



OSLO TINGRETT

DOM

Avsagt: 21.01.2025 i Oslo tingrett,

Saksnr.: 21-123219TVI-TOSL/03

Dommer: Tingrettsdommer Torild Margrethe Brende

Saken gjelder: Krav om erstatning etter brudd på EMK mv., Psykisk helsevernloven - phvl, 02.07.1999 nr. 62

Inger-Mari Eidsvik

Advokat Stine Moen
v/advokatfullmektig Gro Hofseth
Hermansen,
Advokat Mads Andenæs

mot

Staten v/Helse- og
omsorgsdepartementet

Advokat Bjarne Snipsøy

DOM

Saken gjelder krav om fastsettelsesdom for brudd på **Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK)** artikkel 3 og 8, og FNs Konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 7 og 17.

Saksøker, Inger-Mari Eidsvik, var underlagt tvungent psykisk helsevern elleve ganger i perioden 1988–2016. Hun ble ved ti av disse innleggelsene medisinert med ulike nevroleptika (også kalt antipsykotika eller psykofarmaka) og underlagt skjerming og isolasjon. Ved en av innleggelsene ble hun behandlet uten medisiner.

Eidsvik har ikke bestridt at vilkårene for tvunget psykisk helsevern var oppfylt. Hun reiste derfor aldri sak om opphør av helsevernet etter tvisteloven kapittel 36 eller de tilsvarende reglene i den tidligere tvistemålsloven. Hennes syn er at de nevnte tvangstiltakene – tvangen i tvangen – var ulovlige og erstatningsbetingende. Hun har ved enkelte anledninger klaget over tvangsmedisineringen til fylkesmannen, men ikke fått medhold.

Eidsvik gikk til søksmål mot staten ved stevning 3. september 2021. Saken gjaldt opprinnelig flere krav, herunder krav om at behandlingen var i strid med CAT (FNs Konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff) og **CRPD (FNs Konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne)**, samt Grunnloven. Disse kravene, med unntak av kravet om fastsettelsesdom for brudd på Grunnloven etter 2014, (da Grunnloven del E om menneskerettigheter ble vedtatt), er blitt frafalt underveis i saken.

Videre fremmet hun krav om oppreisningserstatning for de anførte bruddene på menneskerettighetene og Grunnloven.

Staten la i tilsvaret til tingretten ned påstand om at kravene om fastsettelsesdom skulle avvises som følge av manglende rettslig interesse. Staten la videre ned påstand om frifinnelse for erstatningskravene, basert på blant annet anførsler om foreldelse.

Tingretten besluttet 27. januar 2022 at det skulle forhandles særskilt om spørsmålene som gjaldt rettslig interesse og foreldelse, jf. tvisteloven § 16-1. Saken ble også forent med en parallell sak fra en annen saksøker, Merete Nesset. Hun har senere frafalt søksmålet ved prosesskriv av 13. juni 2024.

Oppstarten til saken var at Eidsvik og Nesset sommeren 2016 kom i kontakt med **Den internasjonale juristkommisjon** – norsk avdeling («ICJ»), som også er partshjelper i saken. ICJ er en menneskerettighetsorganisasjon som i 2016 hadde etablert et pro-bono prosjekt for iretteføring av saker om tvungent psykisk helsevern. Eidsvik og Nesset sine saker ble

valgt ut som aktuelle å få prøvd i rettsapparatet. ICJ erklærte partshjelp etter tvisteloven § 15-7 den 5. februar 2022.

Oslo tingrett avsa 22. juli 2022 kjennelse hvor kravene om fastsettelsesdom ble avvist, og dom hvor Staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet ble frifunnet for erstatningskravene.

Saksøkerne anket avgjørelsen til Borgarting lagmannsrett som i dom og kjennelse av 16. mai 2023 forkastet anken. Saksøkerne anket deretter til Høyesterett som ved beslutning av 25. september 2023 nektet anken over dommen fremmet. Lagmannsrettens avgjørelse om at erstatningskravene er foreldet er således rettskraftig.

Når det gjaldt spørsmålet om kravene på fastsettelsesdom skulle avvises tok Høyesterett stilling til dette i kjennelse av 3. mai 2024, hvor slutningen lyder slik:

- «1. Søksmålene fremmes så langt de gjelder påstand om brudd på Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkelene 3 og 8 og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkelene 7 og 17, men bare for tvangstiltak iverksatt i 2013 og senere.
2. For øvrig forkastes ankene.
3. I sakskostnader for tingretten og lagmannsretten betaler staten ved Helse- og omsorgsdepartementet til Inger-Mari Eidsvik og Merete Augusta Nettet i fellesskap 550 000 – femhundrefemtusen – kroner innen 2 – to – uker etter forkynnelsen av kjennelsen.»

Twistepunktene som gjenstår i saken, etter Høyesteretts avgjørelse, er hvorvidt medisiner, isolasjon og skjerming, i form av påstått de facto isolasjon, under tvungent psykisk helsevern krenker regler i EMK artikkel 3 og 8 og SP artikkel 7 og 17, for tvangsvedtak iverksatt etter 2013 og senere.

Som nevnt ovenfor frafalt Nettet søksmålet ved prosesskriv av 13. juni 2024, slik at saken nå kun gjelder Eidsvik.

Hovedforhandling i saken ble avholdt 19.–21. november 2024. Eidsvik avga partsforklaring, det ble ført syv vitner, og foretatt slik dokumentasjon som fremkommer av rettsboken.

Saksøker, Inger-Mari Eidsvik, har i hovedsak gjort gjeldende:

Saksøker anfører at norsk psykisk helsevernlov, som legitimerer tvangsbehandling, skjerming og bruk av isolasjon, er grunnleggende diskriminerende og i strid med

menneskerettighetene Norge er bundet av, herunder EMK artikkel 3 og 8, og SP artikkel 7 og 17, jf. CRPD.

EMK må tolkes i lys CRPD som *lex specialis* og *lex posterior*, særlig når det gjelder tvangsintervensjoner overfor personer med nedsatt funksjonsevne. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, er et «levende instrument» som må tolkes i lys av dagens forhold. Domstolen må ta hensyn til utvikling av normer i nasjonal og internasjonal rett i sin tolkning av konvensjonsbestemmelser, så vel som utvikling som følge av vitenskapelige fremskritt.

På det psykiske helsefeltet, skjedde det et globalt paradigmeskifte ved innføringen av ikke-diskrimineringskonvensjonen CRPD. Dette tydeliggjøres og illustreres i de mange etterfølgende uttalelsene og anbefalingene fra FN-organer, Europarådet og WHO, som ber medlemslandene avskaffe tvangsbehandling i psykiatrien, revidere lovgivningen og bygge opp tjenester som arbeider i tråd med menneskerettighetene.

Behandling uten fritt og informert samtykke, tvangsmedisinering og isolasjon i psykisk helsevern er menneskerettsstridig, uten unntak. Dette innebærer at ethvert vedtak fattet med hjemmel i psykisk helsevernlovens tvangshjemler er i strid med menneskerettighetene uavhengig av om vilkårene i den norske loven i og for seg er oppfylt.

EMD har tradisjonelt ansett at psykiatrisk tvangsbehandling kan rettferdiggjøres dersom den er medisinsk nødvendig, eller dersom den er iverksatt for å beskytte personen selv eller andre. En slik (regional) tilnærming er ikke i tråd med internasjonale menneskerettighetsstandarder, CRPD og grunnleggende ikke-diskrimineringsprinsipper. Psykiatrisk tvangsbehandling kan ikke rettferdiggjøres basert på påberopelse av medisinsk nødvendighet.

