskrift for Den norske legeförening. Årg. 125 (2005), s. 1500-1502 (sitert fra tidsskriftet.no).

Selbæk, Geir. *Demens – behov for et kvalitetsløft*. I: Tidsskrift for Den norske legeförening. Årg. 126 (2006), s. 1892 (sitert fra tidsskriftet.no).

Selbæk, Geir. *Demens er mer enn kognitiv svikt*. I: Utposten. Årg. 39 (2010), s. 7-1 (sitert fra Utposten-stiftelsen.no).

Kunnskapsforlaget. *Store medisinske leksikon*. 2. utg. 3. bind. Oslo, 2007.





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

Syse, Aslak. *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. 3. utg. Oslo, 2009.

Årslund, Dag, Uwe Ehrt og Ulrik Fredrik Malt. *Alderspsykiatri*. I: Lærebok i psykiatri. Malt, Ulrik Fredrik, Ole A. Andreassen, Ingrid Melle og Dag Årslund (red.). 3. utg. Oslo, 2012, s. 723-756.

## 6.2 Lover

1902 Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven) 22. mai nr. 10

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

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen vedtatt 4. november 1950

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

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

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

2000 Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 14. april nr. 31

2005 Lov om mekling og rettergang i sivile saker (tvisteloven) av 17. juni nr. 90

2010 Lov om vergemål (vergemålsloven) av 26. mars nr. 9

## 6.3 Forarbeider

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

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



Ot.prp.nr 64 (2005-2006)	Om lov om endringer i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utansamtykkekompetanse)
Ot.prp.nr 65 (2005-2006)	Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.
Prop. 90 L (2012-2013)	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)
NOU 2011:9	Økt selvbestemmelse og sikkerhet
NOU 2011:11	Innovasjon i omsorg
St.meld. nr 28 (1999-00)	Innhald og kvalitet i omsorgstenestene

## 6.4 Forskrifter

FOR-2011-12-16-1258	Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)
---------------------	---

## 6.5 Rettspraksis

Rt 1987 1495  
Rt 1988 634  
Rt 2001 752  
Rt 2010 612