

TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

Rettsikkerhet og menneskerettigheter ved bruk av tvang
i det psykiske helsevern

Kandidatnummer: 632

Leveringsfrist: 25.11.2014 kl.12:00

Antall ord: 17689

INNHOLDSFORTEGNELSE

- 1 **INNLEDNING**
 - 1.1 Disposisjon og avgrensning
 - 1.2 Problemstilling
 - 1.3 Definisjoner
 - 1.3.1 Tvungent psykisk helsevern
 - 1.3.2 Rettsikkerhet
 - 1.3.3 Menneskerettigheter

- 2 **HISTORISK OVERSIKT**
 - 2.1 Tvungent psykisk helsevern
 - 2.1.1 Før loven av 1961
 - 2.1.2 Lovreform i 1961
 - 2.1.3 Lovendringene i 1999
 - 2.2 Internasjonale menneskerettigheter

- 3 **TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN**
 - 3.1 Etablering av tvungent psykisk helsevern
 - 3.1.1 Legeundersøkelse
 - 3.1.2 Vedtak om tvungent psykisk helsevern
 - 3.1.2.1 Materielle vilkår ved etablering av tvungent psykisk helsevern
 - 3.1.2.2 Prosessuelle krav ved etablering av tvungent psykisk helsevern
 - 3.2 Gjennomføring av tvungent psykisk helsevern

- 4 **RETTSSIKKERHET VED BRUK AV TVANG**
 - 4.1 Straffelovens forbud mot tvang
 - 4.2 Kontroll- og overprøveordninger
 - 4.2.1 Kontrollkommisjon
 - 4.2.2 Fylkesmannen
 - 4.2.3 Pasient- og brukerombud og Sivilombudsmannen
 - 4.2.4 Domstolskontroll

- 5 **GRUNNLOVEN OG INTERNASJONALE MENNESKERETTIGHETS-**

INSTRUMENTER

- 5.1 Grunnloven
- 5.2 Internasjonale menneskerettighetsinstrumenter
 - 5.2.1 Bindende folkerettslige instrumenter
 - 5.2.1.1 Den europeiske menneskerettighetskonvensjon
 - 5.2.1.2 FN konvensjon om sivile og politiske rettigheter
 - 5.2.1.3 Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin
 - 5.2.1.4 FN-konvensjonen av om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne
 - 5.2.2 Ikke bindende folkerettslige instrumenter
 - 5.2.2.1 Rekommandasjon fra Europarådets parlamentarikerforsamling nr. 1235 (1994)
 - 5.2.2.2 Europarådets rekommandasjon 2004 (10) og 2009 (3) om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykiske lidelser
 - 5.2.2.3 FNs prinsipper for beskyttelse av sinnslidende og forbedring av det psykiske helsevern, jf. resolusjon av 17. Desember 1991
 - 5.2.2.4 WHO's hovedprinsipper for lovgivning om psykisk helsevern
 - 5.2.2.5 Europarådets torturforebyggelseskonvensjon
 - 5.2.2.6 FN torturkonvensjonen

6 DRØFTELSE

- 6.1 Rettssikkerhet ved bruk av tvang i det psykiske helsevern
 - 6.1.1 Legalitetsprinsippet
 - 6.1.2 Legalitetsprinsippet
 - 6.1.3 Forholdsmessighetsprinsippet
 - 6.1.4 Kontroll- og overprøveordninger
 - 6.1.4.1 Kontrollkommisjonen
 - 6.1.4.2 Fylkesmannen
 - 6.1.4.3 Helsetilsynet i fylket
 - 6.1.4.4 Domstolskontrollen
- 6.2 Hvor viktig vedtakelsen av menneskerettighetskatalogen i Grunnloven er i forhold til menneskerettigheter?
- 6.3 Menneskerettigheter ved tvangsbruk i det psykiske helsevern
 - 6.3.1 EMK

- 6.3.2 EMD
- 6.3.3 Paternalisme
- 6.3.4 Menneskerettigheter i praksis
 - 6.3.4.1 Høyesterettsavgjørelser
 - 6.3.4.1.1 Rt. 1988 s. 634
 - 6.3.4.1.2 Rt. 1993 s. 249
 - 6.3.4.1.3 Rt. 2001 s. 752
 - 6.3.4.1.4 Rt. 2001 s. 1481
 - 6.3.4.2 Tingrettsavgjørelse
 - 6.3.4.2.1 TOSLO-2006-143112
 - 6.3.4.3 Avgjørelser av Den europeiske menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg
 - 6.3.4.3.1 Winterwerp mot Nederland
 - 6.3.4.3.2 Herczegfalvy mot Østerrike
 - 6.3.4.3.3 H.L. mot Storbritannia
 - 6.3.4.3.4 Gajcsi mot Ungarn
- 6.3.5 Omfang av tvangsbruk i det psykiske helsevern

7 AVSLUTNING

INNLEDNING

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) er den viktigste tvangsloven på helserettens område. Mange av bestemmelsene regulerer bruk av tvang. Adgangen til tvangsinngrep er dels begrunnet i hensynet til pasienten selv og dels i hensynet til omgivelsene. Tvangsbruk er et svært alvorlig inngrep i enkeltmenneskers liv og selvbestemmelsesrett.

Psykisk helsevernloven med tilhørende forskrifter trådte i kraft 1. januar 2001.

[Forskrift 16. desember 2011 nr. 1258](#) om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften) trådte i kraft 1. januar 2012. Psykisk-helsevernloven og forskriften skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Dette søkes oppnådd ved at bestemmelsene setter vilkår for særlige tiltak, og ved regler om saksbehandling og kontroll. Videre skal reglene sikre at man ved iverksettelse av tiltak tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet, slik at tiltakene ikke brukes i større grad eller gis et større omfang enn nødvendig.

1.1 Disposisjon og avgrensning

Tema for oppgaven er rettssikkerhet og menneskerettigheter ved bruk av tvang i det psykiske helsevern.

I oppgavens kapittel 1 er det gitt viktige definisjoner som har betydning for videre redegjørelser og drøftelser om tvungent psykisk helsevern. Definisjoner av rettssikkerhet, menneskerettigheter og psykisk helsevern er foretatt i kapittel 1 pkt.

1.3.

Opgaven inneholder videre et historisk kapittel (kapittel 2) vedrørende menneskerettigheter og psykisk helsevern.

De tre neste kapitlene vil jeg ta for meg utvalgte bestemmelser fra psykisk helsevernloven (kapittel 3), rettssikkerhet ved bruk av tvang (kapittel 4) og

menneskerettighetene og tvangsbruk (kapittel 5). Kapittel 3 vil først gis et rettslig utgangspunkt, altså en oversikt over gjeldende rett om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern, herunder vedtak om tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-3. Videre i dette kapitlet skriver jeg bare om tvangsbehandling i psykisk helsevernlovens kapittel 4 om gjennomføring av psykisk helsevern, men ikke om ytterligere tvangstiltak. Deretter følger kapittel 4 i oppgaven om rettssikkerhet som er knyttet til krav om at enkeltindividet skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, samt ha mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser. Hovedvekten er lagt på etablering av tvungent psykisk helsevern og temaene selvbestemmelse og rettssikkerhet, som er meget sentrale i denne forbindelsen. Kapittel 5 omhandler videre Grunnlovens nye bestemmelser om menneskerettigheter. Det redegjøres i det samme kapitlet for viktige folkerettslige tekster og traktater av betydning for regulering av det psykiske helsevern. Kapittel 5 handler videre om menneskerettigheter i praksis, hvor jeg tar for meg høyesterettsavgjørelser, tingrettsavgjørelse og avgjørelser i Europarådets menneskerettighetsdomstol (EMD).

Kapittel 6 vil det drøfte om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper i henhold til loven. Det diskuteres også om hvor viktig endringene i Grunnloven er i forhold til menneskerettigheter, og det diskuteres videre om menneskerettigheter ved bruk av tvang i det psykiske helsevern.

Kapittel 7 skrives det en kort avslutning om oppgavens tema.

1.2 Problemstilling

Tvungent psykisk helsevern er begrunnet i hensynet til å ivareta behovene til personer som helt eller delvis mangler evnen til å ivareta egne interesser, og av hensyn til samfunnet, for eksempel beskyttelse mot personer som kan representere fare. Vernet mot overgrep og vilkårlighet er ikke et vern mot inngrep i seg selv. Inngrep i enkeltpersoners rettssfære kan ha legitime begrunnelser, og er i mange tilfeller til og med nødvendig i et demokratisk samfunn. Den interessen som vernes, er at inngrepet skjer innenfor de rettslige rammene for inngrepet, som altså er bestemt gjennom demokratiske prosesser. Psykisk helsevernloven kan i slike situasjoner gi grunnlag for

svært inngripende tiltak. Hensynet til rettssikkerhet står dermed sentralt. Rettssikkerhet er et hovedelement i ivaretagelsen av enkeltindividets menneskerettigheter, og på mange måter en menneskerett i seg selv.

Respekten for menneskers selvbestemmelse, personlig frihet og integritet er grunnleggende prinsipper innen psykisk helsevern. Problemstillingene rundt disse grunnleggende prinsippene i forhold til menneskerettigheter vil bli vektlagt i oppgaven.

1.3 Definisjoner

1.3.1 Tvungent psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven § 1-2 inneholder en nærmere definisjon av psykisk helsevern, jf. første ledd. Psykisk helsevern er definert i den forannevnte bestemmelsen som spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever. Med dette avgrenses lovens virkeområde mot spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av somatiske lidelser og tilstander.

Psykisk helsevern er videre ifølge bestemmelsen avgrenset til å gjelde den undersøkelse og behandling som skjer innen ”spesialisthelsetjenesten”. Dette innebærer at loven ikke gjelder for den helsehjelpen som ytes til mennesker med psykisk lidelse eller psykiske plager innenfor rammene av lov 24. juni 2011 nr. 30 om helse- og omsorgstjenester m.m. Selv om psykisk helsevernloven ikke direkte regulerer helse- og omsorgstjenestens virksomhet, er kommunelegen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten tillagt funksjon som offentlig myndighet etter psykisk helsevernloven § 1-3. Offentlig myndighet har varslingsplikt etter lovens § 3-6, og kan påklage vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 når den selv har begjært pasienten innlagt. Videre kan kommunelegen treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse etter lovens § 3-1.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, jf. psykisk helsevernloven § 1-2 tredje ledd. Tvungent psykisk helsevern kan bare gis for visse typer psykiske lidelser

generelt beskrevet som ”alvorlig sinnslidelse” i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3.

Tvungent psykisk helsevern kan danne grunnlag for inngripende tiltak under gjennomføringen av vernet i form av behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4.

1.3.2 Rettssikkerhet

Rettssikkerhet¹ betyr at det skal eksistere normer som regulerer forholdet mellom private parter og det offentlige. Rettssikkerhet er et sentralt hensyn som reflekteres i mange deler av norsk lovgivning, og særlig der det er snakk om inngrep mot en persons vilje.

Som ideal innebærer rettssikkerheten at avgjørelser skal bygge på regler, ikke på makt eller på beslutningstakerens eget forgodtbefinnende. Rettssikkerhetskravene innebærer at avgjørelser må være i samsvar med gjeldende regler.²

1.3.3 Menneskerettigheter

Menneskerettigheter beskytter alle individer som er underlagt statens myndighet og gjelder forholdet mellom stat og individ. Alle mennesker beskyttes uansett kjønn, etnisitet eller alder. Menneskerettighetene beskytter ofte mindretallet mot flertallet, de mistilpassede mot de veltilpassede, og de svake mot de mektige. Det er her testen bør stå, og ikke ut fra mer pragmatiske nyttebetraktninger for fellesskapet.³

De fleste menneskerettighetskonvensjoner sikrer menneskerettighetene for alle mennesker innenfor statens jurisdiksjon. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) beskytter i tillegg juridiske personers grunnleggende rettigheter. Det vesentlige i den rettslige beskyttelse av menneskerettighetene er at de folkerettslige konvensjonene stiller krav til statenes nasjonale gjennomføring. Dette henger sammen med at de internasjonale organer som

1 Ohnstad Bente (2011). VELFERD, RETTSSIKKERHET OG PERSONVERN. Bergen: Fagbokforlaget s.27

2 Ibid s. 27

3 Høstmælingen Njål (2010). Hva er MENNESKERETTIGHETER 2. utgave. Universitetsforlaget s. 29

fører tilsyn med at konvensjonene etterleves, har utviklet en rikholdig praksis, til dels om detaljspørsmål. Denne praksis er under kontinuerlig utvikling. Konvensjonenes krav til nasjonal gjennomføring er derfor ikke fastlagt en gang for alle, men beror på de rettskilder som foreligger til enhver tid.⁴

2 HISTORISK OVERSIKT

Dette kapitlet inneholder først en kort historisk oversikt over lover som har ledet fram til dagens psykisk helsevernlov. Deretter følger det en kort historisk redegjørelse om utvikling av de internasjonale menneskerettighetene.

2.1 Psykisk helsevern

2.1.1 Sinnssykeloven av 1848

Sinnssykeloven ble utarbeidet og vedtatt midt på 1800 tallet. Dette var en tid med store sosiale og økonomiske omveltninger i Norge.

Lov av 17. august 1848 om Sindsyges Behandling og Forpleining, er på grunn av sine moderne og humane prinsipper en viktig merkestein i norsk sosialhistorie. Det fremgår av forarbeidene at loven bygget på et utkast fra legen Hermann Wedel Major, og har i mange sentrale trekk også påvirket lov om psykisk helsevern av 1961.⁵

Denne loven kom som et resultat av Frederik Holsts reformarbeid på 1820-tallet og Herman Wedel Majors energiske engasjement i 1840-årene med støtte fra statsråd Frederik Stang. Loven ga til kjenne større statlig ansvar for de sinnssyke og ønske om å begrense det kommunale fattigvesens rolle. For Major var det ikke minst viktig å få privatpleien under offentlig kontroll.⁶

Sinnssykeloven av 1848 omfattet opprettelse og beskyttelse av sinnssykeasyler, innlegging og utskrivning, privatpleie, behandling, klassifikasjon og sysselsetting og omtalte begrensning av tvangsmidler og kravet om at asylet skulle ledes av en spesielt autorisert lege som bodde i eller nær asylet, og som igjen ble kontrollert av en egen

4 Møse Erik (2002). Menneskerettigheter. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag s. 26

5 Ot.prp. nr.11 (1998-1999) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven) s. 20

6 Kringlen, E. (2007). Norsk psykiatri gjennom tidene. Damm. s. 58

kontrollkommisjon. Bare asyллеger kunne bestemme hvem som skulle legges inn i asylet.⁷

Forarbeidene⁸ til den gjeldende psykisk helsevernloven viser videre at kravet om human behandling av de sinnslidende ble fastslått i sinnssyksloven § 4. Det skulle dras omsorg for at pasientene kunne føre "selskabelig samliv" og at de kunne sysselsettes. Isolasjon og bruk av mekaniske tvangsmidler måtte bare anvendes i kortere tid og når de sykes tilstand gjorde det uunngåelig nødvendig. Legemlig refselse var strengt forbudt. I hvert sinnssykeasyl skulle det blant annet føres en behandlingsprotokoll som skulle framlegges for kontrollkommisjonen. I denne protokollen skulle bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler nedtegnes, samt grunnen til anvendelsen av slike tiltak. Også pasientenes beskjeftigelse skulle nedtegnes.

Med sinnssykeloven av 1848 fikk psykiatrien et juridisk grunnlag som også åpnet for reising av nye asyler. Selv om Norge var sent ute med sin asylbygging sammenlignet med andre europeiske land, var vårt land tidlig ute på det lovmessige området.⁹

2.1.2 Lovreform i 1961

Fra 1935 ble det ved egen lov gitt mulighet for frivillige innleggelsene i asylene. I tillegg ble det gitt særlover om farlige sinnslidende i 1898 og 1927. Sinnssykeloven av 1848 og de forannevnte lovene ble opphevet, da lov om psykisk helsevern trådte i kraft i 1961.¹⁰

Det fremgår i forarbeidene¹¹ til den gjeldende loven at lov om psykisk helsevern av 1961 var forberedt av "komiteen til revisjon av sinnssykelovgivningene," som avga innstilling i 1955. Innstillingen inneholder et utkast til lov om psykiatrisk omsorg med

7 Kringlen, E. (2007) s. 58

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

9 Kringlen, E. (2007) s. 60

10 Kjønstad A. og Syse Aslak (2008). Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 447

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

motiver.

Komiteen¹² av 1951 brukte uttrykket psykiatrisk omsorg som en samlende betegnelse for den undersøkelse, behandling og pleie som noen trenger på grunn av en sykelig sinnstilstand. Målet for reformene skulle være å legge forhold til rette slik at man hadde sikkerhet for at de syke levde og arbeidet under slike vilkår at omsorgen kunne oppfylle sin hensikt, nemlig å være en virkelig effektiv form for behandling. Men betingelsen for dette var at bare de som passet for det, skulle anbringes under omsorg utenfor sinnssykehus, og dette kunne bare oppnås ved en betydelig økning av plassene i sinnssykehusene, slik at man slapp å skrive ut behandlingstrengende pasienter til omsorg utenfor sykehus for å skaffe plass til nye. Videre fremholdt komiteen at privatpleie og pleiehjem direkte underlagt et sinnssykehus var å foretrekke. Komiteen foreslo også at alle pasienter i privat pleie og pleiehjem utenfor sinnssykehusenes kontroll først ble innlagt i en psykiatrisk institusjon før de ble anbrakt i pleie, og at alle skulle komme under offentlig forpleining.¹³

Lov om psykisk helsevern av 1961 var altså i prinsippet ikke ulik den eldre loven av 1848. Tvang ble definert som tiltak uten den sykes eget samtykke. Tvangsinnleggelse av alvorlig sinnslidende personer på ubestemt tid (§5) skulle gjelde som før.