Eidsvik mener at tvangsmedisineringene av henne var et diskriminerende og tvangsmessig forsøk på å kontrollere eller «korrigere» hennes personlighet, atferd og valg når hun befant seg i en akutt psykisk krise.

I denne saken er terskelen i EMK artikkel 3 og SP artikkel 7 klart overskredet da ingen av tiltakene kan anses som medisinsk nødvendighet, både når det gjelder tvangsmedisineringen og isolasjonen Eidsvik ble utsatt for. Mangelen på tilgjengelige rettssikkerhetsgarantier utgjør dessuten i seg selv brudd på menneskerettighetene. Tvangsinngrepene var diskriminerende og rettsstridige. Inngrepene ble utført på en brutal og nedverdiggende måte og har forårsaket alvorlig smerte og lidelse. Alle betingelser for å fastslå brudd på forbudet mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling er til stede.

Inngrepshjemmelen i EMK artikkel 8 annet ledd kan ikke legitimere den typen inngrep som Eidsvik har blitt utsatt for under sine innleggelser. Inngrepene er rettsstridige og i strid med EMK artikkel 8 og SP artikkel 17, i særdeleshet hennes rett til respekt for fysisk og psykisk integritet.

Diskriminerende lovhjemler for inngrep i privatliv, fysisk og psykisk integritet, utgjør ellers ved sin eksistens urettmessige inngrep i EMK artikkel 8.

Dersom retten skulle komme til at norsk lovgivning anses å være i samsvar med EMK artikkel 3 og 8 og SP artikkel 7 og 17, anfører saksøker subsidiært at tvangshjemlene i psykisk helsevernloven praktiseres i strid med disse bestemmelsene. Vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-4 var ikke oppfylt. Videre var ikke inngrepene hverken forholdsmessige eller nødvendige. Det var ikke tilgjengelig effektive rettssikkerhetsmekanismer som hadde kunnet verne henne fra inngrepene.

Inger-Mari Eidsvik har nedlagt slik påstand:

- 1) Tvangsmedisineringene av saksøker som fant sted i periodene 22.02.14-19.03.14, 21.10.14- 25.11.14 og 07.03.16-08.06.16 var rettstridige og krenket hennes rettigheter etter EMK art. 3 og SP art. 7.
- 2) Tvangsmedisineringene av saksøker som fant sted i periodene 22.02.14-19.03.14, 21.10.14 -25.11.14 og 07.03.16-08.06.16 var rettstridige og krenket hennes rettigheter etter EMK art. 8 og SP art. 17.
- 3) Bruken av skjerming med isolasjonslignede preg i perioden 22.02.14-19.03.14, 21.10.14- 25.11.14 og 07.03.16-08.06.16 var rettstridig og krenket hennes rettigheter etter EMK art. 3 og SP art. 7.
- 4) Bruken av skjerming med isolasjonslignende preg i perioden 22.02.14-19.03.14, 21.10.14-25.11.14 og 07.03.16- 08.06.16 var rettstridig og krenket hennes rettigheter etter EMK art. 8 og SP art. 17.
- 5) Bruken av isolasjon i perioden 22.02.14-19.03.14 og 21.10.14 - 25.11.14 var rettstridig og krenket hennes rettigheter etter EMK art. 3 og SP art. 7.
- 6) Bruken av isolasjon i perioden 22.02.14-19.03.14 og 21.10.14 - 25.11.14 var rettstridig og krenket hennes rettigheter etter EMK art. 8 og SP art. 17.
- 7) Inger-Mari Eidsvik tilkjennes sakens omkostninger.

Partshjelper, Den internasjonale juristkommisjon – Norsk avdeling (ICJ-Norge), har sluttet seg til Eidsviks anførsler og påstand, og har derfor bare nedlagt selvstendig påstand når det gjelder sakskostnader.

ICJ-Norge, har nedlagt slik påstand:

Den internasjonale juristkommisjon – Norsk avdeling (ICJ-Norge) tilkjennes sakskostnader.

Staten v/Helse- og omsorgsdepartementets har i hovedsak gjort gjeldende:

Eidsvik har fremmet krav om fastsettelsesdom for at flere tvangstiltak overfor henne i perioden 2014–2016 utgjør brudd på menneskerettighetene. Staten mener at hun ikke har blitt utsatt for slike menneskerettighetsbrudd.

Staten mener at reglene i psykisk helsevernloven klart er i tråd med både EMK og SP, jf. bl.a. HR-2016-1286-A og HR-2021-1263-A. Loven inneholder strenge vilkår som er minst like strenge som vilkårene i EMK og SP. Konvensjonene forbyr ikke tvangsbehandling, slik saksøker hevder, men tillater dette dersom det er medisinsk nødvending, forholdsmessig og rettssikkerhetsgarantier er på plass. CRPD er ikke sentral for tolkningen av EMK og SP, og CRPD forbyr uansett heller ikke tvangsbehandling, slik saksøkeren hevder, jf. blant annet HR-2016-1286-A.

Det sentrale spørsmålet for tingretten er dermed om tvangstiltakene har vært i tråd med psykisk helsevernloven. Staten mener at behandlingen har skjedd i samsvar med kunnskapsgrunnlaget for medisinerer på behandlingstidspunktet jf. **nasjonale faglige retningslinjer** for bipolare lidelser, retningslinjene for psykoselidelser og retningslinjer fra WHO med sterk anbefaling om antipsykotisk medisin både ved psykoser og mani.

Dersom tvangen har vært i samsvar med loven, har ikke saksøkeren blitt utsatt for menneskerettighetsbrudd.

Har tvangen derimot vært i strid med loven, vil ikke staten motsette seg at saksøkeren har blitt utsatt for menneskerettighetsbrudd. Tingretten skal bare prøve tvangstiltakene etter reglene for domstolskontroll med forvaltningen.

Staten mener at alle tvangstiltakene har skjedd i samsvar med psykisk helsevernloven. Saksøkeren har derfor ikke blitt utsatt for menneskerettighetsbrudd.

Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet har nedlagt slik påstand:

1. Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet blir frifunnen.
2. Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet blir tilkjend sakskostnader.

Rettens vurdering

Innledning

Slik saken står for tingretten nå, gjelder den krav om fastsettelsesdom for brudd på Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) og FNs Konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) grunnet tvangsmedisinering, isolasjonslignende skjerming og isolasjon av Eidsvik under hennes tre tvangsinnleggelse i perioden 2014 til 2016.

Eidsvik har anført at tvangsbehandling av henne, uten et fritt og informert samtykke, er i strid med menneskerettighetene under henvisning til forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i EMK artikkel 3, og retten til respekt for privatliv og personlig integritet etter EMK artikkel 8, jf. de tilsvarende bestemmelser i SP artikkel 7 og 17.

Eidsvik har anført at FNs Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) er sentral for tolkningen av EMK og SP, og at CPRD forbyr tvangsbehandling. Videre har hun gjort gjeldende at lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62, ikke oppfyller kravene i EMK og SP, og derfor er i strid med menneskerettighetene.

Staten har på sin side anført at psykisk helsevernloven er i overensstemmelse med de menneskerettslige forpliktelsene som Norge er bundet av, og at behandlingen av Eidsvik har vært i tråd med loven, og at det ikke foreligger noe menneskerettsbrudd.

Retten vil først ta stilling til om psykisk helsevernlovgivningen er i overensstemmelse med menneskerettighetene.