Kontrollkommisjonene ble opprettholdt, og dessuten fikk man reisende kontrollkommisjoner som skulle overvåke omsorgen utenfor asyl, altså i første rekke privatpleien. Kontrollkommisjonene skulle se til de psykiatriske sykehjemmene en gang i kvartalet og de private forpleiningsstedene en gang i halvåret.

Fylkeskommunene ble pålagt ansvaret for utbygging av psykiatriske institusjoner.¹⁴

Loven av 1961 fikk også en ny paragraf 3 som het observasjonsparagrafen og som gikk ut på at tvangsinnleggelse var tillatt i inntil tre uker. I praksis var den tiltenkt pasienter med selvmordstendenser og akutte tilfeller der man var i tvil om pasientens

12 INNSTILLING FRA KOMITÉEN TIL REVISJON AV SINNNSSYKELOVGIVNINGEN avgitt 31.mai 1955. Komiteen oppnevnt ved kgl. Resolusjon av 2. mars 1951

13 Kringlen, E. (2007) s. 295

14 Kringlen, E. (2007) s. 295-296

sinnstilstand.¹⁵

2.1.3 Den nye psykisk helsevernloven av 1999

Lovreformen i 1961 tilsiktet både en modernisering av lovgivningen og en ansvarsreform. Det psykisk helsevernet ble tillagt spesialisthelsetjenestenes ansvarsområde, både faglig, administrativt og økonomisk.¹⁶ Ot.prp. nr. 11 (1998–99) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven) ble fremlagt for Stortinget i 1999 sammen med forslag til lover om spesialisthelsetjenesten, helsepersonell og pasientrettigheter, jf. Innst. O. nr.73 (1998 – 99). Lovene trådte i kraft 1.1.2001. Da den nye psykisk helsevernloven trådte i kraft i 2001, ble loven av 1961 opphevet.¹⁷

Loven av 1999 ble gjort mer omfattende og detaljert, blant annet ved at adgang til bruk av tvangsmidler, skjerming og tvangsmedisinering etter vedtak ble skrevet inn i lovteksten. Vilklårene for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ble utformet som kumulative vilkår. Blant disse ble det skrevet inn vilkår om at frivillig psykisk helsevern skal ha vært forsøkt (frivillighetsvilkåret) og at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter en helhetsvurdering må framtre som den klart beste løsning for pasienten (helhetsvurderingen). Tilleggsvilkåret om at pasienten kunne holdes tvangsinnlagt for å «hindre at han lider overlast», ble tatt ut av loven, slik at behandlingstvilkåret og farevilkåret ble de gjenstående tilleggsvilkårene.¹⁸

Behandlingstvilkåret ble gitt et forverringsalternativ som ga adgang til tvang ved risiko for forverring av den psykiske lidelsen. Formuleringen i farevilkåret ble endret fra «vesentlig fare for seg selv eller andre» og til «nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». Lovteksten ble utformet slik at bestemmelsene i større grad gjelder uavhengig av om pasienten har døgnopphold eller er i poliklinisk behandling, og tvang uten døgnopphold krevde ikke lenger et forutgående

¹⁵ Kringlen, E. (2007) s. 296

¹⁶ Kjørstad A. og Syse Aslak (2008) s. 447

¹⁷ NOU 2011:9 s. 83

¹⁸ Ibid s. 83

døgnopphold.¹⁹

2.2 Internasjonale menneskerettigheter

Internasjonale menneskerettigheter tilhører det juridiske fagfeltet folkerett. Folkeretten bygger på at alle stater er formelt like, og at de i utgangspunktet råder fritt over sitt territorium. En viktig forskjell mellom folkeretten og internasjonale menneskerettigheter er at internasjonale menneskerettigheter ikke regulerer rettsforholdet mellom stater, men i stater, ved at de gir individene rettigheter vis-a-vis statene. Disse rettighetene er slik at statene forplikter seg til å behandle eller beskytte individene på en bestemt måte.²⁰

Gjennom spredning av informasjon, kunnskap og ideer fikk menneskerettighetene internasjonal kraft. Fra å være rettigheter for noen utvalgte individer utviklet det seg med tiden til å gjelde alle individer. Fra å være normer i nasjonal lovgivning og praksis, ble rettighetene lagt inn i folkerettslige avtaler. Det er særlig to ønsker som lå bak denne utviklingen. Den ene var ønsket om fred. Ideen var at samfunn bygd på menneskerettigheter ville sikre demokrati, stabilitet, samarbeid og utvikling, og dermed redusere mulighetene for nye store kriger. Det andre var et ønske om å sette skranker for hvordan de enkelte statene kunne behandle individene som var underlagt deres myndighet.²¹

Internasjonale menneskerettigheter blir til gjennom det samarbeidet de likestilte statene inngår, og dette er mer omstendelig og tungrodd affære. Suvereniteten spiller også en rolle her, men bare i forhold til om statene ønsker å slutte seg til konvensjonene eller ei. De internasjonale institusjonene, som for eksempel FN og Europarådet, utvikler rettigheter gjennom konvensjoner som statene i stor grad kan velge om de vil være del av eller ikke.

2.2.1 De forente nasjoner – FN

¹⁹ NOU 2011:9 s. 83

²⁰ Høstmælingen Njål (2012) Internasjonale menneskerettigheter. Oslo: Universitetsforlag s.33

²¹ Høstmælingen Njål (2010) s. 13

2.2.1.1 FN-pakten

De massive overgrepene før og under annen verdenskrig fikk det internasjonale samfunnet til å innse at det måtte legges sterkere begrensninger på statsmakten enn hva man til da hadde godtatt. Da statene møttes i San Francisco våren 1945 for å vedta sin nye internasjonale ”orden”, nemlig FN-pakten (FNP), ble statens selvråderett veiet opp mot utsiktene for bærekraftig fred.²² De forente nasjoners pakt av 1945 ga rammeverk for det fremtidige internasjonale samarbeidet, basert på fred og respekt for menneskerettigheter.²³

De internasjonale menneskerettighetene er alltid blitt utsatt for kritikk. Det hevdes at selve ordet menneskerettigheter i FNP voldte så mye bry at man valgte å skyve det ut i egen erklæring. Det tok tre års harde forhandlinger før FNs medlemsland kunne fremme Verdenserklæringen om menneskerettigheter, selv om dette dokumentet var av politisk og ikke juridisk art og det bare inneholdt 30 korte bestemmelser.²⁴

2.2.1.2 FNs verdenserklæring om menneskerettigheter

Som FNP er FNs verdenserklæring om menneskerettigheter (V) et politisk dokument. Det er ikke noe eget kontrollapparat knyttet til den. Den har like fullt spilt en avgjørende rolle for utviklingen av konvensjonene som kom de neste tiårene.²⁵

Verdenserklæringen er grunnmuren til de mange rettslig bindende konvensjonene som siden er vedtatt. De viktigste konvensjonene er FNs seks hovedkonvensjoner i tillegg til Europarådets menneskerettighetskonvensjon av 1950.²⁶

En rekke av de viktige konvensjoner som er mest relevant for temaet i denne oppgaven. De er konvensjon om sivile og politiske rettigheter av 1966 og torturkonvensjonen av 1987.

3 TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

²² Høstmælingen Njål (2012) s. 39

²³ Høstmælingen Njål (2012) s. 36

²⁴ Høstmælingen Njål (2010) s. 22

²⁵ Høstmælingen Njål (2010) s. 13-14

²⁶ Ibid s. 14

Psykisk helsevernloven regulerer det psykiske helsevernet i Norge. Enkelte avgjørelser etter den tidligere loven fra 1961 er like fullt relevante i dag fordi den nye loven på mange måter er en videreføring og kodifisering av daværende gjeldende rett. Hovedbestemmelsen om tvungent psykisk helsevern fremgår av psykisk helsevernloven § 3-3. Denne bestemmelsen angir de vilkårene som må være oppfylt for at spesialisthelsetjenesten skal kunne fatte vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern. Med tvungent psykisk helsevern menes undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4, jf. psykisk helsevernloven § 1-2 tredje ledd.

3.1 Etablering av tvungent psykisk helsevern

Etablering av tvungent psykisk helsevern kan ikke skje uten en forutgående legeundersøkelse. Det er ikke nok med en alminnelig mistanke, for eksempel hos en politibetjent eller annen offentlig tjenestemann, om at vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern er oppfylt i et konkret tilfelle. Slik forutgående legeundersøkelse er et nødvendig vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 2. Det skal herunder systematisk redegjøres av vilkårene for legeundersøkelse og tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven §§ 3-1 og 3-3.

3.1.1 Legeundersøkelse

Det fremgår av psykisk helsevernloven § 3-1 første ledd at legeundersøkelse er et vilkår for å etablere tvungent psykisk helsevern. Dette fremgår også av § 3-3 første ledd nr. 2. Selv om det ikke fremgår eksplisitt av ordlyden, er legeundersøkelse også et vilkår for å etablere tvungent observasjon, jf. § 3-2 første ledd nr. 2.

Bestemmelser i psykisk helsevernloven § 3-1 regulerer den legeundersøkelse som skal foretas utenfor den institusjonen som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. Formålet med legeundersøkelsen er «å bringe på det rene» om lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

I forarbeidene presiseres at bestemmelsen markerer at det ikke skal være noen automatikk med hensyn til å få etablert tvungent psykisk helsevern, selv om den antatt

sykes tilstand tilsynelatende kan gi grunnlag for det. Det må vurderes om vedkommendes tilstand skyldes andre forhold, f.eks. en somatisk tilstand eller rusmiddelpåvirkning. Videre må det vurderes om vedkommendes sinnstilstand er av en slik karakter at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt i henhold til §§ 3-2 og 3-3. Begrunnelsen for at undersøkelsen må foretas av en lege, er behovet for en helhetlig vurdering av både den somatiske, den sosiale og den psykiske tilstanden. Undersøkelsen må foretas av en autorisert lege eller turnuslege med rett til å utøve legevirkosomhet i Norge.²⁷

Men legen kan imidlertid ikke ha tilknytning til den institusjonen hvor det tvungne vernet skal etableres. Dette fordi den innledende legeundersøkelsen er uavhengig av institusjonen før eventuelt vedtak om tvungent psykisk helsevern skal treffes, jf. § 3-3 første ledd nr. 2 .

I forarbeidene ble uavhengighet fremhevet som en viktig rettssikkerhetsgaranti i forbindelse med at et absolutt krav til tutorbegjæring ble opphevet. Det må foretas en konkret vurdering av hvorvidt uavhengighetskravet er oppfylt, bl.a. sett i forhold til hvordan helseforetaket er organisert, mv. Undersøkelsen må gjøres personlig av legen, som på dette grunnlag skal gi råd og veiledning om hvilke tiltak som er aktuelle å sette i verk. Undersøkende lege skal i henhold til første ledd andre punktum utarbeide en skriftlig uttalelse i saken.²⁸

Psykisk helsevernforskriften § 8 er det gitt nærmere regler om hva uttalelsen skal inneholde. Uttalelsen skal sendes / følge med til den institusjonen hvor vernet søkes etablert. Det fremgår av psykisk helsevernforskriften § 10 at legeuttalelsen ikke kan være eldre enn 10 dager. Det fremgår videre av samme bestemmelse at en pasient ved behov for øyeblikkelig hjelp kan mottas på grunnlag av muntlig uttalelse fra lege. En skriftlig uttalelse skal i slike situasjoner likevel foreligge innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen.²⁹

²⁷ Riedl og Elde (2014). Psykisk helsevernloven med kommentarer, 2. utgave. Cappelen Damm AS s. 77-78

²⁸ Riedl og Elde (2014) s. 79

²⁹ Ibid s. 80

Psykisk helsevernloven § 3-1 andre ledd regulerer tvungen legeundersøkelse. Utgangspunktet er at legeundersøkelse skal skje på frivillig grunnlag basert på personens samtykke. Dersom det ikke er mulig å få dette til, gir bestemmelsen på visse vilkår adgang til å fatte vedtak om at den antatt syke allikevel skal undersøkes av lege. For det første er det et vilkår at den det gjelder, «unndrar seg» undersøkelse. Pasienten møter for eksempel ikke opp til avtalt tid eller gjør seg utilgjengelig ved å ikke svare på ulike henvendelser. Alle tilfeller hvor personen i ord eller handling tydelig motsetter seg slik undersøkelse, vil omfattes av ordlyden. For det andre er det et vilkår at det «foreligger behov» for en legeundersøkelse. Psykisk helsevernforskriften § 9 tredje ledd tilsier at det er kommunelegen som fatter vedtak om tvungent psykisk helsevern, men det er en annen lege enn kommunelegen som foretar selve undersøkelsen.³⁰

I § 3-1 andre ledd siste setning er det gitt hjemmel for å anvende tvang for å gjennomføre undersøkelsen. Det er et krav om at tvangsbruk skal være «nødvendig». Det er presisert i forarbeidene at tvangsbruken skal holdes på et nødvendig minimum og utøves i slike former at det ikke er krenkende for den antatte syke.³¹

Dersom det er nødvendig, kan pasienter utenfor institusjoner hentes av offentlig myndighet, herunder med bistand fra politiet. I slike tilfeller kan det tys til bruk av fysisk maktutøvelse, jf. psykisk helsevernloven § 3-6.

§ 3-1 tredje ledd gir enkelte regler om saksbehandlingen ved tvungen legeundersøkelse. Det er et krav at kommuneleges vedtak straks skal nedtegnes skriftlig. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev³² av 25.01.2005 lagt til grunn at vedtak må foreligge før man kan anvende tvang for å få den aktuelle personen til legeundersøkelse. Personen saken gjelder, skal gis anledning til å uttale seg i henhold til lovens § 3-9 og forvaltningsloven § 16. I psykisk helsevernforskriften § 9 første

³⁰ Ibid s. 80

³¹ Riedl og Elde (2014) s. 80

³² Ibid s. 81

ledd fremgår at vedtaket skal opplyse om hvem som eventuelt har fremsatt begjæringen og gitt uttalelsen i saken. Vedtaket kan påklages, og fylkesmannen er klageinstans. Vedtaket kan iverksettes selv om det påklages.

I fjerde ledd er det gitt en forskriftshjemmel om delegasjon av kommunelegens myndighet. Denne er benyttet i psykisk helsevernloven § 9 andre ledd. Kommunelegen kan, i sitt fravær, delegere sin myndighet til å treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse til kommunalt ansatt lege eller klinisk psykolog som den aktuelle kommunen har avtale med. Ved delegasjon vil kommunelegen fortsatt ha ansvar for at myndigheten utøves forsvarlig.³³

3.1.2 Vedtak om tvungent psykisk helsevern

De materielle og prosessuelle vilkårene for at en pasient kan underlegges tvungent psykisk helsevern finnes i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd. Vilråene er opplistet i seks nummererte punkter hvor nr. 1, 3, 4 og 6 innholder materielle krav i forhold til pasientens situasjon og tilstand, faglige vurderinger og en fri helhetlig skjønnsutøvelse når de øvrige vilråene finnes oppfylt, mens nr. 2 og 5 består av saksbehandlingsregler og vektlegging av pasientens uttalelse.

3.1.2.1 Materielle vilkår ved etablering av tvungent psykisk helsevern

Frivillighetsvilkåret i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 1 uttrykker det minste inngreps prinsipp. Pasienten samtykke er den klare hovedregel som grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern, jf. § 2-1. Det skal ikke være noen automatikk i å anvende tvungent psykisk helsevern selv om vilråene for øvrig finnes oppfylt. Det kreves at det har vært forsøkt å gi et behandlingstilbud på frivillig grunnlag, uten at dette har ført fram. Det stilles derimot ikke et slikt krav dersom det er "åpenbart formålsløst" å forsøke dette. Det vises her til situasjoner hvor den syke er helt ute av stand til å gi et gyldig samtykke. Vurderingen av hvorvidt vilrået er oppfylt, knytter seg til situasjonen på innleggelsestidspunktet.

Det kreves etter psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 at pasienten har en

³³ Ibid s. 81

”alvorlig sinnslidelse”. Dette er hovedkriteriet for anvendelse av tvungent psykisk helsevern og har stått uforandret siden 1961-loven. ”Alvorlig sinnslidelse” er en juridisk term som ikke motsvares av noen medisinsk diagnose, og begrepet ble først forsøkt klarlagt i rettspraksis fra midten av 1980-årene.³⁴

Begrepet ”alvorlig sinnslidelse” omfatter klare, aktive psykoser samt visse svært manifeste avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser. Hvorvidt tilstanden kan likestilles med en psykose, beror på en streng og skjønnsmessig helhetsvurdering, hvor ikke bare selve sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg, må tillegges stor vekt. I tillegg innbefattes personer med en kronisk psykosesykdom, også i symptomfrie perioder, når symptomfriheten finnes i sammenheng med antipsykotisk medikasjon.³⁵ Alvorlig sinnslidelse i lovens forstand forstås dermed både ut fra en fenomenologisk og funksjonell beskrivelse .

I tillegg til at det må foreligge en alvorlig sinnslidelse, må minst ett av to tilleggsvilkår, behandlingstvilkåret eller farevilkåret, være oppfylt. Det er fremholdt at en overoppfyllelse av ett av de to tilleggsvilkårene vil kunne virke inn på vurderingen av om hovedvilkåret er oppfylt, særlig der det ikke foreligger en psykosedidiagnose.

Tilleggsvilkårene fremgår av psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a og bokstav b. Behandlingstvilkåret er begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv, og består av et bedringsalternativ og et forverringsalternativ. Også farevilkåret har to alternativer; fare for eget liv eller helse (pasientvern) og fare for andres liv eller helse (samfunnsvern). Det er tilstrekkelig at ett av alternativene er oppfylt. Dette innebærer at det reelt sett oppstilles fire alternative tilleggsvilkår, hvorav tre er begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv.³⁶

³⁴ Syse Aslak (2007). Psykisk helsevernloven. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Kommentartutgave med forskrifter. 2.utgave revidert. Gyldendal Norsk Forlag AS 2007, s. 79.

³⁵ Ibid s. 79.

³⁶ Riedl og Elde (2014) s. 98.

Behandlingsalternativet er mest aktuelt som innleggelsesgrunn, og innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern ”får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert”, jf. psykisk helsevern § 3-3 første ledd bokstav a første alternativ. I dette ligger både et krav om prognose og virkningsgrad. Det er ikke et krav for tvungen intervensjon at utsikten til bedring går tapt, men at den i betydelig grad blir redusert. Dette indikerer at enhver reduksjon i bedringsutsiktene ikke er tilstrekkelig.

Videre innebærer virkningskravet om ”helbredelse eller vesentlig bedring” at det ikke er hvilken som helst bedring som kan begrunne tvungen intervensjon. Bedringsgraden må minst være ”vesentlig”.

Det er reist spørsmål om hvilket tidsperspektiv som skal legges til grunn i forhold til bedringen, dvs. hvor langt inn i fremtiden utsikten til bedring skal strekke seg. Det anføres her at hensynet til at tvang ikke skal utøves på et svevende grunnlag, taler for å kreve at de aktuelle utsiktene reduseres i forholdsvis nær fremtid. En fast tidsgrense er likevel ikke naturlig, men faglig ansvarlig må foreta en konkret vurdering av tidsperspektivet ved anvendelse av dette alternativet. Dette vil også kunne øke bevisstheten om at behandling på tvungent grunnlag særlig krever en viss progresjon ut fra definerte behandlingsmål.

Forverringsalternativet er mest aktuelt som grunnlag for opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, og ofte med gjennomføring uten døgnopphold i institusjon. Forverringsalternativet innebærer at det er ”stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret” dersom det tvungne vernet opphører, jf. § 3-3 første ledd bokstav a annet alternativ.

Lovens andre tilleggsvilkår kalles gjerne ”farekriteriet” etter lovens vilkår om at pasienten ved sine handlinger må utgjøre en ”nærliggende og alvorlig fare”. Faren må gjelde ”eget eller andres liv eller helse”, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b.

Kravet om at faren må være ”alvorlig”, tilsier at skadepotensialet må være stort. I tillegg må det alvorlige skadepotensialet være ”nærliggende”, dvs. at faren må fremstå

som reell og kvalifisert på avgjørelsestidspunktet, jf. Rt. 2001 s. 1481³⁷. Spørsmålet om faren også må være nærliggende i tid ble drøftet av Høyesterett i Rt. 2001 s. 1481. Tidsaspektet vil være en del av den konkrete påregnelighetsvurderingen. Desto lengre frem i tid, desto mindre blir sannsynligheten for at faren vil oppstå.

Psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3 b viser at farekriteriet egentlig består av to separate og uavhengige vilkår med ulik begrunnelse. Det er hensynet til samfunnsvernet som begrunner at faren for andres liv eller helse kan medføre grunnlag for tvangsinnleggelse av pasienten. Det er hensynet til pasienten selv som begrunner tvangsinnleggelsen dersom pasienten er potensielt farlig for seg selv og egne verdier.

Begge farekriteriene må vurderes konkret, og faren må ha vist seg tidligere eller på annen måte være dokumenterbar. Det er ikke grunnlag for å tvangsinnlegge personer fordi det bare foreligger en mulig mistanke om slik fare. Farlighet hos sinnslidende kan være vanskelig å forutsi, og den faglig ansvarlige vil stå overfor vanskelige vurderinger.

Selv om både hovedvilkåret og tilleggsvilkåret er oppfylt, følger det av nr. 3 at etablering av tvungent psykisk helsevern også må være ”nødvendig”. Det må gjøres en konkret vurdering av om tvungent psykisk helsevern er det beste virkemiddel for å hindre at enten behandlingskriteriet eller farekriteriet oppfylles på grunn av sinnslidelsen. Samlet sett skal det ikke foreligge andre mindre inngripende alternativer som kan bøte på situasjonen. Det er naturlig å se denne vurderingen i sammenheng med bestemmelsens første ledd nr. 1 og nr. 6.

Etter § 3-3 første ledd nr. 4 oppstilles krav om at institusjonen faglig og materielt er i stand til å gi pasienten et tilfredsstillende behandlings- og omsorgstilbud. Det stilles med andre ord krav til institusjonen som skal ha ansvar for tvangsvernet.

Bestemmelsen viser til at institusjonen skal være godkjent for bruk av tvungent vern, jf. § 3-5. Lovens godkjenningsordning skal sikre at ansvar for undersøkelse og

³⁷ Ibid s. 103

behandling av pasienter under tvungent vern er tillagt institusjoner som har faglige og materielle forutsetninger for å utøve oppgaven. Det er videre et krav at institusjonen skal vurdere om den er i stand til å gi pasient tilfredsstillende behandlings- og omsorgstilbud. Tvungent vern kan ikke etableres dersom det i realiteten ikke er noe adekvat hjelp å tilby aktuelle pasient. Hjelpen må være tilfredsstillende både faglig og materielt. Det er i rettspraksis lagt til grunn at kravet om en kvalitativ minstestandard utgjør et selvstendig vilkår i loven, jf. Rt. 2001 s. 752.³⁸

Selv om hovedvilkåret og et av tilleggsvilkårene er oppfylt, skal det i henhold til første ledd nr. 6 ikke automatisk vedtas tvungent vern. I tillegg skal det foretas en skjønnsmessig helhetsvurdering. Dette betyr at den faglige ansvarlig utøver et helhetlig skjønn om hvorvidt et vedtak om tvungent psykisk helsevern skal treffes eller ikke, jf. psykisk helsevernlov. § 3-3 første ledd nr. 6. Tvungent psykisk helsevern kan bare finne sted hvor 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”. Ved vurderingen skal det legges ”særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige angrepet vil medføre for pasienten”. I denne sammenheng bør muligheten for å få etablert et frivillig opplegg, samt pasientens tidligere erfaringer med psykisk helsevern og tvang, vektlegges.

I situasjoner hvor farekriteriets alternativ ”fare for andres liv eller helse” er oppfylt, er det i bestemmelsen gjort et unntak fra helhetsvurderingen. Etter ordlyden kan det fremstå som om det i slike situasjoner ikke skal være rom for skjønnsmomenter. Loven kan imidlertid ikke forstås slik at man skal se helt bort fra hva som vil være det beste for pasienten, i tilfeller hvor det foreligger fare for andre. I forarbeidene³⁹ er det lagt til grunn at helhetsvurderingen vil bli mindre fremtredende dersom tvangsinngrepet er begrunnet i fare for andre. I en dom inntatt i Rt. 2001 s. 1481, hvor farekriteriet ble ansett oppfylt, forutsetter Høyesterett under henvisning til forarbeidene at det også i en slik situasjon skal foretas en helhetsvurdering. Vektlegging av hva som er til pasientens beste, vil imidlertid svekkes i situasjoner

³⁸ Riedl og Elde (2014) s. 105.

³⁹ Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 81.

hvor tvangsvernet er begrunnet i hensynet til andres liv og helse.

3.1.2.2 Prosessuelle krav ved etablering av tvungent psykisk helsevern

I tillegg til at de materielle vilkårene må finnes oppfylt, stiller loven klare prosessuelle krav for et lovlig tvangsvedtak. De fremkommer i phvl. § 3-3 første ledd nr. 2 og nr. 5. I tillegg er det oppstilt prosessuelle og personelle krav i paragrafens andre ledd.

Det følger av § 3-3 første ledd nr. 2 er det krav at pasienten skal være undersøkt av to leger før vedtaket fattes. Det skal foretas en legeundersøkelse utenfor institusjonen i henhold til § 3-1. I tillegg skal det foretas en legeundersøkelse på den ansvarlige institusjonen som skal fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern. Dersom den faglig ansvarlige er klinisk psykolog, må det foretas en separat legeundersøkelse ved institusjonen i tillegg til den personlige undersøkelsen som skal forestas av psykologen.

Det er regelfestet i § 3-3 første ledd nr. 5 at pasienten skal gis anledning til å uttale seg. Pasientens uttalelser skal, etter § 3-9 andre ledd, nedtegnes og ”ligger til grunn for vedtaket”. Det er videre understreket at det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang. Dette fører til at uttaleretten også gis et materielt preg ved at det skal influere på vedtakets nærmeste innhold.

Det er tydeliggjort i § 3-9 at dersom nærmeste pårørende og eventuelt offentlig myndighet er direkte engasjert i saken, skal de ha anledning til å uttale seg før vedtak treffes. Pasientens uttalerett etter bestemmelsen kommer i tillegg til den rett som vedkommende har til informasjon og medvirkning i lov av 02. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettighetslov (pasient- og brukerrettighetsloven) kapittel 3, jf. psykisk helsevernloven § 1-5.⁴⁰

Når det gjelder vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern, er det den faglig ansvarlige som har personell kompetanse til å fatte vedtaket, jf. psykisk helsevernloven § 1-4. Dette skal samtidig nedtegnes og begrunnes, jf. § 3-3 andre

⁴⁰ Riedl og Elde (2014) s. 142.

ledd, men dette følger allerede av forvaltningens lovbestemmelser. Den faglig ansvarlige må også foreta en personlig undersøkelse før vedtaket fattes. Den faglig ansvarlige plikter i denne forbindelse også å gi pasienten informasjon om adgang til å klage til kontrollkommissjonen over enkeltvedtak som fattes.

3.2 Gjennomføring av tvungent psykisk helsevern

Tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3 gir bare mulighet for etablering av tvungent psykisk helsevern. Undersøkelse og behandling under gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern krever særskilt hjemmel.

Undersøkelse og behandling skal som det klare utgangspunkt baseres på samtykke fra pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Psykisk helsevernloven § 4-4 gir grunnlag for å behandle pasienter i det psykisk helsevernet selv om det ikke foreligger samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Psykisk helsevernloven § 4-4 første ledd at det er flere avgrensninger av bestemmelsens anvendelsesområde.⁴¹ For det første anvendes bestemmelsen bare i situasjon hvor pasienter er underlagt ”tvungent psykisk helsevern”, jf. psykisk helsevernloven § 3-3. For det andre kreves det at behandling er klart i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Ordet ”klart” kan tolkes dit hen at det ligger utenfor bestemmelsens anvendelsesområde å benytte metoder eller praksis som fremstår som eksperimentell, uten pasientens samtykke. Dette betyr at hva som må anses som faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis, vil være et rent psykiatrifaglig spørsmål. For det tredje innebærer det som nevnt i pkt. 1.3.1 at behandling uten eget samtykke for somatiske plager eller lidelser faller utenfor bestemmelsens anvendelsesområde. Men det er imidlertid ikke noe i veien for at pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, også samtidig behandles for somatisk tilstand uten eget samtykke etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Vedtak etter kapittel 4A må treffes av det helsepersonell som er ansvarlig for behandlingen av den somatiske tilstanden.⁴²

⁴¹ Riedl og Elde (2014) s. 163.

⁴² Ibid s. 165.

Det fremgår av § 4-4 annet ledd bokstav a at det åpnes for behandling med legemidler uten pasientens samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert i Norge og med vanlig brukte doser. I tillegg må de legemidler som benyttes ha en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Det betyr at tvangsbehandling således ikke kan gjennomføres der behandlingseffekten er liten og bruken av det aktuelle legemiddelet medfører sterkt belastende bivirkninger for pasienten.

Av tredje ledd følger at det minste inngreps prinsipp utgjør et selvstendig vilkår for behandling uten eget samtykke. Før undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan gjennomføres, må frivillighet være forsøkt, jf. § 4-4 tredje ledd. Det betyr i praksis at pasienter rent faktisk må få tilbud om å ta medisiner frivillig før vedtak om behandling uten samtykke med legemidler treffes, med mindre dette er åpenbart formålsløst. I vurderingen av behovet for å bruke tvang skal det etter andre punktum også inngå en kartlegging av om det finnes ”andre frivillige alternativer” til tvangsbruken. I dette ligger at dersom pasienten eksempelvis ikke samtykker i å ta medisiner, skal man vurdere om det kan tenkes andre tiltak som kan gjennomføres frivillig og samtidig kan bedre pasientens tilstand.

Tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven kan bare gjennomføres dersom behandlingen med ”stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen”, jf. § 4-4 fjerde ledd siste setning. Vilkåret oppstiller både et bedringsalternativ og et forverringsalternativ, og er i sin ordlyd tilnærmet lik ordlyden i behandlingstvilkåret etter § 3-3 første ledd bokstav a. Forskjellen ligger i hvilken sannsynlighet som må godtgjøres for oppfyllelse av bedringsalternativet. I § 3-3 kreves det at ”utsikten til” helbredelse eller vesentlig bedring blir ”i betydelig grad redusert”. I § 4-4 skal det aktuelle behandlingstiltaket med ”stor sannsynlighet” kunne føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand. Det kreves altså en høy sannsynlighetsgrad med hensyn til forventet virkning, og virkningen må være av kvalifisert art. Den ulike reguleringen av sikkerheten rundt virkningskravet følger logisk av vesensforskjellen mellom behovet for et tvungent vern og en direkte gjennomføring av et tvangsbehandlingstiltak, som må antas å utgjøre et større inngrep i den enkeltes personlige integritet enn selve frihetsberøvelsen.

Det følger av femte ledd at det er den faglig ansvarlige for vedtak, jf psykisk helsevernloven § 1-4, som kan treffe vedtak om behandling uten samtykke. I henhold til sjette ledd skal vedtak nedtegnes ”uten opphold”, noe som innebærer at den faglig ansvarlige skal prioritere denne oppgaven før andre gjøremål og nedtegne vedtaket straks, jf psykisk helsevernloven § 4-3. I syvende ledd gis både pasienten og nærmeste pårørende klagerett. Hvem pasientens nærmeste pårørende er, reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 b. Ved klage over behandling uten eget samtykke er det Fylkesmannen som er klageinstans.

Bestemmelsens siste ledd inneholder forskriftshjemmel. Forskriftsreguleringen er dels kommentert i tilknytning til de enkelte ledd. Psykisk helsevernforskrift § 20 tilsier at den faglig ansvarlige som treffer vedtak om behandling uten eget samtykke med legemidler, må ha undersøkt pasienten personlig i løpet av de siste 48 timer før vedtaket treffes, og at vedtak bare kan treffes etter en minste forutgående observasjonstid på tre døgn. Det er imidlertid gjort unntak fra observasjonskravet der ”pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidligere behandlingsopphold er kjent av institusjonen som vedtar behandlingen”. Uttrykket ”alvorlig helseskade” fanger opp situasjoner med akutt og alvorlig risiko for forverring av tilstanden. Uttrykket rommer også fysisk helseskade som følge av selvskading eller selvmordsforsøk.⁴³

4 RETTSSIKKERHET VED TVANGSBRUK I DET PSYKISKE HELSEVERN

Kjernen i begrepet rettssikkerhet er knyttet til krav om at enkeltindividet skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, samtidig som vedkommende skal ha mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser.

En måte å skape rettssikkerhet på, er å la andre organer kontrollere eller overprøve vedtak som treffes av den instans som skal håndheve vedkommende lov. Etter psykisk

⁴³ Riedl og Elde (2014) s. 165

helsevernloven § 3-7 kan vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern klages inn for en kontrollkommisjon som ledes av en jurist.

I § 3-7 siste ledd er det fastlått en regel om adgang til å klage til kontrollkommisjonen over den faglig ansvarliges vedtak om tvungent psykisk helsevern. De som har klageretten er først og fremst pasienten selv, men også hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæringen. Hvem som er den nærmeste og offentlige myndighet framgår av § 1-3.

4.1 Straffelovens forbud mot tvang

Tvang rammes av forbudet i lov av 22. mai 1902 nr. 10 om almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven) § 222 første ledd, som slår fast at den som rettsstridig «tvinger nogen til å gjøre, tåle eller undlate noget, eller som medvirker hertil», gjør seg skyldig i en straffbar handling. Kravet om rettsstrid innebærer at tvangsbruk må ha hjemmel i lov, jf. legalitetsprinsippet.⁴⁴ Dersom tvangen derimot ikke har gyldig eller tilstrekkelig hjemmel, eller ikke kan begrunnes ut fra tilstrekkelig tungtveiende hensyn, vil det kunne foreligge en krenkelse av individets frihet som rammes av både straffeloven og av Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 8 (vern om privatlivet).

Dersom trusler om alvorlige konsekvenser får en person til å handle annerledes enn han eller hun ellers ville gjort, foreligger det straffbar tvang. Høyesterett har også lagt til grunn at tvang kan foreligge dersom falsk informasjon «tvinger» en person til å opptre på en bestemt måte. Den tradisjonelle juridiske definisjon av tvang krever altså et ganske sterkt press mot individets vilje for at det kan sies å foreligge tvang.

4.2 Kontrollkommisjon

Kontrollkommisjonsordningen har fungert som et organ om rettssikkerhetsgaranti under de ulike lovene som har regulert feltet helt siden den første loven kom i 1848. Det har foretatt noen små endringer i ordningen ved siste lovendring som trådte i kraft 01.01.07.