EMK og SP – tolkning

De konvensjoner som er inkorporert gjennom menneskerettsloven (lov av 21. mai 1999 nr. 30) gjelder som norsk lov og er derfor en del av norsk rett jf. lovens § 2. Lovens § 3 bestemmer at disse konvensjonene, herunder EMK og SP, ved motstrid skal gå foran bestemmelser i annen lovgivning.

Hvorvidt det eksisterer slik motstrid vil avhenge av tolkningen av både den nasjonale rettsregelen og den aktuelle konvensjonsbestemmelsen, som må tolkes i samsvar med reglene i Wienkonvensjonen om traktatretten. Ved anvendelse av forrangsregelen i menneskerettsloven § 3, om forholdet mellom norske lovbestemmelser og EMK, har Høyesterett trukket opp en fremgangsmåte i Rt-2000-996 (Bøhler-prinsippet). I dommen

på side 1007 uttaler Høyesterett at: «Selv om norske domstoler ved anvendelsen av EMK skal benytte de samme tolkningsprinsipper som EMD (Den europeiske menneskerettsdomstolen), er det EMD som i første rekke har til oppgave å utvikle konvensjonen.» Videre uttales at dette særlig gjelder: «dersom den norske lovgiver har vurdert forholdet til EMK og lagt til grunn at det ikke foreligger motstrid.» I Rt-2005-833, avsnitt 45, uttales at dersom det er tvil om forståelsen «må norske domstoler ved avveiningen av ulike interesser eller verdier kunne trekke inn verdiprioriteringer som ligger til grunn for norsk lovgivning og rettsoppfatning.»

Retten vil først kort redegjøre for de aktuelle bestemmelsene i EMK og SP og deretter vurdere om lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62, er i strid med menneskerettighetene. I denne sak er det lovens versjon av 1. januar 2014 som gjaldt på det tidspunkt tvangsvedtakene ble fattet. Dernest vil retten vurdere om tvangsbehandlingen Eidsvik mottok er i samsvar med psykisk helsevernloven og derav menneskerettighetene.

Nærmere om EMK og SP

Retten kan ikke se at rettighetene etter SP artikkel 7 (som forbyr tortur og annen nedverdiggende eller umenneskelig behandling), og SP artikkel 17 (om at ingen må utsettes for vilkårlig eller ulovlig inngrep i privat- eller familieliv), har et videre omfang enn de parallelle bestemmelsene i EMK artikkel 3 og 8. Eidsvik har heller ikke anført at SP artikkel 7 og 17 gir henne en bredere beskyttelse enn EMK artikkel 3 og 8. Retten vil derfor i det følgende ta utgangspunkt i de påberopte bestemmelsene i EMK. Retten har inntatt bestemmelsene i EMK nedenfor.

«Art 3. Forbud mot tortur

Ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.»

«Art 8. Retten til respekt for privatliv og familieliv

1. Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.

2. Det skal ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet i utøvelsen av denne rettighet unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.»

Etter ordlyden dreier EMK artikkel 3 seg om et totalforbud mot tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Bestemmelsen inneholder ikke unntak eller begrensninger. De rettslige utgangspunktene er redegjort for i HR-2024-551-S, (med videre henvisning til HR-2017-1127-U). Fra dommen avsnitt 77 hitsettes:

«Menneskerettsdomstolen har i sin praksis understreket at for å rammes av forbudet i artikkel 3, så kreves det et minimum av alvor – ‘a minimum of severity’/‘un minimum de gravité’, jf. for eksempel storkammerdom 26. oktober 2000 Kudła mot Polen avsnitt 91. Om grensen er overskredet, beror på en samlet vurdering, hvor det blant annet skal legges vekt på behandlingens karakter og den sammenheng den inngår i, varigheten, de fysiske og psykiske virkningene for den som rammes, og etter forholdene også vedkommendes kjønn, alder og helsetilstand, jf. storkammerdom 15. desember 2016 Khlaifia og andre mot Italia avsnitt 159-160. Formålet med behandlingen er viktig, især vil det veie tungt i retning brudd dersom intensjonen nettopp er å ydmyke eller krenke. Men også for tiltak som er legitimt begrunnet utgjør artikkel 3 en grense, i den utstrekning disse i form, intensitet eller varighet går lenger enn nødvendig eller på annen måte er uforholdsmessig belastende, jf. storkammerdom 28. september 2015 Bouyid mot Belgia avsnitt 86-88.»

For at EMK artikkel 3 skal være krenket, må det altså foreligge et minimum av alvor. Om terskelen er overskredet beror på en samlet vurdering av en rekke momenter, hvor formålet med behandlingen er viktig. Også legitimt begrunnede tiltak er ulovlig dersom de er unødvendige eller uforholdsmessige.

Tvangsbruk som er faglig forsvarlig og medisinsk nødvendighet er ikke i strid med EMK artikkel 3 jf. EMDs dom av 24. september 1992, Herczegfalvyv mot Østerrike. Men, tvang bør kun benyttes som sist utvei og det må være rettssikkerhetsgarantier på plass jf. EMDs dom av 19. mai 2015, M.S mot Kroatia, avsnitt 104 og 105.

Hovedpoenget med EMK artikkel 8 er å gi individene rett til selv å råde over seg og sitt, uten innblanding utenfra (integritetsperspektivet). Det ikke tvilsomt at tvangsbehandling er et inngrep etter EMK artikkel 8, men inngrepet er likevel lovlig dersom det «har hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og er forholdsmessig» jf. HR-2016-1286-A avsnitt 25. EMD har uttalt at tvangsmedisinering av en pasient med psykisk lidelse kan være berettiget for å beskytte pasienten selv eller andre. Det følger også av EMDs dom av 3. juli 2012, X mot Finland, avsnitt 120, at tvangshandling kan være lovlig, men at effektive rettssikkerhetsmekanismer må være på plass.

Et forhold som ikke når opp til terskelen for krenkelse av EMK artikkel 3 om umenneskelig eller nedverdiggende behandling, kan utgjøre et uforholdsmessig inngrep i privatlivet etter EMK artikkel 8.

Er EMK artikkel 3 og artikkel 8 i strid med psykisk helsevernloven

Når det gjelder spørsmålet om tvangsmedisinering av samtykkekompetente er i strid med menneskerettighetene ble spørsmålet behandlet av Høyesterett i HR 2016-1286-A.

Saken gjaldt en 54 år gammel kvinne som de siste 15 årene hadde hatt diagnosen paranoid schizofreni, som nå fungerte godt og som ble ansett som samtykkekompetent i somatiske anliggender. Hun gjorde for Høyesterett gjeldende at tvangsmedisinering av psykisk syke, som er samtykkekompetente, i seg selv er i strid med menneskerettighetene dersom dette utelukkende skjer av hensyn til vedkommende selv. Kvinnen hadde påberopt bestemmelser både i Grunnloven, EMK artikkel 3 og artikkel 8, samt flere bestemmelser i CRPD.

Når det gjaldt Grunnloven § 102 og EMK artikkel 3 fremholdt Høyesterett at tvangselementet og medisinenes effekt og eventuelle bivirkninger, på kort og lang sikt, var viktig for den rettslige vurderingen. Men det må generelt sett være en høy terskel for å karakterisere noe som umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dersom formålet er terapeutisk er man utenfor det som rammes, forutsatt at det på et avklart medisinsk grunnlag kan bygges på at tvangen er forholdsmessig.