⁴⁴ Kjønstad og Syse (2008) s. 433

Det fremgår av psykisk helsevernloven § 6-1 første ledd at kontrollkommisjonen innen sitt ansvarsområde skal behandle de viktige spørsmålene som er knyttet til klage på vedtak om etablering, opprettholdelse og opphør av tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven §§ 3-3, 3-7 og 3-8.

Kontrollkommisjonen skal videre utføre dokumentkontroll ved etablering av tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-8 første ledd; og foreta etterprøving av eget tiltak etter tre måneder, jf. § 3-8 andre ledd; og eventuelt gi samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern ut over ett år, jf. § 3-8 tredje ledd.

Det fremgår videre av § 6-1 andre ledd at kontrollkommisjonen kan velge å ta opp saker med institusjonen både på eget initiativ og etter anmodning fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende. Personalet ved institusjonen kan videre ta opp med kontrollkommisjonen forhold som de mener er kritikkverdige. Dersom kontrollkommisjonen finner kritikkverdige forhold, er dens kompetanse begrenset til å ta dette opp med institusjonen. Kontrollkommisjonen kan ikke overprøve de beslutninger som blir tatt på klinisk nivå, selv om den mener pasientens velferd ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Dersom institusjonen ikke tar hensyn til kommisjonens påtale av forholdene, følger det imidlertid også av § 6-1 andre ledd at kommisjonen kan ta opp saken med den faglig ansvarlige, eventuelt med Fylkesmann. Dersom det avdekkes ”alvorlig forhold”, skal kontrollkommisjonen varsle Fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 63 fjerde ledd.

Kontrollkommisjonen skal sørge for at saken blir best mulig opplyst. Når en klagesak behandles i kontrollkommisjonen, følger det av psykisk helsevernloven § 6-4 annet ledd at ”enhver har plikt til å møte for kommisjonen som vitne eller sakkyndige etter reglene i lov av 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) kapittel 24 og 25”. Denne møteplikten skal bidra til å sikre sakens opplysning. Ikke minst vil pasienten kunne ha en berettiget interesse av å fremføre vitneuttalelse for den situasjonen som eventuelt ledet til en tvangsinnleggelse. I tillegg er vurderingene for tvungent vern sterkt skjønnsmessige uten objektive metoder for diagnostisering og valg av behandling. Dette tilsier at pasienten også vil kunne ha en berettiget interesse i å fremføre en annen faglig vurdering.

Det følger av § 6-4 sjette ledd at kontrollkommisjonen om mulig skal treffe sitt vedtak innen to uker etter at saken ble brakt inn for den. Kan den fristen ikke overholdes, skal grunnen til dette opplyses i vedtaket. Er en klage blitt avslått i kontrollkommisjonen, kan ikke tilsvarende klage fremsettes før minst seks måneder er gått, jf. psykisk helsevernloven § 6-4 åttende ledd.

4.3 Fylkesmannen

Ved klager over tvangsbehandlingsvedtak etter § 4-4 er det Fylkesmannen og ikke kontrollkommisjonen som er rette klageinstans.

For Fylkesmannens klagebehandling gjelder forvaltningsloven, jf. psykisk helsevernloven § 1-6. I likhet med kontrollkommisjonen, har fylkesmannen full overprøvingskompetanse, dvs. at fylkesmannen kan prøve alle sider av saken, herunder lovanvendelsen og skjønnsutøvelsen, jf. forvaltningsloven § 34 annet ledd første punktum.

Ved klage på vedtak om behandling uten eget samtykke er det gitt ytterligere saksbehandlingsregler i psykisk helsevernloven § 29 tredje ledd. Fylkesmannen skal i henhold til denne paragrafen treffe avgjørelse uten ugrunnet opphold. Dersom det anses påkrevet, skal det engasjeres sakkyndig hjelp. Fylkesmannen skal ta personlig kontakt med pasienten, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Dersom klagen tas til følge, skal det treffes vedtak om øyeblikkelig opphør av eventuell iverksatt behandling. Underretning om avgjørelsen skal sendes til klageren med gjenpart til den faglig ansvarlige for vedtaket.

Det fremgår av psykisk helsevernloven § 3-1 tredje ledd at fylkesmannen ikke kan beslutte utsatt iverksettelse i henhold til den generelle regelen i forvaltningsloven § 42, da psykisk helsevernloven som spesiallov går foran forvaltningsloven.

4.4 Pasient- og brukerombud og Sivilombudsmannen

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 8-2 skal det være et pasient- og brukerombud i hvert fylke som skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i

tjenestene. Ombudet kan gi råd, veiledning og informasjon om rettigheter til pasienter og pårørende, og kan også bistå med å formulere og videreformidle spørsmål eller klage til rette instans.

Pasienter og pårørende kan henvende seg til Pasient- og brukerombudet i fylket og be om at en sak tas opp til behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 8-3 annet ledd. Pasienter og pårørende kan også bringe et saksforhold inn for Sivilombudsmannen dersom vedkommende mener å ha vært utsatt for urett fra helsetjenestens side, jf. lov av 22. juni 1962 nr. 8 om om Stortingets ombudsmann for forvaltningen (sivilombudsmannsloven) § 6 første ledd.

Stortinget vedtok 21. juni 2013 endringer i lov om Stortingets ombudsmann for forvaltningen (sivilombudsmannsloven). Endringene bygger på Prop. 159 L (2012–2013).⁴⁵ Dette skjedde som en oppfølging av at Stortinget 14. mai 2013 samtykket i ratifikasjon av tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon.⁴⁶ Lovendringene og endringene i instruksen trådte i kraft 1. juli 2013.

Endringene innebar en lovfesting av at Sivilombudsmannen skal inneha oppgaven som nasjonal forebyggende mekanisme (NFM) i medhold av tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon. Det skal opprettes en uavhengig nasjonal tilsynsordning ved ombudsmannens kontor som skal føre tilsyn med alle steder for frihetsberøvelse, for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.⁴⁷

Stortinget vedtok også lovendringer for å bringe sivilombudsmannsloven i samsvar med tilleggsprotokollens krav. Det ble blant annet vedtatt endringer om utvidelse av Sivilombudsmannens fullmakter overfor private og halvoffentlige aktører. Andre endringer gjaldt en utvidelse av taushetsplikten til å omfatte personer som bistår ved utføringen av besøk, myndighetenes plikt til dialog med NFM, en plikt for

⁴⁵ <http://www.jus.uio.no/smr/om/nasjonal-institusjon/publikasjoner/aarbok/arbok-13-web.pdf> s. 63

⁴⁶ se under FNs torturkonvensjon

⁴⁷ <http://www.jus.uio.no/smr/om/nasjonal-institusjon/publikasjoner/aarbok/arbok-13-web.pdf> s. 63

Sivilombudsmannen til å utgi en årsmelding om virksomheten som NFM, samt krav om etablering av et rådgivende utvalg. I sammenheng med lovbehandlingen vedtok Stortinget også forslag om endringer i Sivilombudsmannens instruks.⁴⁸

4.5 Domstolskontrollen

Det følger av psykisk helsevernloven § 7-1 at vedtaket som er fattet av kontrollkommisjonen som gjelder tvungent psykisk helsevern, av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende kan bringes inn for tingretten etter tvisteloven kapittel 36. Det er ikke selve det opprinnelige vedtaket om tvungen psykisk helsevern som kan bli prøvd for domstolene, men vedtaket er fattet av kontrollkommisjonen som administrativ kontroll- og klageinstans. Dette gjør domstolskontrollen subsidiær til den administrative kontrollen og forvaltningens eget klagesystem.

Det er videre bare noen former for tvangsvedtak som kan bli gjenstand for domstolskontroll. Av psykisk helsevernloven § 7-1 følger det at det er kontrollkommisjonens vedtak om ”etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ 3-3 og 3-7” som kan bringes inn for retten. Psykisk helsevernloven § 7-1 fastslår endelig at kontrollkommisjonens vedtak om overføring fra tvungen behandling uten døgnopphold til behandling med døgnopphold i institusjon, jf. psykisk helsevernloven § 4-10, kan bli prøvd for domstolene. Dette innebærer at ikke alle vedtak om bruk av tvang overfor pasienter i psykisk helsevern kan bli gjenstand for domstolskontroll etter særreglene i tvisteloven kapittel 36.

Det fremgår av tvisteloven § 36-1 (2) første setning at ”søksmål...kan ikke reises etter at vedtaket er falt bort”. Dersom det har vært fattet et vedtak om tvungent psykisk helsevern, men dette er senere opphevet, gir tvisteloven ikke adgang for domstolsprøving etter særreglene i tvisteloven kapittel 36 i ettertid av om vedtaket var gyldig. Dersom det har vært iverksatt søksmål mens vedtaket var virksomt, men vedtaket blir opphevet før domstolen behandler saken, skal saken heves, jf. tvisteloven § 36-1 (2) annen setning. Psykisk helsevernloven § 3-3 tredje ledd annen setning bestemmer at pasienten, men ikke vedkommendes nærmeste pårørende, kan

⁴⁸ Ibid s. 63

”påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt”. Gyldigheten av kontrollkommisjonens vedtak etter slik klage kan ikke prøves av domstolene etter særreglene i tvisteloven kapittel 36. Den som er blitt uberettiget utsatt for tvungent psykisk helsevern vil i slike situasjoner være henvist til å reise separat erstatningssøksmål mot det offentlige.

Det følger av tvisteloven § 36-2 (3) at et søksmål om gyldigheten av et vedtak om tvungent psykisk helsevern ikke har oppsettende virkning: Tvangsvedtaket kan gjennomføres og vil bestå selv om det reises søksmål. Vedtaket består som utgangspunkt frem til det foreligger rettskraftlig dom som underkjenner det. Dersom en dom i første instans ankes videre til lagmannsretten, vil heller ikke dette som utgangspunkt hindre gjennomføring eller opprettholdelse av tvangen. Det følger riktig nok av tvisteloven § 36-2 (3) første setning en mulighet for retten – etter anmodning eller av eget tiltak – til å bestemme utsatt iverksettelse av et fattet vedtak. Denne muligheten er sjelden benyttet ved vedtak om tvungent psykisk helsevern.

5 GRUNNLOVEN OG INTERNASJONALE MENNESKERETTIGHETS-INSTRUMENTER

5.1 Grunnloven

Stortinget vedtok tirsdag 13. mai 2014 en rekke endringer i Grunnloven. Formålet med vedtakene er å styrke menneskerettighetene i Grunnloven, og hadde sin bakgrunn i Menneskerettighetsutvalgets rapport fra desember 2011 (Dok. nr. 16 (2011-2012)).⁴⁹

Etter Stortingets historiske vedtak inneholder Grunnloven nå en rekke menneskerettigheter. Menneskerettighetene springer ut av grunnleggende verdier – frihet, likhet og menneskeverd – som staten og rettsordenen må respektere og verne av hensyn til den enkelte. Grunnlovfesting av menneskerettigheter gjør at et simpelt flertall av de øverste folkevalgte – stortingsrepresentantene – ikke i ordinær lov kan vedta noe i strid med disse rettighetene. De grunnlovfestede menneskerettighetene utgjør dermed mindretallets vern mot flertallet. I ytterste fall kan uavhengigs

⁴⁹ Dokument 16 (2011-2012). Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven. Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven avgitt 19. desember 2011

domstoler, med Høyesterett i spissen, slå fast at de andre statsmaktene (Stortinget og regjeringen) har brutt Grunnlovens menneskerettigheter. Domstolskontrollen er i seg selv en menneskerettighet.⁵⁰

Koblingen til menneskerettighetstenkningen gir disse rettighetene deres moralske autoritet, mens grunnlovfesting og domstolskontroll gir dem nødvendig juridisk styrke. Menneskerettighetsvernet bidrar til at Grunnloven, sammen med vårt politiske og rettslige system ellers, på en håndfast måte sikrer både demokratiet og rettsstaten. Grunnlovens menneskerettigheter bidrar dermed til å oppfylle Grunnlovens formål («verdiparagraf»), slik det fra 2012 er uttrykt i Grunnloven § 2: «Denne Grunnlov skal sikre demokratiet, rettsstaten og menneskerettighetene».⁵¹

En rekke av disse rettighetene ble vedtatt enstemmig på Stortinget. Enstemmigheten gjelder for følgende rettigheter:

Stortinget vedtok en generell plikt for staten til å respektere og sikre menneskerettighetene slik disse fremgår av Grunnloven og internasjonale konvensjoner som Norge er bundet av, jf. Grunnloven § 92. Bestemmelsen avløste den tilsvarende bestemmelsen i § 110 c første ledd.⁵²

Retten til liv vernes er bestemt i Grunnloven § 93 første ledd. Samme paragrafen tilsier at det er forbudt å utsette andre for tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling, jf. annet ledd. Staten har ansvar for å bekjempe slike handlinger og beskytte borgernes liv, jf. fjerde ledd.

Vern mot vilkårlig frihetsberøvelse av alle slag og visse særlige rettssikkerhetsgarantier i den forbindelse er nedfelt i Grunnloven § 94, mens § 95 sikrer enhver til å få sin sak avgjort av en uavhengig og upartisk domstol innen rimelig tid ved en rettferdig.

⁵⁰ Arnulf Tverberg (2014). Ny vår for menneskerettighetene i Grunnloven? publisert i nettside http://lovdata.no/artikkel/ny_var_for_menneskerettighetene_i_grunnloven_/1437

⁵¹ Ibid

⁵² Ibid

§ 102 bestemmer at rett til respekt for privatliv og familieliv, hjem og kommunikasjon, samt statens plikt til å sikre et vern om den personlige integritet.

Legalitetsprinsippet lyder slik «Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha hjemmel i lov», jf. Grunnloven §113.

Forarbeidene til de nylige vedtatte grunnlovsendringene bygger på at en ved grunnlovstolkingen skal se hen til hvordan de internasjonale konvensjonene om menneskerettigheter blir tolket. Gjennom grunnlovsendringene har Stortinget og domstolene fått et klarere mandat til å tolke Grunnloven i lys av de internasjonale konvensjonene. Som kjent utvikles innholdet i de internasjonale konvensjonene over tid gjennom en dynamisk tolkingsmetode. Dermed kan også grunnlovstolkingen indirekte blir påvirket. Det gjenstår likevel å se hvor langt Stortinget og domstolene ved sin tolking av Grunnloven vil utvikle innholdet i Grunnlovens menneskerettighetsbestemmelser under henvisning til de internasjonale konvensjonene⁵³.

5.2 Internasjonale menneskerettighetskonvensjoner

Internasjonale menneskerettigheter er folkerettsregler som blant annet regulerer individers rettigheter og staters plikter, og er overordnede prinsipper og regler som setter ramme for og må avspeile seg i nasjonal lovgivning. Internasjonale menneskerettighetsdokumenter kan rettslig sett grovsorteres i to typer instrumenter.

For det første er det vedtatt konvensjoner som gjennom ratifikasjon er gjort folkerettslig bindende for Norge. Enkelte av disse er gjort direkte virkende i norsk rett med forrang foran annen norsk lov etter menneskerettsloven § 3, jf. § 2. For det andre finnes resolusjoner, anbefalinger og rekommandasjoner som er vedtatt av ulike internasjonale sammenslutninger, men som ikke er rettslig bindende på samme måte. Tidvis er slike instrumenter tillagt betydning ved utformingen av de norske reglene om psykisk helsevern, fordi de tilsikter styrking av rettsstillingen til personer med psykiske lidelser.⁵⁴

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Syse Aslak (2007)

5.2.1 Bindende folkerettslige instrumenter

5.2.1.1 Den europeiske menneskerettighetskonvensjon

EMK ble vedtatt av Europarrådet i 1950 og trådte i kraft i 1953. Alle ratifiserende stater har godkjent individuell klageadgang til Menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg (EMD). EMDs omfattende praksis i individuelle klagesaker har gitt konvensjonen et konkret og forpliktende innhold og lagt grunnlaget for en dynamisk rettsutvikling.

EMK artikkel 3 fastslår at ”ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff”. Dette er en bestemmelse av stor viktighet for mennesker undergitt frihetsberøvelse eller tvangsmessige inngrep på annen måte. Selv om denne konvensjonsbestemmelsen mest er blitt belyst gjennom innklaging av soningsforhold i fengsler, er den allment virkende og vil også gjelde tilstander og behandling ved psykiatriske institusjoner.

I artikkel 5 nr. 1 bokstavene fra a-f er det åpnet for at statene kan foreta begrensninger i den fysiske frihet, så fremt slike frihetsberøvelser skjer ut fra tillatte målsettinger, har hjemmel i lov og er i samsvar med konvensjonens forholdsmessighetskrav. Bestemmelsen åpner blant annet for frihetsberøvelse av «personer for å hindre spredning av smittsomme sykdommer, av sinnslidende, alkoholister, narkomane eller løsgjengere», jf nr. 1 bokstav e.

Artikkel 8 nr. 1 slår fast at «enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse». Kjernen i vernet av privatlivet er menneskets fysiske og psykiske integritet. Privatlivsbeskyttelsen gjelder også for pasienter i det psykiske helsevernet. Alle inngrep som medfører tvang i form av overvinning av motstand, vil kunne kvalifiseres til inngrep i privatlivet.

Selv om tvungent psykisk helsevern som utgangspunktet vil gripe inn i den enkeltes rett til respekt for privatlivet, vil slik behandling tillates dersom vilkår i artikkel 8 nr. 3 er oppfylt når det gjelder hensynet til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd. Tvangsbehandling som forfølger et tillatt formål, som er hjemlet i lov og som er «nødvendig» i bestemmelsens forstand, vil ikke

komme i konflikt med vernet av privatlivet i artikkel 8. Lovkravet og formålskravet vil regelmessig være oppfylt ved for eksempel tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Nødvendighetskravet, som i praksis er tolket som et forholdsmessighetskrav, blir derfor det sentrale vilkåret ved den konkrete vurderingen av om et inngrep er rettsmessig etter artikkel 8 nr. 2.

5.2.1.2 FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter

Denne konvensjonen er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven. I tilfelle av motstrid med annen nasjonal rettsregel, har konvensjonen forrang, jf. menneskerettsloven § 2 nr. 3. Sentralt i konvensjonen står prinsippet om individets selvbestemmelsesrett og forbudet mot diskriminering, jf. henholdsvis artikkel 1 nr. 1 og artikkel 2 nr. 1.

Det fremgår av konvensjonen at artikkel 7 første punktum har et tilsvarende forbud mot tortur og umenneskelig eller uverdigg behandling eller straff som EMK artikkel 3. Bestemmelsens andre punktum lyder: ”I særledershet må ingen, uten sitt frie samtykke, utsettes for medisinske eller vitenskapelige eksperimenter”.

Artikkel 9 fastslår, i likhet med EMK artikkel 5 at ”enhver har rett til frihet og personlig sikkerhet”. Bestemmelsen åpner for at det kan gjøres unntak fra rettigheten såfremt frihetsberøvelsen er hjemlet og iverksatt i samsvar med vilkår fastsatt i lov.

Artikkel 10 fastsetter at ”alle som er berøvet friheten, skal behandles humant, og med respekt for menneskets iboende verdighet”.

Artikkel 17 fastsetter, i likhet med EMK artikkel 8, at ”ingen må utsettes for vilkårlige eller ulovlige inngrep i privat- eller familieliv, hjem eller korrespondanse”. Av formuleringen fremgår at det er adgang til å gjøre unntak fra rettigheten dersom inngrepet er hjemlet og iverksatt i samsvar med vilkår fastsatt i lov, jf. ”vilkårlige eller ulovlige inngrep”.

5.2.1.3 Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin

Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin er vedtatt i 1996 i byen Oviedo. Norge ratifiserte Oviedo-konvensjonen i 2006.

Oviedo-konvensjon artikkel 7 bestemmer at psykiatriske pasienter med alvorlige sinnslidelser kan underkastes tvungent psykisk helsevern dersom manglende intervensjon kan føre til at vedkommende får en alvorlig helseskade. Det kreves lovhjælp for slike inngrep, og den nasjonale lovgivningen skal også sikre at det foreligger kontrollorganer og muligheter for å påklage tvangsvedtak.⁵⁵

5.2.1.4 FN-konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne
FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne har aktualisert spørsmålet om dagens regulering av tvungent psykisk helsevern kan komme i strid med konvensjonen. Norge undertegnet konvensjonen 30. mars 2007 i henhold til kongelig resolusjon av samme dato. 80 andre stater og EU undertegnet samtidig. Konvensjonen trådte i kraft 3. mai 2008 da 20 stater hadde ratifisert.⁵⁶

Forholdet til psykisk helsevernloven ble behandlet i forbindelse med ratifiseringsarbeidet. Regjeringen fremmet 11. mars 2012 en proposisjon for Stortinget med forslag om å samtykke til ratifikasjon av konvensjonen. Det ble vurdert at konvensjonsforpliktelsene ikke nødvendiggjør endringer i psykisk helsevernloven. Likevel ble det foreslått å avgi en erklæring ved ratifikasjonen for å klargjøre Norges forståelse av rekkevidden av konvensjonens artiklene 14 og 15 i forhold til psykisk helsevernloven. Stortinget ga samtykke til ratifikasjon 3. juni 2013. Det vises her til Innst. 203 S (2012-2013), jf. Prp. 106 S (2011-2012).⁵⁷

Konvensjonens hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt å bygge ned hindre som vanskeliggjør dette. Konvensjonen skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Konvensjonen fastslår at de alminnelige menneskerettighetene gjelder fullt ut for mennesker med nedsatt funksjonsevne. I konvensjonens fortale understrekes det at menneskerettighetene

⁵⁵ Kjørstad og Syse (2012). Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang. Gyldendal Norsk Forlag AS.

⁵⁶ http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Konvensjon_BLD.pdf

⁵⁷ Riedl og Elde (2014) s. 22.

og de grunnleggende friheter er allmenne og udelelige, avhengige av hverandre og innbyrdes forbundet. Konvensjonen skal sikre respekt for de gjeldende sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.⁵⁸

5.2.2 Ikke bindende instrumenter

5.2.2.1 Rekommandasjon fra Europarådets parlamentarikerforsamling nr. 1235 (1994)

Denne rekommandasjonen skal avløse rekommandasjon nr. (83)2 1983 og bygger i hovedsak på samme kriterier for tvangsanvendelse.⁵⁹

Vilkårene for tvangsinnleggelse i rekommandasjonen er at pasienten representerer en alvorlig fare for seg selv eller andre, eller at unnlatelse av tvangstiltak vil føre til forverring av lidelsen, eller hindre adekvat behandling. Rekommandasjonens art. 4 krever at avgjørelse om frihetsberøvelse treffes av en judisiell eller annet egnet myndighet, eller akutt av lege.⁶⁰

Rekommandasjonens art. 6 anbefaler at inngrep i pasientens frihet bare skal skje når det er nødvendig av hensyn til pasientens helsetilstand og behandlingen.

Elektrosjokkbehandling kan bare utføres på bakgrunn av informert samtykke, og mekaniske tvangsmidler bør ikke brukes.⁶¹

5.2.2.2 Europarådets rekommandasjoner 2004 (10) og 2009 (3) om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet for personer med psykisk lidelse

Rekommandasjon nr. 10 (2004) styrker ivaretagelsen av verdighet og menneskerettigheter for personer med psykiske lidelser, spesielt for de som er underlagt tilbakeholdelse eller behandling med bruk av tvang, jf. artikkel 1.

Rekommandasjonen er en anbefaling og dermed ikke rettslig bindende. Likevel har den vært et viktig dokument ved utformingen av lovgivningen om tvungent psykisk

⁵⁸ http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Konvensjon_BLD.pdf

⁵⁹ Lasse A. Warberg (2013). NORSK HELSERETT, 2. utgave. Universitetsforlaget AS, s. 223

⁶⁰ Ibid s. 222

⁶¹ Ibid s. 222

helsevern.⁶²

Tvungen innleggelse og tilbakehold reguleres av artikkel 17. Hovedvilkåret er at personen har en psykisk lidelse. Det kreves at sinnslidelsen er alvorlig, jf. merknadene i samme artikkelen. Tilstanden må i tillegg medføre en betydelig risiko for alvorlig helseskade for personen selv eller alvorlig skade for andre. Selv om skade på andre i noen få tilfeller kan omfatte materielle skader, er slike ikke en lovlig begrunnelse for tvangstiltak etter psykisk helsevernloven.⁶³

Videre kreves det at institusjonsoppholdet har et behandlingsmessig formål. Frihetsberøvelse som bare har karakter av oppbevaring, er altså ikke forenlig med artikkel 17. Det oppstilles også et forholdsmessighetskrav i behandlingssammenheng, det vil si at det minst inngripende tiltak for å oppnå formålet skal anvendes. Pasientens syn skal altså tas i betraktning.⁶⁴

Tvangsbehandling reguleres av artikkel 18 som har tilsvarende vilkår som i artikkel 17. Ved langtidsmedisinering skal det imidlertid legges større vekt på pasientens selvbestemmelsesrett, jf. Explanatory Memorandum punkt 142.⁶⁵

Rekommandasjonen 2009 (3) ble vedtatt av Europarådets ministerkomité og inneholder ingen nye materielle anbefalinger, men tilbyr statene en sjekklister som praktisk verktøy for å sikre en best mulig implementering av rekommandasjon 2004 (10).⁶⁶

5.2.2.3 FNs prinsipper for beskyttelse av sinnslidende og forbedring av det psykiske helsevern, jf. resolusjon av 17. Desember 1991

Disse prinsippene slår fast at alle mennesker med psykiske lidelser skal behandles

⁶² NOU 2011:9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 28. mai 2010. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011.

⁶³ NOU 2011:9

⁶⁴ Ibid

⁶⁵ Ibid

⁶⁶ Ibid

humant, og med respekt for sin egen verdighet. All behandling skal i utgangspunktet bygge på pasientens informerte samtykke. Sinnslidende skal få behandling og omsorg i felleskap de lever. Tvangstiltak kan bare begrunnes ut ifra fare- eller behandlingsskriterier.⁶⁷

Det har vært fremhevet at dette FN-dokumentet i dag må leses i lys av den nye FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). I den grad CRPD stiller strengere krav til tvangslovgivningen, vil ikke de nevnte prinsippene lenger ha samme aktualitet som tidligere.⁶⁸

5.2.2.4 WHO's hovedprinsipper for lovgivningen om psykisk helsevern

Verdens helseorganisasjon (WHO) vedtok i 1996 ti hovedprinsipper for lovgivning om psykisk helsevern. Det legges særlig vekt på pasientens verdighet, selvbestemmelsesrett og tilbud om behandling i pasientens nærmiljø.⁶⁹

5.2.2.5 Europarådets torturforebyggelseskonvensjon

Den europeiske konvensjon om forebygging av tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff trådte i kraft for Norge den 1. august 1989. Konvensjonen må ses i sammenheng med EMK artikkel 3, og det er opprettet en særskilt tilsynsordning for alle medlemstater som er bundet av den. Medlemslandene besøkes av Den europeiske torturforebyggelseskomite (CPT) periodisk og ad hoc med tanken på å føre tilsyn blant annet med behandling av mennesker som er frihetsberøvet. Formålet er å effektivisere vernet og forebygge tortur og lignende behandling som allerede følger av andre konvensjoner.⁷⁰

5.2.2.6 FNs konvensjon mot tortur

FNs konvensjon mot tortur ble vedtatt i 1984 og trådte i kraft for Norge 26.juni 1987. Konvensjonen utdyper og supplerer artikkel 7 i FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter.

⁶⁷ Lasse A. Warberg (2013). NORSK HELSERETT, 2. utgave. Universitetsforlaget AS, s. 221-222

⁶⁸ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/7/4.html?id=647677>

⁶⁹ Lasse A. Warberg (2013) s. 222

⁷⁰ NOU 2011:9

I artikkel 1 gis det en definisjon av begrepet tortur. På samme måte som Europarådets torturforebyggelseskonvensjon, omfatter også denne konvensjon ”grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff”, jf. artikkel 16. Staten er i henhold til artikkel 10 forpliktet til å påse at opplæring og informasjon om forbudet mot tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling fullt ut er inkludert i opplæringen av blant annet helsepersonell.⁷¹

I henhold til artikkel 14 skal staten sørge for at en person som mener å ha blitt utsatt for tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling, har rett til å klage til og få sin sak omgående og upartisk prøvd av kompetent myndighet. Konvensjonen etablerer en uavhengig ekspertkomite (FNs torturkomite) som overvåker statenes etterlevelse av konvensjonen, jf. artikkel 17. Hvert fjerde år er medlemsstatene forpliktet til å avgi en rapport til komiteen om gjennomføring av konvensjonen, jf. artikkel 22. Avgjørelser i individklagesaker er ikke rettslig bindende. Komiteen kan på eget initiativ foretar ”fortrolig undersøkelse” dersom den mottar pålitelig informasjon som gir solide holdepunkter for å anta at tortur praktiseres systematisk i en stat, jf. artikkel 20. Komiteen har i forhold til Norges femte periodiske rapport i 2008 ikke hatt bemerkninger om tvungent psykisk helsevern.⁷²

6 Drøftelse

Her vil det drøftes om hvorvidt etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper i henhold til loven. Det diskuteres videre om hvor viktig endringene i Grunnloven er i forhold til menneskerettighetene, og det spørres om hvorvidt tvangsbruk i det psykiske helsevern kan føre til brudd på menneskerettigheter i praksis.

Rettsikkerhet forutsettes at man har mekanismer og prøvingsmuligheter for å avdekke og rette opp eventuelle menneskerettighetsbrudd. Det er foreløpig ikke reist sak mot Norge når det gjelder brudd på EMK i forbindelse med tvungent psykisk

⁷¹ NOU 2011:9

⁷² Ibid

helsevern. NOU 2011:9 understreker at årsaken kan ha en prosessøkonomisk side, og at den reelle muligheten for å bringe saker om menneskerettighetsbrudd inn for domstolene kan være liten. Fordi alle nasjonale prøvingsmuligheter må være uttømt, er prosessen naturlig nok ressurskrevende, og ikke minst tidkrevende.⁷³

Det spørres i det følgende om hvorvidt rettssikkerheten til pasientene er ivaretatt i henhold til regelverket.

6.1 Rettssikkerhet ved bruk av tvang

Det stilles strenge krav til rettssikkerheten knyttet til bruk av tvang, og kravene gjelder for pasienter i psykisk helsevern like mye som for lovbrutere. I internasjonal sammenheng er imidlertid mange bekymret for at psykiatriens tvangsbruk i for liten grad er pålagt de strenge begrensninger som gjelder på strafferettens område. Lovbrutere synes å nyte et atskillig sterkere rettsvern enn andre grupper som også risikerer å bli gjenstand for samfunnets maktbruk. Noe av forklaringen kan være at det fra samfunnets side synes naturlig med et mindre kritisk blikk på overdreven bruk av makt når dette skjer i det godes navn.⁷⁴

For pasientens rettsikkerhet er det viktig å kunne påklage et tvangsvedtak til et uavhengig og kompetent organ som har myndighet til å omgjøre vedtaket. Selv om pasienten ikke klager på vedtak om tvangsbruk, må det finnes kontrollordninger som sikrer at tvang ikke benyttes i større utstrekning enn det som er nødvendig, og at tvang gjennomføres i tråd med de vilkår og prosedyrekrav som følger av loven. Kontrollordninger må finnes innen forvaltningen selv, og i form av mulighet for søksmål for de offentlige domstolene.⁷⁵

Norsk senter for menneskerettigheter oppfordrer norske myndigheter til å sørge for en styrking av kontrollordningene for overprøving av tvangsvedtak og en strengere regulering av tvangsbruk, særlig tvungen behandling. Videre anbefaler senteret at myndighetene legger til rette for mer forskning om omfanget, effekten og

⁷³ NOU 2011:9

⁷⁴ Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 12: 2006: 1616

⁷⁵ NOU 2011:9 s. 209

skadevirkningene av tvangsbruk. Det er her særlig viktig at pasienters brukererfaring tillegges vekt. Myndighetene bør også satse på målrettet opplæring av helsepersonell i menneskerettigheter og tiltak for å redusere tvangsbruk.⁷⁶

Kontrollordninger drøftes etter at grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper og spørsmål om paternalisme diskuteres i de følgende avsnitt.

6.1.1 Legalitetsprinsippet

Myndighetene kan ikke begrense den enkeltes frihet uten hjemmel i lov, jf. legalitetsprinsippet.⁷⁷ Slik beskrives en viktig del av personlighetens rettsvern i ”Knophs oversikt over Norges rett”. Er en alvorlig sinnslidende underlagt tiltak i tvungent psykisk helsevern kreves hjemmel i lov. Det refereres til ovennevnte dom i Rt. 1998 s. 634 om en alvorlig sinnslidende mann som hadde bosatt seg i en isoporhule og blant annet tok avstand fra vanlig hygiene, og som fikk Høyesteretts dom for at han ikke kunne tas hånd om etter den tidligere lov om psykisk helsevern. Det var ingen utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring, han var ingen fare for andre, og huleboerlivet medførte ingen vesentlig fare for hans fysiske eller psykiske helse.⁷⁸

6.1.2 Legalitetsprinsippet og selvbestemmelse

Retten til å bestemme over seg selv har riktignok noen begrensninger. Hvis en person står i fare for å skade seg selv eller andre, har ikke vedkommende rett til å gjennomføre dette uten vurderes inngrep fra det offentlige. En interessant dom som nevnes i forbindelse med legalitetsprinsippet er Rt. 2010 s. 612.⁷⁹ Selv om dommen ikke er innenfor psykisk helsevern, er den viktig i forhold til legalitetsprinsippet og pasientens selvbestemmelse. Saken gjaldt om et kommunalt sykehjem kunne skifte sengetøy, utføre kroppsvask og skifte bandasjer på en pasient mot hans vilje, jf.

⁷⁶ Internhøring Årbok om menneskerettigheter i Norge 2010. Tvang i psykiatri

⁷⁷ Knophs oversikt over Norges rett. Utgitt av Lilleholt, Kåre (2004). Oslo: Universitetsforlag, s. 93

⁷⁸ Ibid s. 93

⁷⁹ Doms- og kjennessamling. Master i rettsvitenskap 2. avdeling, tredje utgave, 2014. Godkjent hjelpemiddel til eksamen. Utgitt av Jurisk Studentutvalg

pasientrettighetsloven § 4–1. Høyesterett fant at sykehjemmet kunne stille vilkår for tjenestetilbudet, herunder vilkår med tvangselementer. Retten la videre vekt på at vask, sengetøyskift og sårstell ikke var urimelig byrdefullt for pasienten og at sykehjemmet hadde lagt til rette for at stellet kunne gjennomføres så skånsomt som mulig. Pasientens anke ble derfor forkastet. Dommen har dissens 3–2, hvor førstvoterende tok utgangspunkt i at det i norsk rett gjelder et alminnelig krav om hjemmel eller rettsgrunnlag ikke bare for vedtak, men også for faktiske handlinger som kan sies å virke inngripende for enkeltpersoner – herunder i tilknytning til offentlig pleie og helsehjelp. Dette kravet springer ut av det alminnelige legalitetsprinsippet.⁸⁰ Videre understreket førstvoterende at «hensynet til pasientens autonomi nødvendigvis må veie mindre der det er klart uheldige valg også får betydelige negative følger for andre, eller kommer i konflikt med andres rettigheter».⁸¹ Høyesterettsflertallet la til grunn at kumuleringen av hjemmelsgrunnlag er tilstrekkelig til at pasienten fortsatt måtte motta sårstell på et minimumsnivå ut fra faglig forsvarlighet når dette oppfattes som helt nødvendig, mens pasienten fortsatt kunne nekte medisiner og mer inngripende sårstell.