Når det gjaldt Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8 uttalte Høyesterett at det ikke er tvilsomt at tvangsmedisinering, og medisinering som pasienten i og for seg medvirker til innenfor rammen av et virksomt vedtak om tvangsinnleggelse, utgjør et inngrep i pasientens rettigheter etter disse bestemmelsene. Men førstvoterende understreket samtidig at Grunnloven § 102 og Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8 ikke utgjør absolutte hindre for slike inngrep. Det som er avgjørende etter bestemmelsene er om inngrepet har hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og er forholdsmessig.

Det ble videre påberopt at tvangsmedisinering av psykisk syke, på grunn av at selve sykdommen, er diskriminerende og i strid med CRPD. Høyesterett viste til at materialet som var fremlagt med hensyn til hvilke føringer og begrensninger CRPD gir for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, er fragmentarisk, flertydig og i noen grad også motstridende. Høyesterett konkluderte imidlertid som følgende i avsnitt 30 og 31:

«Så langt jeg kan bedømme dette, er det ikke grunnlag for generelt å konkludere med at konvensjonen forbyr tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, når dette skjer i henhold til de kriterier som følger av psykisk helsevernloven. Jeg viser her også til Prop.106 S (2011–2012) side 16, hvor det gis uttrykk for at det i forbindelse med Norges ratifikasjon ikke ble funnet nødvendig å endre tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven § 3-2, § 3-3 og § 4-4. Det blir der dessuten fremhevet at det gjelder klare tilleggsvilkår som må være oppfylt før tvangstiltak kan benyttes, og at varig og alvorlig psykisk lidelse ikke i seg selv gir adgang til tvungent psykisk helsevern. Norge har avgitt en særskilt erklæring til artikkel 14, bygget på den forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier.

På denne bakgrunnen er jeg ikke enig med A i at det gjelder et mer alminnelig menneskerettslig forbud mot tvangsmedisinering av psykisk syke som ikke utgjør noen fare for andre, selv om vedkommende – på grunn av den pågående tvangsmedisineringen – for tiden er så velfungerende at han eller hun anses samtykkekompetent i andre anliggender, blant annet med hensyn til somatisk behandling. En ganske annen sak er at de menneskerettslige normene i Grunnloven og i konvensjonene utgjør rettslige rammer, rammer som ligger til grunn for utformingen av den alminnelige lovgivningen om tvangsbruk og som også, i varierende grad, vil måtte virke styrende ved tolkningen og anvendelsen av denne lovgivningen.»

Høyesteretts konklusjon er således at det ikke gjelder et alminnelig menneskerettslig forbud mot tvangsmedisinering av samtykkekompetente psykisk syke, og at tvangsbehandling i tråd med psykisk helsevernloven ikke er menneskerettstridig, men at menneskerettsnormer kan virke styrende for tolkningen.

Videre vises til HR-2023-2018-A som gjaldt spørsmål om opphør av tvunget psykisk helsevern, og hvor saksøker også påberopte at behandlingen var i strid med flere av artiklene i EMK, bl.a. EMK artikkel 8 om retten til privatliv. I dommen avsnitt 126, henvises det til avsnitt 120, hvor førstevoterende uttaler at: «[e]tter mitt syn tar helhetsvurderingen som psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 7 gir anvisning på, opp i seg de menneskerettslige normene som EMK artikkel 8 bygger på.»

Basert på disse dommene fra Høyesterett er det i utgangspunktet ikke noe som tilsier at psykisk helsevernloven er i strid med EMK.

Spørsmålet om psykisk helsevernlovens forhold til menneskerettighetene er videre kommentert i forarbeidene til psykisk helsevernloven i Ot.prp.nr.11 (1998-1999). Under kapittel 4, «Menneskerettighetene», punkt 4.2.2. om «Forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling i art 3» uttales følgende på side 34:

«Når det gjelder gjennomføring av psykisk helsevern har lovutkastet noen bestemmelser som har stor relevans i forhold til art 3 i EMK. I § 4-2 heter det at i de tilfeller der det er adgang til bruk av restriksjoner og tvang, skal disse tiltak innskrenkes til det strengt nødvendige. Hva som er strengt nødvendig må ses i forhold til formålet med tvangen eller restriksjonene, og hensynet til gjennomføringen av en faglig forsvarlig og human behandling må trekkes inn i disse formålsvurderingene.

Det må understrekes at art 3 i seg selv ikke forbyr rettmessig bruk av tvang f.eks. for å kunne gjennomføre en helt nødvendig psykiatrisk behandling. Behandlingen må

imidlertid være medisinsk indisert, og ikke ha som formål å nedverdige pasienten på noen som helst måte.»

Videre på side 35 under kapitel 4.2.5., «Beskyttelsen av privatlivet etter art 8», kommenteres psykisk helsevernloven iht. EMK artikkel 8 slik:

«Art 8 (1) i EMK sier at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. Art 8 (2) tar for seg de unntakene som statene kan gjøre fra dette hovedprinsippet. Den delen av art 8 (2) som særlig har relevans, sier at det ikke skal skje noe inngrep av statlig myndighet i utøvelsen av den retten som er nevnt i art 8 (1), unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn -- for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.

Lovutkastets § 4-5 om forbindelse med omverdenen er vurdert å være i samsvar med EMK art 8.»

Som det fremkom ovenfor er det i psykisk helsevernlovens forarbeider konkret vurdert og konkludert med at loven er i samsvar med EMK artikkel 3 og 8. I tillegg vises til Høyesteretts vurdering i dommene det er referert til ovenfor.

Rettens konklusjon er etter dette at psykisk helsevernloven ikke er i strid med EMK artikkel 3 eller artikkel 8.

Særlig om betydningen av CRPD

Eidsvik har som nevnt anført at tvangsbehandling med psykofarmaka er menneskerettsstridig. Som det prinsipale grunnlaget har **hun vist til at CRPD forbyr tvangsbehandling, og at CRPD er helt sentralt for tolkningen av EMK** og SP. Retten bemerker i den forbindelse at andre konvensjoner kan bli vektlagt ved tolkningen av EMK og SP jf. Jon Fridrik Kjølbo, Den Europæiske Menneskerettighedskonvention – for praktikere, 6. utgave (2023) side 27.

CRPD, som skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne, ble ratifisert av Norge i 2013. Det er særlig CRPD artikkel 14 (Rett til frihet og personlig sikkerhet), artikkel 15 (Frihet fra tortur eller grusom umenneskelig eller nedverdiggende behandling og straff) og artikkel 25 (Helse) som er nært beslektet med EMK artikkel 3 og 8. FN komiteen som overvåker konvensjonen (CRPD-komiteen), mener at tvangsbruk ovenfor personer med psykiske lidelser ikke er i tråd med konvensjonens diskrimineringsforbud.

I forbindelse med ratifiseringen av CRPD, avga Norge to tolkningserklæringer som

(hvorav særlig den ene er relevant her) klargjør at **myndighetene forstår konvensjonen slik at psykisk helsevernloven oppfyller konvensjonskravene**. Tingretten viser i den forbindelse til Prop. 106 S (2011–2012), «Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne», punkt 4.2.6, på side 16. Herfra hitsettes:

«I forbindelse med ratifikasjonsprosessen har det blitt vurdert om det er samsvar mellom norsk rett og konvensjonens artikkel 14. Konklusjonen er at konvensjonsforpliktelsene ikke nødvendiggjør endringer i de gjeldende tvangshjemlene i nasjonal helselovgivning (Psykisk helsevernloven § 3-2, § 3-3 og § 4-4). Tvangsbestemmelsene etter gjeldende norsk rett oppstiller klare tilleggsvilkår som må være oppfylt for at tvangstiltak kan benyttes, og en varig og alvorlig psykisk lidelse vil i seg selv ikke gi adgang til tvungent psykisk helsevern. Det er med andre ord ikke vedkommendes nedsatte funksjonsevne i seg selv som er avgjørende for om tvangstiltak kan benyttes etter norsk rett, noe som i så fall ville ha vært i strid med konvensjonen.»