Høyesteretsmindretallet krever en klarere hjemmel. Andrevoterende skrev: «Når jeg ikke går nærmere inn på om det er stillet krav til pasienten som går utover det sykehjemmet er berettiget til, er det fordi det etter min mening uansett ikke foreligger rettslig grunnlag for å bruke tvang for å sørge for at pasienten opptrer i forhold til de underforståtte hygienekravene. At det kan oppstilles vilkår for et opphold, gir ikke i seg selv grunnlag for tvang. Tvang krever en særlig hjemmel, og det kan jeg ikke se at det er i dette tilfellet. Tvert imot er det en rekke rettsregler som taler tydelig imot at det foreligger tvangsadgang.»⁸²

Dommen har dissens (3-2), hvor flertallet finner lovhjemmel og mindretallet gjør det ikke. Det var enighet om at det kreves særskilt hjemmel for å utøve tvang mot et annet menneske. Kort oppsummert fastslår Høyesterett at tvungent sårstell omfattes av

⁸⁰ Rt. 2010 s. 612, avsnitt 27

⁸¹ Ibid, avsnitt 30

⁸² Ibid, avsnitt 45

legalitetsprinsippet, men mindretallet tar dette mer bokstavelig enn flertallet. Dommen er omdiskutert, men det er enighet om at den inneholder prinsipielle uttalelser som bryter med det som tidligere har vært den alminnelige oppfatning i norsk forvaltningsrettslig teori.⁸³

I fagkretser synes det som professor Aslak Syse støtter flertallets argumentasjon, mens det er bred støtte også for mindretallets argumentasjon blant annet fremmet av førsteamanuensis Bjørn Henning Østenstad samt stipendiatene Njål Wang Andersen og Karl O. Wallevik.⁸⁴

6.1.3 Forholdsmessighetsprinsippet

Psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 6 siste punktum lyder: ”Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende”. Forholdsmessighetsprinsippet tolkes dit hen at inngrepet ikke skal gå lenger enn det som er nødvendig.

Det vises til Rt. 2001 s.1481 som omhandler en pasient krevde å bli utskrevet fra tvungent psykisk helsevern da pasienten mente vilkårene etter dagjeldende psykisk helsevernloven § 3-3 ikke var oppfylt. I dommen ble det lagt særlig vekt på belastningen ved inngrepet. Førstvoterende la betydelig vekt på at pasienten var 61 år, og hadde vært i psykiatrisk institusjon med tvungen medisinerings sammenhengende siden 1984. Etter førstvoterendes mening skulle det atskillig til for å nekte pasienten mulighet til selv å erfare hvordan tilværelsen ville være utenfor institusjon. Selv om dette med stor sannsynlighet førte til reinnleggelse, antok de sakkyndige at det var liten fare for et svekket funksjonsnivå senere. De sakkyndige har videre antydnet at pasienten selv kunne komme til å søke hjelp, noe pasienten tidligere har gjort. Det kunne således ikke utelukkes at en utskrivning nå kunne bli grunnlag for eventuell senere frivillig behandling. Førstvoterende vurderte derfor ulempen for pasienten ved eventuell senere reinnleggelse som mindre enn verdien av å få prøve seg i frihet. Høyesterett kom til at den helhetsvurdering § 3-3 tredje ledd gir anvisning på, måtte

⁸³ <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/35043/154915.pdf?sequence=4> s.24

⁸⁴ Ibid s. 25-26

føre til at pasienten ble utskrevet til tross for at både hoved- og tilleggsvilkår for tvungent psykisk helsevern var oppfylt.⁸⁵

Ovennevnte dom peker i retning av at forholdsmessighetsprinsippet er tungtveiende. Utskrivningen som pasienten fikk medhold i, samsvarer det med det minste inngrep for pasienten.

Det vises til en annen dom som er inntatt i Rt. 2001 s. 1481 hvor en pasient krevde å bli utskrevet fra tvungent psykisk helsevern da pasienten mente vilkårene etter psykisk helsevernloven § 3-3 ikke var oppfylt. For tvangsinnleggelse var i strid med kravet i 1999-loven § 3-3 annet ledd om at frivillig psykisk helsevern skulle ha vært forsøkt. I tillegg gjorde pasienten gjeldende at vedkommende under enhver omstendighet måtte utskrives etter den helhetsvurdering som skulle foretas etter § 3-3 tredje ledd. Høyesterett bemerket at pasienten hadde oppholdt seg i mer enn ett år på frivillig grunnlag på psykiatrisk sykehjem etter at pasienten ble utskrevet fra tvungent psykisk helsevern. Pasienten skrev seg så ut mot institusjonens råd. Høyesterett tolket det slik at frivillig grunnlag ikke førte fram. Høyesterett vurderte at pasienten ville slutte å ta medikamenter og begynne å drikke etter en utskrivning. Høyesterett la til grunn at pasienten måtte forbli under tvungen psykiatrisk omsorg for å arbeide med sitt alkoholproblem.⁸⁶

Høyesterett vurderte slik at det var til pasients beste å holde vedkommende tilbake til tross for pasientens anførsler. Det kunne føre til forverring av pasientens helsetilstand dersom pasienten ble utskrevet.

6.1.4 Kontroll- og overprøveordninger

Kontroll og overprøving av tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven ivaretas i dag av kontrollkommisjonene, fylkesmannen og domstolene. I tillegg fører Helsetilsynet i fylket tilsyn med tjenestetilbudet og helsepersonellet i det psykiske helsevernet med

⁸⁵ Doms- og kjennessamling. Master i Rettsvitenskap 2.avdeling. Godkjent hjelpemiddel til eksamen. Juridisk studentutvalg 2005 1.utgave, s. 179

⁸⁶ Ibid s. 194-197

hjemmel i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 nr. 15.⁸⁷

6.1.4.1 Kontrollkommisjon

Kontrollkommisjonen oppnevnes av fylkesmennene etter delegasjon fra Helsedirektoratet, jf. forskrift 10. november 2008 nr. 1633. Det er i dag 57 kontrollkommisjoner i arbeid. I direktoratets rundskriv IS 11/2008 Rundskriv for fylkesmennene vedrørende oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern, er det redegjort nærmere for hvordan oppnevningen skal skje.⁸⁸

Helsedirektoratet opplyser i februar 2011 at tretten tingrettsdommere, syv lagdommere og ni sorenskrivere i dag har verv som leder eller nestleder i kontrollkommisjonene. De øvrige kommisjonene ledes av fylkesnemndsledere og privatpraktiserende advokater.⁸⁹

Spørsmålet om dommers verv i kontrollkommisjonene var gjenstand for drøfting i Høyesterett i en sak som gjaldt domstolenes behandlingstid ved overprøving av krav om opphør av tvungent psykisk helsevern, jf. Rt. 2004 s. 583. En av årsakene til den lange behandlingstiden i denne saken var at alle dommere ved tingretten var inhabile, siden tre av dommerne ved domstolen var ledere for kontrollkommisjoner ved det aktuelle sykehuset.⁹⁰

Kontrollkommisjonen skal i henhold til psykisk helsevernloven § 6-1 også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Det følger videre av kontrollkommisjonsforskriften kapittel 4 at kontrollkommisjonen skal ha tilsynsbesøk minst én gang i måneden.⁹¹

NOU 2011:9 viser til Samdatas rapport Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i

⁸⁷ NOU 2011:9 s. 209

⁸⁸ NOU 2011:9 s. 209

⁸⁹ NOU 2011:9 s. 210

⁹⁰ NOU 2011:9 s. 210

⁹¹ NOU 2011:9 s. 211

2009 som inneholder en oppsummering av kontrollkommisjonenes årsrapporter fra 2009 når det gjelder velferdskontrollen. Der fremgår at det er store variasjoner i hva kontrollen består i.⁹²

I et rettssikkerhetsperspektiv er det etter utvalgets oppfatning en styrke at et eksternt organ har nær kontakt med pasientene og kan følge med i pasientenes velferd og varsle om forhold som bør endres. Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gi pasientene anledning til å fremsette klager over vedtak etter loven, og ellers ta opp forhold av betydning for pasientenes opphold ved institusjonene. Pasienter som er innlagt i institusjon uten eget samtykke, skal få tilbud om samtale med kontrollkommisjonen. For øvrig kan kontrollkommisjonens medlemmer bistå pasientene med råd og hjelp. Denne formen for tilsyn ivaretar i prinsippet svært viktige rettssikkerhetsverdier for enkeltindividet. Ikke minst ved at terskelen for å sette fram en formell klage eller rette fokus mot andre problematiske forhold ved institusjonen – herunder for eksempel rettighetsbegrensende husordensregler – blir sterkt redusert. At personer utenfra har en slik «direkte kanal» inn mot pasientene, bidrar til gjennomsiktighet i et system med omfattende tvangsfullmakter, og må regnes – der velferdskontrollen blir praktisert etter sin intensjon – som en svært viktig rettssikkerhetsmekanisme.⁹³

6.1.4.2 Fylkesmannen

En forskrift om tvangsbehandling med medikamenter trådte i kraft høsten 1984, og Fylkeslegen ble tillagt oppgaven som klageinstans. Begrunnelsen for at klagebehandlingen ble lagt til fylkeslegene og ikke til kontrollkommisjonene, var at fylkeslegene kunne behandle klagene raskere og at kontrollkommisjonene ikke hadde tilstrekkelig faglig kompetanse til å bedømme de aktuelle spørsmålene. Det var lagt til grunn at fylkeslegen skulle prøve alle sider ved vedtaket og overprøve overlegens formelle og medisinske skjønn.⁹⁴

⁹² NOU 2011:9 s. 211

⁹³ NOU 2011:9 s. 211

⁹⁴ NOU 2011:9 s. 212

NOU 2011:9 s. 212 viser at tvangsbehandling er svært inngripende og pasientenes rettsikkerhet er i dag svært dårlig ivaretatt, både når det gjelder klageinstansens kompetanse og pasientens muligheter for å få gjort sine synspunkter gjeldende. Utvalget deler departementets vurdering i Ot.prp. nr. 11 (1998–99) om at kontrollkommisjonen ikke har bedre kompetanse enn fylkeslegene til å foreta overprøvingen når det gjelder de medisinskfaglige sider av vedtaket. Som det fremgår av utvalgets forslag til endringer av reguleringen av tvangsbehandling, står en skjerping av kravene til vedtakets begrunnelse sentralt ut fra rettssikkerhetshensyn.⁹⁵

Utvalget har vurdert det slik at det bør etableres en ny felles kontrollinstans for alle vedtak som fattes med hjemmel i psykisk helsevernloven. Det må dermed sikres at kontrollinstansen har tilstrekkelig kompetanse til å foreta en forsvarlig overprøving av tvangsbehandlingsvedtak. Videre må det vurderes om det i enkelte tilfeller også bør åpnes for muntlige forhandlinger ved klage på behandling uten eget samtykke. Dette må blant annet vurderes opp mot kravet om hurtighet.⁹⁶

6.1.4.3 Helsetilsynet i fylket

Helsetilsynet i fylket skal føre løpende tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket, jf. tilsynsloven § 2. Helsetilsynet i fylket er også klageinstans på vedtak og beslutninger etter pasientrettighetsloven kapittel 4A og 7. Tilsynsmyndighetens rolle i forhold til psykisk helsevern er å vurdere forsvarligheten av helsehjelpen, og om pasientens rettigheter etter pasientrettighetsloven er oppfylt.⁹⁷

Helsetilsynet i fylket er i praksis det samme som fylkesmennenes helse- og sosialavdelinger. I tilsynssaker er avdelingen direkte underordnet Statens helsetilsyn, jf. tilsynsloven § 1 tredje ledd. For øvrig er avdelingen underlagt Fylkesmannsembetet.⁹⁸

⁹⁵ NOU 2011:9 s. 212

⁹⁶ NOU 2011:9 s. 213

⁹⁷ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/5.html?id=647638>

⁹⁸ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/5.html?id=647638>

I tilsynssaker er vurderingstemaet om helsepersonellet eller helsetjenesten har overholdt sine plikter etter helselovgivningen. Dersom det konstateres pliktbrudd, kan Helsetilsynet i fylket gi veiledning slik at helsepersonellet eller helsetjenesten kan bringe sin praksis i tråd med de lovpålagte kravene. I saker der Helsetilsynet i fylket finner at det burde vurderes administrative reaksjoner, blir saken oversendt Statens helsetilsyn.⁹⁹

6.1.4.4 Domstolskontrollen

I Oslo tingretts dom av 29. oktober 2008, besluttet retten å skrive ut en 61 år gammel mann som hadde vært mer eller mindre sammenhengende innlagt siden 1967. Retten slo fast at pasienten hadde en alvorlig psykisk lidelse og at behandlingvilkårets forverringsalternativ var oppfylt. Videre fant retten at det var «stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær fremtid – slik det er forstått i rettspraksis – igjen vil autoseponere sin antipsykotiske medikasjon og at han der igjennom vil få sin tilstand vesentlig forverret». Retten kom likevel til – ut fra en skjønnsmessig helhetsvurdering – at det ikke var grunnlag for å opprettholde tvungent vern siden det ikke forelå «tilstrekkelig tungtveiende medisinske eller juridiske indikasjoner på at tvangsvedtak er påkrevet slik situasjonen er for pasienten nå». Det springende punktet i dommen var at tvangsinngrepet, som nå ble opphevet, likevel skulle bestå i seks måneder, inntil pasienten hadde fått stabilisert sin situasjon og fått etablert et nettverk utenfor sykehuset. Dommen ble påanket av begge parter. Pasienten anket over uhjemlet tilbakehold, og staten anket over beslutningen om opphevelse av tvunget psykisk helse- vern. Saken kom aldri til realitetsavgjørelse for Borgarting lagmannsrett fordi den ikke ble berammet tidnok, og pasienten ble dermed utskrevet.¹⁰⁰

Paulsrud utvalget ser et klart behov for å klargjøre rettstilstanden på dette punktet. På den ene siden kan utvalget se et legitimt behov for å kunne planlegge et opphold for en pasient utenfor tvungent vern. På den andre siden er det klart at opphold på tvang krever lovhjemmel. Det vil kunne innebære en krenkelse av EMK art. 5 nr. 1 bokstav e, som sier at den som skal være «berøvet friheten» på grunn av sinnslidelsen må være

⁹⁹ Ibid

¹⁰⁰ NOU 2011:9 s. 216

«lovlig» frihetsberøvet. I dette ligger at vilkårene for tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven må være oppfylt. Slik utvalget ser det, vil opprettholdelse av et vedtak om «ikke-tvang», slik tilfellet fra Oslo tingrett viser, være ulovlig.¹⁰¹

Rettsikkerheten i denne forbindelsen må så ivaretas gjennom regler som sikre forsvarlig saksbehandling før inngrep iverksettes, regler som gir rett til å påklage inngrepsvedtaket, og rett til i siste omgang å få vedtaket prøvd for domstol.¹⁰²

6.2 Hvor viktig vedtakelsen av menneskerettighetskatalogen i Grunnloven er i forhold til menneskerettigheter?

Etter Stortingets historiske vedtak 13. mai 2014 inneholder Grunnloven nå en rekke menneskerettigheter. Menneskerettighetene springer ut av grunnleggende verdier – frihet, likhet og menneskeverd – som staten og rettsordenen må respektere og verne av hensyn til den enkelte. Grunnlovsfesting av menneskerettigheter gjør at et simpelt flertall av de øverste folkevalgte – stortingsrepresentantene – ikke i ordinær lov kan vedta noe i strid med disse rettighetene. De grunnlovsfestede menneskerettighetene utgjør dermed mindretallet av borgerne vern mot flertallet. I ytterste fall kan uavhengige domstoler, med Høyesterett i spissen, slå fast at de andre statsmaktene (Stortinget og regjeringen) har brutt Grunnlovens menneskerettigheter.¹⁰³

Forarbeidene til de nylige vedtatte grunnlovsendingene bygger på at en ved grunnlovstolkningen skal se hen til hvordan de internasjonale konvensjonene om menneskerettigheter blir tolket. Gjennom grunnlovsendingene har Stortinget og domstolene fått et klarere mandat til å tolke Grunnloven i lys av de internasjonale konvensjonene. Som kjent utvikles innholdet i de internasjonale konvensjonene over tid gjennom en dynamisk tolkingsmetode. Dermed kan også grunnlovstolkningen indirekte bli påvirket. Det gjenstår likevel å se hvor langt Stortinget og domstolene ved sin tolking av Grunnloven vil utvikle innholdet i Grunnlovens menneskerettighetsbestemmelser under henvisning til de internasjonale

¹⁰¹ NOU 2011:9 s. 216

¹⁰² Knophs oversikt over Norges rett. Utgitt av Lilleholt, Kåre (2004). Oslo: Universitetsforlag, s. 93

¹⁰³ Arnulf Tverberg (2014). https://lovdata.no/artikkel/grunnloven_2014_-_en_introduksjon/1402

konvensjonene¹⁰⁴.