Selv om norsk rett ble vurdert til å være i samsvar med konvensjonens bestemmelser, ble det ved ratifikasjon avgitt følgende erklæring til artikkel 14 (og artikkel 25) for å klargjøre Norges forståelse av bestemmelse(-e) jf. Prop. 106 S side 17:

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

Denne forståelsen av CRPD er også i samsvar med Høyesteretts syn i HR 2016-1286-A og HR-2020-1167-A, som retten har vist til ovenfor.

Videre viser retten til at Kultur- og likestillingsdepartementet 2. desember 2022 oppnevnte et juridisk ekspertutvalg som skulle utrede inkorporering av CRPD i norsk lov. I utvalgets utredning, som ble fremlagt 15. januar 2024, er spørsmålet om CRPD forbyr tvangsbehandling vurdert. I utredningens del II, punkt 14.5.6, på side 66 konkluderes det slik:

«Forståelsen som staten gir uttrykk for i Norges tolkningserklæring fremstår samlet sett som en forsvarlig tolkning av artikkel 14 og artikkel 25. Det eksisterer noe rettslig usikkerhet her, men komiteens forståelse er omstridt og flere momenter trekker i retning av at konvensjonen ikke stenger for enhver bruk av tvang.

Utvalget mener derfor at det ikke er grunn til å fravike forståelsen om at frihetsberøvelse og tvang kan anvendes «som en siste utvei, når det er nødvendig og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier». I lys av at Norges erklæring fremstår forsvarlig ut fra folkerettens metode om tolkning av konvensjoner, antas at domstolene vil vike tilbake fra å sette lovgivers vurdering til side.»

For øvrig viser ekspertutvalget til at det på nasjonalt plan har vært flere tidligere utvalg som har utført grundige vurderinger av spørsmålet, og samtlige har konkludert med at konvensjonen ikke stenger for at innleggelse og behandling aldri skal kunne utføres uten samtykke.

Det pekes videre på at synspunktet til FN-komiteen for funksjonshemmedes rettigheter er også vanskelig å forene med andre menneskerettigheter, som retten til høyest oppnåelig helsestandard og retten til liv.

Det er blant internasjonale menneskerettsorganer også ulike oppfatninger om nasjonalstatenes handlingsrom på dette området. Norge har (som flere andre land) opprettholdt vurderingen av at tvangsbehandling vil kunne være forenelig med bestemmelsene i CRPD.

Videre viser retten til at EMD praksis har sentral vekt i norsk rett, mens den rettskildemessige vekten av CRPD-komiteens generelle kommentarer derimot er mindre klarlagt.

Etter denne gjennomgangen er det rettens oppfatning at den forståelsen av konvensjonen som den norske tolkningserklæringen til artikkel 14 og artikkel 25 gir uttrykk for kan legges til grunn. Retten kan således ikke se at det er rettslig grunnlag for å tolke CRPD dit hen at konvensjonen forbyr tvangsbehandling.

Konklusjon

Rettens konklusjon er etter dette at psykisk helsevernloven ikke er i strid med EMK artikkel 3 eller artikkel 8.

Men dette utelukker ikke at brudd på menneskerettighetene kan skje ved feil praktisering av psykisk helsevernloven.

Var tvangsbehandlingen av Eidsvik i samsvar med psykisk helsevernloven og dermed menneskerettighetene

Retten vil først gi en oversikt over regelverket, kort redegjøre for kunnskapsgrunnlaget knyttet til tvangsmedisinering, faglige retningslinjer for behandling og rettens

prøvingskompetanse. Deretter vil retten forta en konkret vurdering av tvangsbehandlingen Eidsvik mottok.

Overordnet om rettssikkerhetsmekanismer for vedtak etter lov om psykisk helsevern
Kontroll og overprøving av tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven (2014 versjonen) ivaretas av kontrollkommisjonene, fylkesmannen (i dag statsforvalteren) og domstolene.

Kontrollkommisjonenes oppgaver og virksomhet er regulert i psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernloven kapittel 7. Hovedoppgaven til kontrollkommisjonene er å ivareta rettssikkerheten til pasienter under psykisk helsevern. Kommisjonene skal både behandle klagesaker etter psykisk helsevernloven § 3-7 og drive kontroll på eget initiativ jf. psykisk helsevernloven §3-8.

Det følger av psykisk helsevernloven § 3-7 fjerde ledd at pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende kan påklage vedtak om tvunget psykisk helsevern til kontrollkommisjonen innen tre måneder etter at vernet er opphørt. Skjerming og isolasjon kan klages inn for kontrollkommisjonen etter hhv. psykisk helsevernloven § 4-3 tredje ledd og § 4-8 femte ledd. Det følger av psykisk helsevernloven § 6-3 at kontrollkommisjonen er uavhengig i sin virksomhet. Tvangsmedisineringsvedtak kan klages til fylkesmannen jf. psykisk helsevernloven § 4-4 syvende ledd.

Høyesterett har i Rt-2001-1123, avsnitt 34, lagt til grunn at behandlingen av klage over tvangsvedtak i kontrollkommisjonen generelt sett tilfredsstillende de krav til domstolskontroll som følger av EMK artikkel 6 og krav til effektiv prøvingsrett som følger av EMK artikkel 13.

Dersom pasienten får avslag i kontrollkommisjonen i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ 3-2, 3-3 og 3-7 kan vedtaket bringes inn for tingretten etter spesialreglene i tvisteloven kapittel 36. jf. psykisk helsevernloven § 7-1. Spesialreglene er tilpasset de spesielle behov slike inngrep gir dem som utsettes for det. Det vises til at retten er gitt en utvidet prøvelsesadgang med hjemmel i tvisteloven § 35-6. Retten kan prøve alle sider av saken og har samme kompetanse som forvaltningsorganet jf. tvisteloven § 36-5 tredje ledd. Saken skal behandles så hurtig som mulig og staten bærer alle kostandene med saken jf. hhv. tvisteloven § 36-5 og § 36-8. Retten settes med to meddommere, hvorav den ene er fagkyndig jf. tvisteloven § 36-4.

Andre vedtak om tvangsbehandling kan bringes inn for tingretten under de vanlige prosessformer. I tillegg vises til at selv om vedtak om tvangsmedisinering ikke kan reises som et selvstendig grunnlag etter tvisteloven kapittel 36, så vil tvangsmedisinering ofte være tema i saker som bringes inn for tingretten etter kapittel 36. Spørsmålet om tvangsmedisinering kan ha betydning for vilkårene om vesentlig bedring eller forverring jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3, og har ofte betydning for helhetsvurderingen etter

§ 3-3 nr. 7.

Hverken tvangsmedisinering, skjerming eller isolasjon vil gyldig kunne iverksettes med mindre vedkommende pasient er underlagt vedtak om tvungent psykisk helsevern. I den grad han eller hun motsetter seg tvunget vern, og et slikt vedtak blir gjenstand for domstolskontroll vil domstolskontrollen indirekte ha betydning for gyldigheten av vedtak fattet etter psykisk helsevernloven kapittel 4.

Generelt om psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften

Psykisk helsevernloven av 1999 er endret flere ganger siden vedtagelsen. I denne sak er det historisk versjon av loven fra 1. januar 2014, med forskriftens versjon av 26. oktober 2012, som gjaldt på det tidspunkt tvangsvedtakene ble fattet. Retten vil nedenfor gjennomgå de aktuelle lovbestemmelsene.

Lovens formål følger av § 1-1 som lyder slik:

«Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.»

Vilkårene for tvungen psykiatrisk behandling – tvungent psykisk helsevern – fremgår av psykisk helsevernloven § 3-3. Grunnvilkåret er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, jf. bestemmelsens nr. 3. I tillegg må minst ett tilleggsvilkår være oppfylt, jf. nr. 3 bokstav a og b, og tvungent psykisk helsevern må etter en helhetsvurdering fremtre som den klart beste løsning, jf. nr. 6.

Det er ubestridt at vilkårene for tvunget psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3 var oppfylt. Spørsmålet gjelder lovligheten av tvangsbehandlingen i form av tvangsmedisinering, praktiseringen av skjerming og bruken av isolasjon under innleggelsene.

Av § 4-2 «Vern om personlig integritet» første ledd følger at:

«Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.»

Det innebærer at det må være en forholdsmessighet mellom tvangen og de behandlingsmessige eller andre legitime mål som søkes oppnådd, og det skal tas hensyn til pasientens syn på tiltakene. Integriteten og verdigheten til pasienten må respekteres.

Psykisk helsevernloven § 4-3 omhandler «skjerming». Dette er et tiltak som kan bestemmes av faglig ansvarlig av behandlingsmessige grunner, eller av hensyn til andre pasienter ved institusjonen, og brukes «[d]ersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig». Skjerming innebærer at pasienten skjermes for medpasienter og fra det personellet som vanligvis ikke har noe med pasienten å gjøre. Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer, jf. § 4-3 annet ledd.

Vilkårene for medisinerer med tvang følger av psykisk helsevernloven § 4-4. Bestemmelsen lyder slik:

«Pasient under tvungent psykisk helsevern kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

- a. Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.
- b. [...].

Tredje ledd i bestemmelsen krever at det først forsøkes å oppnå samtykke til legemiddelbehandling, med mindre det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til tvangshandling. Videre følger at:

«[b]ehandling uten samtykke kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. **Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.**»

Tvang skal begrenses til det strengt nødvendige jf. § 4-2. Det stilles krav om at de gunstige virkningene klart skal oppveie ulempene. **Ved valg mellom ulike tiltak skal det minst inngripende benyttes.** Dette kan for eksempel være valg mellom medikamentell behandling og ulike former for samtaleterapi med videre.

Etter § 4-8 skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er «uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting.» Videre følger at:

«Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Som tvangsmiddel kan anvendes:

a. [...]

b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.

[...]»

Tvungent psykisk helsevern skal altså bare finne sted dersom det etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsning for vedkommende og det skal legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

For øvrig viser retten til at psykisk helsevernloven i 2017 ble supplert blant annet med et vilkår om manglende samtykkekompetanse, som vilkår for tvang, for å øke pasientens selvbestemmelsesrett. Innleggelsene i denne sak skjedde forut for denne lovendringen.

Videre viser retten til psykisk helsevernforskriften (versjon av 26. oktober 2012) hvor særlig forskriften §§ 15, 18, 19 og 20 er aktuelle i denne sak.

Av forskriften § 15 følger at restriksjoner og tvang ikke skal være mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig. Tiltak kan bare iverksettes dersom det gir **en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket**. Pasienten skal gis så stor innflytelse som mulig og har rett til å medvirke ved valg mellom ulike tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder.

I § 18, som omhandler gjennomføring av skjerming, heter det: «[s]kjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjermet enhet). Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten befinner seg.» Pasienten kan holdes tilbake dersom han eller hun forsøker å forlate stedet der skjermingen blir gjennomført. Helsepersonell skal være til stede i den utstrekning det er nødvendig. Dersom pasienten ønsker å være alene skal helsepersonell forlate rommet.

Av § 19 følger at det alltid skal vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til behandling uten eget samtykke før vedtak om tvang treffes.

Før det treffes vedtak om tvangsmedisinering skal faglig ansvarlige for vedtaket personlig ha undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timer jf. forskriften § 20. Videre følger at den «totale undersøkelsestiden kan ikke settes til mindre enn 3 døgn, med mindre pasienten ved

uttsettelse vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.» Gjennom hele undersøkelsesperioden skal behandlingsstedet søke å få pasientens tillit slik at behandling kan gjennomføres med pasientens samtykke.

Kunnskapsgrunnlaget når dert gjelder medisinerer – retningslinjer

Det er kunnskapsgrunnlaget på behandlingstidspunktet i perioden 2014–2016 som er avgjørende. Retten vil nedenfor likevel vise til nyere retningslinjer da retten etter bevisførselen ikke kan se at det har vært endringer i kunnskapsgrunnlaget av betydning.

Bruken av legemidler vil kunne ha til dels alvorlige bivirkninger. Av psykisk helsevernloven § 4-4 fremgår at slik behandling bare kan gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. I forarbeidene til psykisk helsevernloven Ot.prp.nr.11 (1998-1999), kapittel 8.4.5.3 , side 100 uttales:

«Bruken av legemidler vil ikke sjelden ha sjenerende bivirkninger for pasienten. Det må derfor stilles strenge krav til kvaliteten av det medisinske skjønn som ligger til grunn for en beslutning om tvangsbehandling med legemidler. **Det må også kreves at man med ganske stor sikkerhet kan regne med at behandlingen vil gi vesentlige gunstige virkninger for pasienten.** Ved denne vurderingen må det også legges vekt på hvorvidt det er fare for at behandlingen vil ha bivirkninger, og på hvor sterkt og hvordan medisinen påvirker pasientens fysiske og psykiske tilstand.»

Kravet innebærer at det kreves mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt for slik gunstig effekt for at tvangsmedisinerer skal være lovlig.

Bruk av psykofarmaka har de senere årene vært gjenstand for kritikk både når det gjelder dokumentasjon av mulig effekt og forholdet mellom dokumentert effekt og bivirkninger jf. bl.a. **Peter Gøtzsche og Ketil Lund, «Tvangsmedisinerer må forbys», Kritisk Juss, 2016, som er fremlagt i saken.** Saksøker har anført at det ikke finnes forskning som gir grunnlag for å mene at det ved behandling av enkeltindivider kan foreligge slik sannsynlighet for positiv effekt som loven krever. Det hevdes at den forskningen som foreligger, viser at man på gruppenivå bare ser positiv effekt i et fåtall tilfeller, og at det ikke er mulig på forhånd å si hvilke pasienter som vil oppnå en slik effekt.

Saksøker har anført at akutte psykoser går over av seg selv og at akutte psykoser ikke skal behandles med nevroleptika jf. Store Medisinske leksikon, psykiater Malt (Rettens faktiske utdrag side 957). Saksøker har anført at **benzodiazepiner i stedet kan benyttes** for å dempe angst, uro, søvnvansker og agitasjon, og at forskning viser at man bare hos hver femte pasient kunne dokumentere tilstrekkelig effekt av tvangsmedisinerer jf. Paulsrud-utvalget, NOU 2011:9. Saksøker ha vist til at det finnes gode eksempler på psykososiale

behandlingsformer og medikamentellfri behandling som for eksempel «Open dialog» (Finland) og Soteria House (Sveits og USA). Saksøker har videre anført at pasienter som ikke ønsker behandling med legemidler bør få et akseptabelt alternativ. En god terapeutisk relasjon, hvor helsepersonellet respekter pasientens valg har også betydning for utfallet av behandlingen. Hun har vist til at bruken av tvang kan ha negativ betydning for behandlingsresultatet (Noceboeffekt, dvs. at negative forventninger til en faktisk behandling også kan motvirke effekten) jf. bl.a. Paulsrud-utvalget NOU 2011:9 og Østenstad-utvalget NOU 2019:14 «Tvangsbegrensingsloven».