Uavhengig av den direkte påvirkning som de internasjonale konvensjonene vil øve, har vi allerede tradisjon for at ”samfunnsutviklingen generelt kan være relevant ved tolking av Grunnloven”, jf. Rt.2010-535 avsnitt 128¹⁰⁵. Når Stortingets kontroll- og konstitusjonskomite uttaler at de nye ”rettighetene bør ha en mest mulig generell utforming, slik at de kan utfylles politisk og rettslig”, og at det er ”grunnleggende rettighetsteori at prinsipper får sitt nærmere innhold klarlagt nettopp gjennom tolking i enkelttilfeller”, jf. Innstilling 186 S (2013-2014) s. 20¹⁰⁶, bygger dette opp under at også de nye rettighetsbestemmelsene kan utvikle seg over tid.

Det mest interessante spørsmålet i årene som kommer, vil være hvordan Høyesterett vil løse tvilsomme tolkingsspørsmål etter de nye grunnlovsbestemmelsene når de internasjonale kildene ikke gir klare føringer. Det vil i fremtid gjenstå å vise hvilken vei utviklingen vil ta, både på området for sivile og politiske rettigheter og på området for de økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene.¹⁰⁷

6.3 Menneskerettigheter ved bruk av tvang

Internasjonale menneskerettigheter skal beskytte mot overgrep og krenkelser, og sikre rettssikkerhet og friheter for det enkelte mennesket. De regulerer forholdet mellom myndighetene på den ene side og det enkelte menneske på den andre. Formålet er å verne mot overgrep og maktmisbruk fra personer som opptre på myndighetenes vegne.

6.3.1 EMK

Psykisk helsevernloven regulerer et felt hvor det kan benyttes særlig inngripende tiltak overfor enkeltmennesker. Menneskerettighetene vil derfor ha stor betydning som overordnet ramme for lovgivningen. Dette gjelder særlig EMK artiklene 3, 5, 6

104 Arnulf Tverberg (2014)

105 Ibid

106 Ibid

107 Ibid

og 8. Det påpekes i teorien¹⁰⁸ at EMD på dette feltet har gitt statene en vid skjønnsmargin basert på psykiatrifaglige vurderinger. Det har så langt ikke vært reist sak mot Norge om psykiatriske pasienters rettsstilling verken for Menneskerettighetskommisjon eller for domstolen i Strasbourg. Høyesterett uttalte i avgjørelsen inntatt i Rt. 2004 s. 583 at spørsmål om konvensjonsbrudd som ikke har som konsekvens at pasienten må utskrives, ikke kunne behandles i sak etter den gamle tvistemålsloven kapittel 33. Spørsmål om konvensjonsbrudd som ikke har som konsekvens at pasienten skrives ut fra tvungent psykisk vern, må henvises til ”sivilt søksmål i vanlige former”, jf avgjørelsen inntatt i Rt. 2003 s.301.109

EMK stiller strenge krav til myndighetene når det foretas inngrep i enkeltmenneskers frihet, privatliv mv, jf. art. 8. Slike inngrep må være i samsvar med lov, og være nødvendig i et demokratisk samfunn, f.eks. nødvendig for å beskytte helse eller moral, eller andres rettigheter og friheter. I nødvendighetskriteriet ligger det en forholdsmessighetsvurdering, slik at graden av inngrep i individets privatliv og frihet må være i samsvar med hva som kan oppnås med tiltakene (proporsjonalitetsprinsippet). Inngrepet må også være egnet til å oppnå det formål det er ment å fremme, f.eks. «beskyttelse av helse». Det holder ikke at formålet er godt, dersom konsekvensene av inngrepene ikke er i samsvar med formålet.

Det er myndighetene som har ansvar for å dokumentere at de tvangsinngrep som gis lovhjemmel har en effekt som kan veie opp for inngrepets art og alvorlighetsgrad og at inngrepets konsekvenser er i samsvar med det oppstilte formål. Dersom slik dokumentasjon ikke foreligger, så er man på tynn is i forhold til de menneskerettslige forpliktelser. Det er ikke forskningsmessig påvist positiv effekt av psykiatriske tvangsinngrep.¹¹⁰

Det kan trekke i retning av at basert på den dokumentasjon som foreligger om negative konsekvenser for enkeltindivider som utsettes for tvang, samt manglende dokumentasjon på positive effekter for pasientene, kan tvangshjemler og

108 Syse Aslak (2007)

109 Riedl og Elde (2014) s. 165

110 Høyser Georg og Dalgard Odd Steffen (2002): Lærebok i rettspsykiatri. Gyldendal Norsk Forlag AS 2002

tvangsinngrep som begrunnes i pasientens «behandlingsbehov» og «eget beste», i et menneskerettslig perspektiv, vanskelig forsvares.

Det er utvilsomt mange tiltak som innskrenket psykiatriske pasienters rettigheter og som ble ansett som uproblematiske for få år siden, som i dag er allment akseptert som brudd på EMK.¹¹¹ Men vektlegging av menneskeretter aktualiserer også en annen problemstilling. Dersom enkeltindivider i samfunnet får større frihet enn de har forutsetninger for å meste på bakgrunn av alvorlig sinnslidelse, vil konsekvensen kunne være at andre individers rettigheter krenkes. Staten har en positiv plikt til å gripe inn for å prøve å forebygge dette (prinsippet om fair balance).¹¹²

EMK art. 3 er som tidligere nevnt formulert og omfattet langt mer enn kroppslige refselse og fysisk mishandling. Domstolen i saken *Herczegfalvy v. Østerrike* uttalte at sinnslidendes underlegenhet og makteløshet gir grunn til særlig årvåkenhet for å kontrollere om den medisinske behandlingen er i samsvar med art. 3. Slik saken lå an, var verken art. 3 eller retten til privatliv i art. 8 krenket. Det begrunnes med at tiltak som er nødvendig av hensyn til behandlingen, ikke ansees som umenneskelig eller nedverdiggende.

6.3.2 EMD

Frihetsbedøvelse av sinnslidende er blitt bragt inn for EMD ved flere anledninger. Praksis har utmeislet tre vilkår som må foreligge: sinnslidelsen må bygge på en objektiv medisinsk vurdering, sinnslidelsen må lede til en tilstand som gjør frihetsberøvelse nødvendig av hensyn til pasienten eller omgivelsene, og frihetsberøvelsen må forsvares løpende:¹¹³

”In the Court’s opinion, except in emergency cases, the individual concerned should not be deprived of his liberty unless he has been reliably shown to be of ”unsound mind”. The very nature of what has to be established before the competent national

¹¹¹ Ulrik Fredrik Malt, Ole A. Andreassen, Ingrid Melle og Dag Årslund (red.). Lærebok i psykiatri. Gyldendal Norsk Forlag AS 2012, 3. utgave, 1. opplag 2012, s. 870.

¹¹² Ibid s. 870

¹¹³ Høstmælingen Njål (2012) s. 181

authority – that is, a true mental disorder – calls for objektive medical expertise. Further, the mental disorder must be of a kind or degree warranting compulsory confinement. What is more, the validity of continued confinement depends upon the persistence of such a disorder.”

Domstolen har akseptert frihetsberøvelse under artikkel 5 (1) (e) også i de tilfeller der det ikke foreligger noen tilstrekkelig diagnose, men der myndighetene har til hensikt å gjennomføre en undersøkelse av personen i forlengelse av frihetsberøvelsen.¹¹⁴

Dersom frihetsberøvelsen skulle ha blitt prøvet kun én gang, ville kontrollen lett ha blitt tilfeldig og vilkårlig. Det innebærer at domstolskontrollen gjentas med rimelige mellomrom eller intervaller (”at resonable intervals”). Om det er oppstilt egne regler i nasjonal rett om at slik domstolskontroll automatisk skal gjennomføres med jevne mellomrom eller om det er opp til den frihetsberøvede selv å kreve kontroll, går ut på ett.¹¹⁵

Domstolen skal kontrollere lovligheten av frihetsberøvelsen ”the lawfulness of his detention”. Dette er etter praksis det samme kravet som er oppstilt innledningsvis i artikkelen ”in accordance with a procedure prescribed by law” og som deretter gjentas for hvert av frihetsberøvelsesgrunnlagene ”lawful”. Det innebærer at det ikke bare er nasjonal rett som er tema, men også de kravene som følger av konvensjonen og mer underliggende hensyn bak bestemmelsen. At det er lovligheten som prøves, innebærer på den annen side at hensiktsmessighetskjønnet fortsatt er overlatt myndighetene.¹¹⁶

Som en oppsummering kan det sies at statene foreløpig har en ganske fri skjønnsmargin på psykiatrifeltet. EMD fremstår mer klar til å etterprøve prosessuelle forhold i disse sakene, enn å foreta en reell etterprøving av brudd på materielle skranker for statlige inngrep, herunder tilbakeholdenhet ved prøving av det

¹¹⁴ Høstmælingen Njål (2012) s. 182

¹¹⁵ Ibid s. 192-193

¹¹⁶ Ibid s. 193

medisinskfaglige skjønn.¹¹⁷

Det vurderes at den norske lovgivningen vedrørende tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering synes å være innenfor kravene etter EMK. Det er derfor liten grunn til å tro at EMD vil konstantere brudd mot de aktuelle artiklene i EMK dersom vilkårene for tvangsinngrepene er oppfylt og det kan dokumenteres at det er utvist et forsvarlig faglig skjønn.¹¹⁸

I to av fire saker som er ført for Høyesterett etter psykisk helsevernloven etter at loven trådte i kraft i 2001, ble det påstått brudd på bestemmelser i EMK ved etableringen av tvangsvernet, og retten kom til at så var tilfellet. Men ikke i noen av sakene ble pasienten gitt medhold i sitt krav om utskrivning.¹¹⁹

6.3.3 Paternalisme

Det finnes fortsatt rester av en paternalistisk tradisjon i deler av dagens psykiske helsevern. En slik paternalistisk tradisjon betyr at fagfolkene legger til grunn at de vet bedre enn pasienten hva som er til pasientens beste, uten hensyn til hva denne selv måtte mene og ønske. I stor grad legges det til grunn en antagelse om at motstand skyldes mangel på sykdomsinnsikt, og at pasienten til tross for motstanden egentlig ville ønsket behandling.¹²⁰

Tvangsregler basert på en vurdering av pasientens behandlingsbehov innebærer at man setter til side pasientens egen samtykkekompetanse, og bygger på den forutsetning at en person med alvorlig sinnslidelse mangler sykdomsinnsikt og er derfor ikke i stand til å fatte riktige beslutninger med hensyn til egen helsesituasjon og valg av behandling. Forskning har imidlertid vist at dette ikke nødvendigvis er tilfelle, og at selv personer med maniske tilstander eller psykoser kan motta informasjon og gjøre adekvate og realistiske vurderinger til tross noen virkelighetsbrister. Det kan

¹¹⁷ Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet juni 2009, s. 30-31

¹¹⁸ Ibid s. 31

¹¹⁹ Ibid s. 31

¹²⁰ Ibid s. 41-42

dermed ikke uten videre forutsettes at ”manglende sykdomsinnsikt” alltid er årsaken til protest mot inngripende behandling fra personer med en alvorlig psykisk lidelse.¹²¹

Dagens lovverk er basert på den modell at dersom det foreligger en alvorlig sinnslidelse og de øvrige tvangsvilkårene i psykisk helsevernloven er oppfylt (tilleggsvilkårene), kan pasientens selvbestemmelse alltid settes til side hvis dette anses å være til pasientens beste. Det er ikke et vilkår i psykisk helsevernloven at man vurderer i hvilken grad pasienten har samtykkekompetanse i forhold til aktuell helsehjelp, før det treffes beslutning om å ta i bruk eller opprettholde tvangsreglene. Det er tilstrekkelig at de objektive vilkårene er oppfylt. Pasientens evne til å forstå sin egen situasjon og treffe rasjonelle valg vil kunne være en del av vurderingen av om vilkårene er oppfylt, men det er ikke noe vilkår for tvang at pasienten ikke har samtykkekompetanse i forhold til det aktuelle tiltaket.¹²²

Det er også anført at begrepet ”manglende innsikt” er problematisk i forhold til retten til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet i EMK art. 9 og SP art. 18. Retten til å ha tankefrihet er absolutt. EMD har slått fast at EMK art. 9 forhindrer staten i å vurdere om noens personlige tro eller dens uttrykksformer er legitime. Det fremholdes at retten til tanke-, samvittighets og religionsfrihet innebærer også retten til selvfortolkning, retten til å definere seg selv og sitt liv, og retten til å beholde sin egen overbevisning uten begrensning og inngrep fra offentlig myndighet. Denne retten utfordres ved psykiatrisk diagnostikk og fortolkning mot pasientens vilje, og det anses svært problematisk at pasienters tanker, meninger og protester utdefineres som ”manglende (sykdoms)innsikt”, ”vrangforestillinger” eller ”realitetsbrist”. Det vises også til at pasienter også tvinges til å forandre sine tanker og meninger, til å vise såkalt ”sykdomsinnsikt” i tråd med fagpersonalets forståelse av vedkommendes lidelse.¹²³

¹²¹ Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet, juni 2009 s. 42

¹²¹ Ibid s. 43

¹²² Ibid s. 42

¹²³ Ibid s. 43

På denne bakgrunn er det påpekt et behov for å ta et oppgjør med begrepet ”manglende sykdomsinnsikt” for på den måten å få gjort noe med dagens tvangssituasjon. Å utdefinere pasientens tanker og meninger som ”manglende innsikt” anses undertrykkende, hindrer likeverdig dialog og medvirkning, krenker menneskeverdet og åpner for overgrep.¹²⁴

6.3.4 Menneskerettigheter i praksis

6.3.4.1 Høyesterettsavgjørelser

Det sentrale spørsmålet for domstolen i tvangssaker er hvorvidt de materielle tvangsvilkårene er oppfylt på domstidspunktet.

6.3.4.1.1 Rt. 1988 s. 634¹²⁵

I denne dommen foretok Høyesterett, etter å ha sluttet seg til den alminnelige lovforståelsen til førstvoterende i Rt. 1987 s. 1495, en konkret vurdering av om den tvangsinnlagte kunne sies å være ”alvorlig sinnslidende” når det i hovedsak ble angitt religiøse og filosofiske grublerier som begrunnelse for atypisk, stereotyp og tilsynelatende bisarr og tvangspreget atferd. Den sakkyndige kunne vanskelig påvise tradisjonelle psykotiske trekk, men Høyesterett fant likevel vilkårene oppfylt.

6.3.4.1.2 Rt. 1993 s. 249¹²⁶

Høyesterett godtok i denne saken at en person med flere psykotiske episoder og en utvilsom schizofrenidiagnose, også måtte oppfattes som ”alvorlig sinnslidende” i lovens forstand, selv i en helt symptomfri periode. Det ble lagt til grunn at symptomfriheten skyldtes inntak av antipsykotisk medikasjon, og at grunnlidelsen således hele tiden var til stede. Denne vurderingen er kritisert fordi den medfører både uklare og for vide grenser for hovedvilkåret. Syse (2007) har selv oppsummert begrepsforståelsen etter 1961-loven slik:

Noe enkelt sagt, men relativt godt dekkende, omfatter begrepet ”alvorlig sinnslidelse”

¹²⁴ Ibid s. 43

¹²⁵ Syse Aslak (2007).

¹²⁶ Ibid.

klare, aktive psykoser samt visse svært manifesterede avvikelstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser. I tillegg innbefattes personer med en kronisk psykosesykdom, også i symptomfrie perioder, når symptomfriheten settes i sammenheng med antipsykotisk medikasjon.¹²⁷

I 1999-loven ble det samme begrep for dette ”hovedvilkåret” videreført, og det ble understreket i forarbeidene at begrepsforståelsen skulle være uendret.

6.3.4.1.3 Rt. 2001 s. 752¹²⁸

En 61 år gammel mann hadde hatt kontakt med psykiatrien siden 1962 med ulike tvangsinngelger og hadde siden 1984 vært sammenhengende innlagt. Han hadde tidligere, og senest i februar 2000, begjært seg utskrevet. Høyesterett kom til at den helhetsvurdering gir anvisning på, måtte føre til at pasienten ble utskrevet til tross for at både hoved- og tilleggsvilkåret for behandling var oppfylt. Det ble ikke lagt avgjørende vekt på at mannen på det tidspunkt ikke hadde egen bolig, lite penger og manglet nettverk. Det er ikke det psykiske helsevernets oppgave å sørge for en pasients sosiale behov.

6.3.4.1.4 Rt. 2001 s. 1481¹²⁹

Det reises spørsmål om en over ti år symptomfri pasient, som var medisinert mot en kronisk psykotisk tilstand, skulle falle inn under begrepet (se punkt 5.4.2.2) eller ikke. I avgjørelsen fastslår førstvoterende at selv i situasjoner hvor det ikke foreligger ”restsymptomer” på aktiv sykdom og den symptomfrie perioden har vart i flere år, er hovedkriteriet oppfylt dersom symptomfriheten kan settes i sammenheng med inntak av psykofarmaka. Høyesterett fant ikke grunnlag for å tolke en tidsbegrensning inn i ”fare”-vilkåret i psykisk helsevernloven § 3-3, 1. ledd bokstav b, og vilkåret ble da ansett oppfylt. Da frivillighetsvilkåret var oppfylt på innleggelsestidspunktet, ble § 3-3, 2. ledd ved krav om utskrivning, ansett å være et ledd i helhetsvurderingen etter § 3-3, 3. ledd.