Østenstad-utvalget skiller mellom effekt ved akutte psykiske symptomer og effekt av vedlikeholdsbehandling. Utvalget skriver på side 242 at det er «godt dokumentert» at antipsykotiske midler har effekt mot akutte manier og akutte psykoser. Videre uttaler utvalget at «i akuttbehandlingen er midlene klart mer effektive enn placebo, men i meta-analyser blir effekten vurdert som moderat», og at «[e]ffekten av midlene er størst på de positive psykotiske symptomene og mer usikker når det gjelder depressive symptomer.

Videre skriver utvalget at «den absolutte forskjellen i risiko for ikke å nå bedringsmålet er stort sett mellom 10 og 20 prosent i de refererte undersøkelsene. Antallet pasienter som må behandles for at en ekstra pasient skal oppnå bedring, er fra 5 til 10».

Om effekt av vedlikeholdsbehandling uttaler utvalget at «den langsiktige virkningen av [behandling med antipsykotika] er vanskelig å undersøke, og motstridende resultater gjør det vanskelig å konkludere sikkert om hvor stor effekten er».

Staten har på sin side anført at ekspertutvalget for samtykkekompetanse, (som ble nedsatt av regjeringen 5. mai 2022), og oppsummeringen i deres rapport av juni 2023, gir et mer nyansert bilde av de ulike synspunktene i debatten og at kunnskapsgrunnetilsier at det er stor effekt av antipsykotisk medisin, men at det rapporteres negative virkninger fra brukere. Retten viser i den forbindelse til side 116 i utvalgets rapport hvor utvalget skriver:

«[...] at ulike tilnærminger til kunnskapsgrunnetilsier om behandling av psykiske lidelser står sentralt i tvangsdebatten [...] personlige erfaringer formidlet gjennom brukerorganisasjoner har dannet grunnlag for politiske beslutninger. Dette har utfordret den tradisjonelle posisjonen til en biomedisinsk tilnærming øverst i kunnskapshierarkiet. Forkjemperne for kunnskapsbasert medisin har likevel akseptert økt brukermedvirkning. [...] tvangsmedisinering og spørsmålet om effekt av antipsykotiske legemidler utgjør to stridstemaer hvor de ulike tilnærmingene til behandling av psykiske lidelser fremstår uforsonlige. [...] Utvalget vurderer at kunnskapsgrunnetilsier, slik det fremstår i dag, viser at behandling med antipsykotiske legemidler, på gruppenivå, er forbundet med lavere dødelighet (Strømme et al., mortality is increased 2021) og lavere risiko for gjeninnleggelse etter utskrivelse (Strømme et al., 2022). Likevel erfarer utvalget at mange personer med alvorlig psykisk lidelse selv opplever

bivirkningene av å bruke antipsykotiske legemidler som mer ubehagelige enn virkningene.»

Videre viser retten til nasjonale faglige retningslinjer utgitt av Helsedirektoratet. I «Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidningar» (IS-1925, utgitt november 2012) og «Nasjonal faglige retningslinje for utredning behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» (IS-1957, utgitt juli 2013, sist oppdatert juni 2022).

Retningslinjen for bipolare lidelser, gjelder bla. for manisk episode og bipolar lidelse type I jf. side 9, og således relevant i Eidsviks tilfelle. Den sistnevnte retningslinjen gjelder ikke direkte affektive psykoselidelser, men retningslinjen er likevel relevant da legemiddelet virker symptomatisk (dvs. behandler symptomer og ikke grunnlidelsen).

Arbeidsgruppene som har utarbeid retningslinjene har bestått av sentrale fagpersoner og brukere/brukerrepresentanter. Retningslinjer er anbefalinger basert på den best tilgjengelige kunnskapen på tidspunktet de ble utarbeidet, og gir uttrykk for hva som er god praksis når det gjelder helsehjelp. **Retningslinjen for psykosebehandling er basert på et omfattende utvalg av studier.**

I retningslinjen for bipolare lidelse punkt 6.1, side 62 uttales om behandlingen med legemiddel at: «Medikament er hjørnesteinen i behandlinga av mani.» På 63 fremkommer at: «Alle antipsykotiske middel som er undersøkte ved akutt mani og blanda episode, har vist betre effekt enn placebo.»

Fra psykoseretningslinjen vises retten særlig til følgende omtale av effekt av antipsykotika på side 76:

«Mer enn 100 kontrollerte studier viser at antipsykotiske legemidler har en klart bedre effekt enn ikke-virksomme legemidler (placebo) når det gjelder å redusere akutte psykosesyntomer, som hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering. **Avhengig av pasientgruppen, vil 50–80 % av pasientene som får virksomt legemiddel, bli betydelig bedre, sammenlignet med 5–40 % av dem som ikke får virksomt legemiddel [...]**

totally misleading

Med dette som bakgrunn er antipsykotisk legemiddelbehandling anbefalt som førstevalgsbehandling både ved akutte psykosetilstander og til forebygging av tilbakefall.»

På side 86 om behandling ved tilbakefall skrives:

«Ved et tilbakefall eller en akutt forverring av en psykoselidelse bør en starte legemiddel behandling etter de samme prinsippene som ved oppstart for første gang.

Pasientens erfaringer, vurdering av virkning og bivirkning over tid bør være sentralt når en skal velge preparat.»

Basert på retningslinjene er det meget gode holdepunkter for reduksjon av psykotiske symptomer ved bruk av antipsykotiske medikament ved akutte psykosetilstander og mani.

Bruken av antipsykotiske medikament er også anbefalt i internasjonale behandlingsretningslinjer jf. World Health Organizations (WHO) «Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders», 2023 side 88 og 96 hvor det er en sterk anbefaling («strong recommendation») om bruk av antipsykotisk medisin ved psykose og mani.

Retten viser også til at Østenstad-utvalget, som referert ovenfor, skiller mellom effekt ved akutte psykiske symptomer og effekt av vedlikeholdsbehandling, og at det er godt dokumentert at antipsykotiske midler har effekt mot akutte manier og akutte psykoser,

For øvrig bemerker retten at bruk av generell kunnskap i vurderingen er spesielt aktuelt ved behandling av førstegangs psykose, hvor man ikke har individuell erfaring med behandlingseffekt. Dette er ikke tilfelle i denne sak, som gjelder Eidsvik niende, tiende og ellefte innleggelse i psykiatrien.

Rettens prøvingskompetanse

Spørsmålet er hvilken kompetanse retten har ved overprøvingen av vedtakene som behandlingstilstanden fattet om tvangsmedisinering, bruk av skjerming og isolasjon overfor Eidsvik.

Ved prøving av forvaltningsvedtak kan domstolene vanligvis kontrollere saksbehandlingen, at vedtaket er truffet på et riktig og fullstendig faktisk grunnlag, samt rettsanvendelsen. Retten må herunder ta stilling til om et inngripende vedtak har tilstrekkelig hjemmel, og om de forholdsmessighetskrav som følger blant annet av Grunnloven, menneskerettskonvensjonene og den alminnelige lovgivning, er overholdt.