¹²⁷ Syse Aslak (2007)

¹²⁸ Kjønstad og Syse (red.) 2004. Velferdsrett III. Doms- og materialsamling. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.132-140

¹²⁹ Ibid s. 153-162

6.3.4.2 Tingrettsavgjørelse

Det vises til Oslo Tingrett av 29.05.2007¹³⁰ som legges til grunn ved lovstridig tvangsbruk i psykiatri. Saken gjelder hvorvidt Aker Universitetssykehus HF (AU) ved å foreta legeundersøkelse og etterfølgende frihetsberøvelse handlet i strid med reglene i EMK artikkel 5.1 og 8. Saksøkeren A har anført at hun ble truet med å bli hentet av politiet dersom hun ikke kom frivillig til Blakstad sykehus. Det anføres videre at hun fikk et lavterskeltilbud med betingelse at medisin «Zyprexa» skulle tas. A var i tillegg blitt utsatt for ulovlig frihetsberøvelse. A fikk medhold i sin påstand. Retten konkluderte med at hun var blitt utsatt for ulovlig frihetsberøvelse og maktovergrep i strid med art. 5 (retten til personlig frihet) og art. 8 (retten til respekt for privat- og familieliv) i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK).

6.3.4.3 Avgjørelser av Den europeiske menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg (EMD)

For å få prøvet et saksforhold i EMD må bruken av nasjonale rettsmidler først være uttømt, jf. EMK art. 35 nr. 1. Klagen må videre fremmes innen et tidsrom på seks måneder etter at siste nasjonale avgjørelse er tatt. Det følger av art. 35 nr. 3 at EMD skal avvise en individklage som den anser som uforenlig med bestemmelsene i konvensjonen eller dens protokoller, eller som åpenbart er grunnløs, eller som er et misbruk av retten til å klage. Enhver person, frivillig organisasjon eller gruppe av enkeltpersoner som hevder å ha vært utsatt for en overtredelse av de rettigheter som er fastsatt i konvensjonen, kan klage.

6.3.4.3.1 Winterwerp mot Nederland¹³¹

Et sentralt spørsmål i denne dommen fra 1979 er hvorvidt Winterwerp kan oppfattes som ”persons of unsound mind” og derved rettmessig kunne tilbakeholdes dersom vilkår om lovlig frihetsberøvelse også er oppfylt, jf. art. 5 (1) bokstav (e).

Winterwerp anførte at han ikke var å betrakte som sinnslidende i konvensjons forstand, men han fikk ikke medhold i saken. EMD la stor vekt på å klarlegge hvilke omstendigheter som må sikres rundt en administrativ frihetsberøvelse for at denne ikke skal komme i strid med kravene i artikkel 5. Denne står ennå som

¹³⁰ TOSLO-2006-143112

¹³¹ Kjønstad og Syse (2008) s. 440

referansedommen om prøving av rettmessigheten av frihetsberøvelse overfor psykiatriske pasienter.

6.3.4.3.2 Herczegfalvy mot Østerrike¹³²

I Herczegfalvy-saken fra 1992 ble Østerrikes behandling av en sinnslidende som ble oppfattet som svært farlig, ikke funnet å krenke EMK art. 3. Selv om Herczegfalvy i en lengre periode ble reimet fast til sengen og påsatt håndjern, og ble tvangsmedisinert og tvangsforet, ble det heller ikke oppfattet å krenke art. 8. Grunnene til dette er at statene i forhold til hva som finnes ”nødvendig i et demokratisk samfunn”, har en viss skjønnsmargin som EMD respekterer at statene kan handle innenfor.

6.3.4.3.3 H.L. mot Storbritannia¹³³

EMD konstaterte i denne dommen fra 2004 at en frihetsberøvelse var i strid med EMK artikkel 5 selv om pasienten formelt var frivillig innlagt ved en psykiatrisk institusjon.

6.3.4.3.4 Gajcsi mot Ungarn¹³⁴

Dommen ble avsagt 3. oktober 2006. I denne saken unngikk EMD å gå nærmere inn på betydningen av et særlig godt rettsvern for psykiatriske pasienter der retensjon stadig kan fornyes. Ungarn ble funnet å ha brutt artikkel 5 (1) ved at begrunnelsen for fortsatt tvangsvern ikke ble funnet tilstrekkelig dokumentert, og at frihetsberøvelsen da ikke skjedde i samsvar med (nasjonal) lov. EMD gikk da ikke nærmere inn på andre påberopte brudd på rettssikkerhetsgarantier i artikkel 5 (4), artikkel 6 og artikkel 13.

6.3.5 Omfang av tvang i det psykiske helsevern

Det foretas svært mange frihetsberøvelser i norsk psykiatri, over 10 000 formelle tvangsinnleggelse årlig, og minst 13 400 årlige formelle frihetsberøvelser dersom

¹³² Syse (2007)

¹³³ Ibid

¹³⁴ Ibid

man tar utgangspunkt i antall tvangshenvisninger.¹³⁵ I tillegg vet vi at mange pasienter som formelt sett er frivillig innlagt, i realiteten mener seg tvangsinnlagt, gjennom ulike former for uformell maktbruk, for eksempel trusler om tvang. Ut fra hvordan lovreguleringen på psykisk helsevernfeltet er bygget opp, må man kunne stille spørsmål ved om det i det hele tatt eksisterer reell frivillighet i det psykiske helsevernet, all den tid de omfattende tvangshjemlene alltid «truer» med å komme til anvendelse dersom man motsetter seg den foreslåtte behandling, og all den tid det er behandlerne selv som beslutter hvem som menes å oppfylle kriteriene for anvendelse av tvang.¹³⁶

Når det gjelder frihetsberøvelser på dette feltet, så er det, med unntak av en svært liten andel som påstås å være til fare for andre, kun individets egne interesser som påstås å skulle ivaretas, hvilket reiser mange problemstillinger rettsikkerhetsmessig, menneskerettslig og etisk. Ca. 83 prosent av alle tvangsinnleggelses i Norge begrunnes kun med «behandlingskriteriet»¹³⁷. I hovedsak benyttes altså frihetsberøvelser overfor mennesker som ikke anses å være til fare for verken seg selv eller andre.¹³⁸

Handlingsplanen for menneskerettigheter fra 1999 inneholdt en målsetning om en betydelig reduksjon av tvangsbruken i psykisk helsevern.¹³⁹ Flere rapporter tyder på at dette målet ikke er nådd. Omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern er fortsatt høyt i Norge sammenliknet med andre land. En fersk rapport viser at omtrent 5 000 personer ble tvangsinnlagt til sammen 7 200 ganger i 2009.¹⁴⁰ I rapporten påvises store variasjoner i tvangsinnleggelses mellom og innad i de regionale helseforetakene, samt mangelfull registrering av tvangsinnleggelses. Det er også påvist betydelige regionale

¹³⁵ SSB, 2005

¹³⁶ Høyer et al., (2002)

¹³⁷ Bjørngaard, J.H., & Hatling, T. (2005). *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2003*. (Rapport nr. STF78 A055013). Trondheim: SINTEF Helse.

¹³⁸ Ibid

¹³⁹ St.mld. nr. 21 (1999-2000). Se også *Opptrappingsplanen for psykiatrien* fra 1998 St.prp. nr. 63 (1997-98).

¹⁴⁰ Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2009, IS-1861 Helsedirektoratet desember 2010.

forskjeller i bruk av tvangsmedisiner, belteseng og skjerming etter tvungen innleggelse.¹⁴¹ Fordi disse virkemidlene er særlig inngripende overfor pasientene er de store variasjonene svært bekymringsfulle.

Men i følge kontrollkomisjonenes årsmeldinger behandlet kommisjonene i 2012 i alt 2116 klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern, mot 2238 klager året før. Av klagerne fikk ni prosent medhold. Om saker som pasienten trekker holdes utenfor, fikk klager medhold i 15 prosent av sakene.¹⁴²

Myndighetene har erkjent disse problemene og uttalt at det finnes et betydelig potensial for en reduksjon av tvang innen psykisk helsevern.¹⁴³ Spørsmålet om tvang har imidlertid vært et vedvarende problem over mange år. Norsk senter for menneskerettigheter har tidligere uttrykt bekymring for tvangsbruken i psykiatrien.¹⁴⁴ Med respekt for utfordringene på et komplisert samfunnsfelt som psykiatrien bør det påpekes at myndighetenes innsats må vurderes etter oppnådde resultater - ikke etter intensjoner.

7 AVSLUTNING

De mange og alvorlige fortellingene fra pasienter og pårørende om overgrep og krenkelser i boken¹⁴⁵ til Hillestad Thune gjør det nødvendig å stille spørsmål ved om psykiatrien i tilstrekkelig grad klarer å skille mellom forsvarlig behandling og uforsvarlig behandling. Finnes det kompetanse og vilje i «systemet» til å identifisere overgrep og krenkelser? Og ser man de skadene og traumene som mange pasienter påføres som følge av tvangs- og maktbruk? Det kan synes som det pr. i dag eksisterer en *blindsone*, hvor tvangsinngrep, som er ment å skulle være til hjelp, systematisk skader, krenker og traumatiserer pasienter. Dette skjer uten at det oppdages og registreres av fagmiljøene, kontrollorganene eller myndighetene. Gro Hillestad Thune

¹⁴¹ Tonje Husum m.fl., A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics, BMC Health Services Research 2010, 10:89.

¹⁴² Ragnhild et al. (2013). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2012. Helsedirektoratet november 2013

¹⁴³ Norges 6. rapport til FNs menneskerettighetskomité, para. 73.

¹⁴⁴ Se Årbok om menneskerettigheter I Norge 2008, side 39.

¹⁴⁵ Thune Gro Hillestad (2008): OVERGREP. Søkelys på psykiatri. Abstrakt forlag AS 2008

konkluderer med at det er stor sannsynlighet for at Norges praksis ville ha blitt pådømt i Strasbourg. Men samtidig vet vi at det neppe kommer til å skje. De som rammes er vanligvis så nedkjørt at de verken har mentale eller økonomiske ressurser til å føre en rettslig kamp mot myndighetene.

Den økte oppmerksomheten som er blitt rettet mot menneskerettslige aspekter ved tvangspsykiatri, har foreløpig ikke bidratt til å gi pasienter på dette feltet et særlig godt vern. EMD har knapt konstatert brudd mot EMK art. 3 i pasientbehandling, og har gitt den enkelte stat en vid skjønnsmargin ved konkret prøving av anførte brudd mot EMK art. 8. Også ved anførte brudd mot art. 5 synes EMD å legge vesentlig vekt på hva som synes psykiatrifaglig velbegrunnet i den enkelte stat. Det kreves imidlertid at det kan framlegges dokumentasjon for at det foreligger slike faglige grunner, for at frihetsberøvelsen lovlig skal kunne opprettholdes. Det prosessuelle legalitetskravet tas alvorlig. En fullstendig umyndiggjøring av pasienter fører likeledes til konvensjonsbrudd. Men den store mengden soft law-instrumenter som skal sikre psykiatriske pasienters integritet og autonomi, er bare i begrenset grad brukt ved konvensjonshåndhevingen for å bidra til et effektivt menneskerettsvern. Det psykiatrifaglige skjønnnet blir bare i begrenset grad utsatt for etterprøving.¹⁴⁶

Konvensjonstekstene oppstiller ikke krav som fører til at den norske reguleringsmåten – på de områder som skulle utredes – er konvensjonsstridig. Verken behandlings- eller farevilkåret bryter mot konvensjoner til vern om borgernes sivile og politiske rettigheter, og det er også åpnet for at pasienter kan tvangsbehandles om det bare i loven er oppstilt avgrensede vilkår med effektiv overprøvingsrett. Det kreves i det enkelte tilfelle at behandlingen framstår som nødvendig, egnet og proporsjonal.¹⁴⁷

Selv om dagens regler om tvang innen psykisk helsevern ikke synes å være i strid med menneskerettighetene, kan det likevel ikke utelukkes at bestemmelsene bør gjennomgås og eventuelt endres. De menneskerettslige aspektene knyttet til bruk av

¹⁴⁶ Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet juni 2009, s. 35

¹⁴⁷ Ibid s. 35

tvang i det psykiske helsevernet er utredet av professor dr. juris Aslak Syse og viser til debatten om behandlingskriteriet. Det viser videre til ulike verdier, som hensynet til individets rett til selvbestemmelse og integritetsvernet på den ene side og samfunnets plikt til å minske og forebygge lidelser hos personer med psykisk sykdom på den andre side, kan komme i konflikt. Det kan være behov for en vurdering av hvor grensen skal gå mellom de ulike hensynene. Videre kan geografiske variasjoner i bruk av tvang tale for at det bør foretas en gjennomgang av regelverket og praktiseringen av det.¹⁴⁸

Dette kan trekke i retning av at menneskerettigheter først og fremst ser ut som til å gjelde for øvrige befolkning og noen psykiatriske pasienter, men dessverre ikke alle. Samlet sett gir dette et bekymringsfullt bilde, og jeg mener at det er grunn for å rette søkelyset mot hvordan Norges internasjonale forpliktelser følges opp innen det psykiske helsevern i Norge.

¹⁴⁸ <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/nyheter/2010/mandat-lovutvalg-for-vurdering-av-regle.html?id=606060>

LITTERATURLISTE

Bøker

- Høstmælingen Njål (2010). Hva er MENNESKERETTIGHETER 2. utgave. Universitetsforlaget.
- Høstmælingen Njål (2012) Internasjonale menneskerettigheter. Oslo: Universitetsforlag.
- Høyer Georg og Dalgard Odd Steffen (2002): Lærebok i rettspsykiatri. Gyldendal Norsk Forlag AS 2002.
- Kjønstad og Syse (red.) 2004. Velferdsrett III. Doms- og materialsamling. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kjønstad A. og Syse Aslak (2008). Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s.
- Kjønstad og Syse (2012). Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Knophs oversikt over Norges rett. Utgitt av Lilleholt, Kåre (2004). Oslo: Universitetsforlag.
- Kringlen, E. (2007). Norsk psykiatri gjennom tidene. Damm.
- Lasse A. Warberg (2013). NORSK HELSERETT, 2. utgave. Universitetsforlaget AS.
- Møse Erik (2002). Menneskerettigheter. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ohnstad Bente (2011). VELFERD, RETTSSIKKERHET OG PERSONVERN. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ragnhild et al. (2013). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2012. Helsedirektoratet november 2013.
- Riedl og Elde (2014). Psykisk helsevernloven med kommentarer, 2. utgave. Cappelen Damm AS.
- Syse Aslak (2007). Psykisk helsevernloven. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Kommentarutgave med forskrifter. 2. utgave revidert. Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.
- Thune Gro Hillestad (2008): OVERGREP. Søkelys på psykiatri. Abstrakt forlag AS 2008.
- Tonje Husum m.fl., A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics, BMC Health Services Research 2010, 10:89.
- Ulrik Fredrik Malt, Ole A. Andreassen, Ingrid Melle og Dag Årsland (red.). Lærebok i psykiatri. Gyldendal Norsk Forlag AS 2012, 3. utgave, 1. opplag 2012.

Artikler

Arnulf Tverberg (2014). https://lovdata.no/artikkel/grunnloven_2014_-_en_introduksjon/1402

Arnulf Tverberg (2014). Ny vår for menneskerettighetene i Grunnloven? publisert i nettside: http://lovdata.no/artikkel/ny_var_for_menneskerettighetene_i_grunnloven_/1437

Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 12: 2006: 1616.

Rapporter

Bjørngaard, J.H., & Hatling, T. (2005). *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2003*. (Rapport nr. STF78 A055013). Trondheim: SINTEF Helse.

Internhøring Årbok om menneskerettigheter i Norge 2010. Tvang i psykiatri.

Norges 6. rapport til FNs menneskerettighetskomité, para. 73.

Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet juni 2009, s. 30-31

Årbok om menneskerettigheter I Norge 2008, side 39.

Offentlige dokumenter

Dokument 16 (2011-2012). Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven. Rapport fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven avgitt 19. desember 2011

INNSTILLING FRA KOMITÉEN TIL REVISJON AV SINNSSYKELOVGIVNINGEN avgitt 31.mai 1955. Komitéen oppnevnt ved kgl. Resolusjon av 2. mars 1951

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

NOU 2011:9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 28. mai 2010. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011.

St.mld. nr. 21 (1999-2000). Se også *Opptappingsplanen for psykiatrien* fra 1998 St.prp. nr. 63 (1997-98).

Lover og forskrifter

Kongeriket Norges Grunnlov av gitt i riksforsamlingen på Eidsvoll den 17. mai 1814. Lovens tittel endret ved grunnlovsvedtak 6 mai 2014 kunngjort ved res. 9 mai 2014 nr. 613.

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

Lov av 22. mai 1902 nr. 10 om almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven).

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

Lov av 22. juni 1962 nr. 8 om om Stortingets ombudsmann for forvaltningen (sivilombudsmannsloven).

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om helse- og omsorgstjenester m.m.

Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 21.5. 1999, nr. 30.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 02.07.1999, nr.63.

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

Rettspraksis

Doms- og kjennelsessamling. Master i Rettsvitenskap 2.avdeling. Godkjent hjelpemiddel til eksamen. Juridisk studentutvalg 2005 1.utgave, s. 179

Doms- og kjennelsessamling. Master i rettsvitenskap 2. avdeling, tredje utgave, 2014. Godkjent hjelpemiddel til eksamen. Utgitt av Jurisk Studentutvalg.

Oslo Tingrett (2007-05-29). Fastsettelsesdom for brudd på EMK artikkel 5 og 8. TOSLO-2006-143112.

<https://vpn2.uio.no/+CSCO+10756767633A2F2F6A726F6676652E796269716E676E2E6162++/cgi-lex/wiftzsok?bas=trsiv+trstr&emne1=TOSLO-2006-143112&sok=fast>

Internett

<http://www.jus.uio.no/smr/om/nasjonalt-institusjon/publikasjoner/aarbok/arbok-13-web.pdf> s. 63

http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Konvensjon_BLD.pdf

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/7/4.html?id=647677>

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/35043/154915.pdf?sequence=4> s.24

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/5.html?id=647638>

<http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/nyheter/2010/mandat--lovutvalg-for-vurdering-av-regle.html?id=606060>