Ved den rettslige prøvingen av opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter tvisteloven kapittel 36 går domstolenes kompetanse enda videre, som redegjort for ovenfor. Men de særlige prosessreglene i tvisteloven kapittel 36 gjelder bare så langt dette er fastsatt i psykisk helsevernloven § 7-1.

Andre krav, slik som kravene i denne sak, må fremmes etter tvistelovens alminnelige regler. For å avgjøre om man da står overfor et rettsanvendelseskjønn eller et det frie forvaltningsskjønn vil bero på en helhetsvurdering, hvor utgangspunktet vil være en tolkning av ordlyden i vedkommende lovbestemmelse.

Er et vedtak særlig inngripende for den private parten, som tvangsmedisinering, kan det ut fra rettssikkerhetshensyn være grunn for domstolene til å være mer inngående i prøvingen enn ellers.

På den annen side innebærer ordlyden i psykisk helsevernloven om tvangsmedisinering i § 4-4, og om skjerming i § 4-3, særlig medisinskfaglige vurderinger. Dette tilsier at subsumsjon bør være overlatt til forvaltningens skjønn. Dette støttes også av uttalelser i lovens forarbeider jf. Ot.prp. nr.11 (1998-1999) kapittel 11.4 , side 140 hvor det her:

«Departementet vil imidlertid bemerke at andre vedtak enn vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern kan bringes inn for domstolene, men ikke etter de særlige rettergangsreglene i tvistemålsloven kap 33. Kravet om rettslig interesse etter tvistemålsloven § 54 vil som oftest være oppfylt i disse sakene, slik at det kan reises sak om lovligheten av de aktuelle tvangsinngrep i henhold til tvistemålslovens alminnelige rettergangsregler.

Med mindre kontrollkommisjonens vedtak inneholder det som må anses som feil i henhold til læren om myndighetsmisbruk, vil domstolenes prøvingsrett for disse vedtakene være begrenset av kontrollkommisjonens frie skjønnskompetanse. Dersom det hefter feil ved saksbehandlingen eller lovanvendelsen vil imidlertid domstolene også kunne prøve disse sidene av vedtaket.»

Sammenhengen med domstolsprøving etter psykisk helsevernloven § 7-1, jf. tvisteloven særlige prosessregler i kapittel 36, tilsier således at domstolen ikke skal overprøve det faglige skjønnet fullt for vedtak som ikke er omfattet av § 7-1. Retten viser til at i saker etter tvisteloven kapittel 36 oppnevnes meddommere, hvorav en av meddommerne er fagkyndig. Dette for at tingretten skal være bedre i stand til å prøve alle sider av saken herunder hensiktsmessighetsvurderingen. Dette er ikke tilfellet ved domstolsprøvingen for vedtak etter psykisk helsevernloven §§ 4-4 og 4-3. På denne bakgrunn er det rettens oppfatning at tingretten ikke kan ta stilling til den konkrete skjønnsutøvingen, dvs. om skjønnet er var hensiktsmessig.

Når der gjelder spørsmålet om bruken av isolasjon etter psykisk helsevernloven § 4-8 er det klart at bruken av isolasjon ikke er et behandlingstiltak jf. psykisk helsevernloven § 25. Rettens prøving av om isolasjon har skjedd i samsvar om psykisk helsevernloven § 4-8 hjemler således et rettsanvendelsesskjønn som domstolen kan prøve fullt ut.

Retten går så over til å vurdere om behandlingen av Eidsvik under de tre innleggelsene i perioden 2014 til 2016 har vært i samsvar med psykisk helsevernloven. De momenter som er fremhevet ovenfor, under gjennomgangen av EMK, vil også være gjeldende for

vurderingen etter psykisk helsevernloven, i og med at lovens anses å være i tråd med menneskerettighetene.

Den konkrete vurderingen – oppfylte behandlingen av Eidsvik vilkårene i psykisk helsevernloven

Retten vil nedenfor dele drøftelsen inn etter innleggelsestidspunktene. Retten vil først redegjøre for det faktum som retten legger til grunn, og deretter ta stilling til om behandlingen var i tråd med loven.

Rettens bevisvurdering er i stor grad basert på skriftlig journalmateriale og epikriser fra behandlingsstedet. Retten har i ganske stor grad valgt å innta eller referere til journalene nedenfor. Dette er tidsnære bevis som må tillegges stor vekt, jf. Rt-1998-1565. Forklaringer gitt i ettertid er beheftet med større usikkerhet og har mindre vekt.

Videre har retten lagt vekt på Eidsviks forklaring om hvorledes hun har opplevd tvangsmedisinering og bruken av isolasjon. Retten har stor forståelse og respekt for hennes syn på tvangsmedisinering, og at hun har opplevd tvangen som en stor belastning. Ved bevisvurderingen har retten ikke lagt avgjørende vekt på hennes forklaring i den grad den ikke er underbygget av tidsnære bevis.

this is outrageous. I used science to demonstrate that the law is violated!!!

I totalvurderingen har retten også sett hen til øvrige vitneforklaringer. **Retten bemerker imidlertid at saksøkers vitner er meget kritisk til, eller motstandere av tvangsmedisinering, og at deres vitneforklaring var farget av dette, samt at de uttalte seg på generelt grunnlag.** Ingen av vitnene, med et unntak av Jonsbu, har vært involvert i behandlingen av Eidsvik.

Perioden 22. februar - 19. mars 2014

Eidsvik ble innlagt etter psykisk helsevernloven § 3-2 den 22. februar 2014. Dette var niende gang Eidsvik ble innlagt i psykiatrien. Av Innkomstjournal 22. februar 2014 fremkommer det at:

«Problemstilling:

Pasient med bipolar lidelse. Tidligere innleggelser på Hjelset med mani/psykoseproblematikk, sist i 2007, med diagnosen akutt polymorf psykose. Hun har under tidligere opphold ikke villet ta medisiner frivillig, og derfor behandlet etter § 4-4 vedtak. Ingen profylaktisk behandling, men velfungerende mellom oppholdene.
[...]

22.02.24 Journalnotat

[...]

Vedtak om innleggelse etter paragraf 3-3 i PHL.

Inger-Mari Eidsvik har en kjent bipolar lidelse sinnslidelse og har vært innlagt flere ganger i manisk periode, siste gang her på Hjelset i 2007. Hun ble den gang transportert med politiet til sykehuset og tvangsmedisinert etter noen dager i avdelingen, innleggelse med lignede forløp også i 2005. Siste par dagene har hun fremstått som aktivert og hatt ukritisk adferd, blant annet stått og ropt ut av vinduet om noen hadde Cognac til henne. Ikke sovet de sist par nettene. Hun motsatte seg medisiner og innleggelse slik at politiet måtte bruke håndjern for å få henne med. [...]

Ved undersøkelse i dag er pasienten svært aktivert. Da jeg kommer inn for å vurdere henne sitter hun på røykerommet alene og snakker med seg selv. Under vurderinger snakker hun ustanselig og det lar seg ikke gjøre å komme i dialog. Innholdet i det hun sier, er springende, og hun er skiftende i forhold til agitasjon, periodevis er hun svært agitert uten å direkte være truende. Hun er også motorisk urolig og varierer mellom å sitte på golvet, sitte i stolen og stå i stolen.

Vurdering:

Pasienten har en kjent bipolar stemningslidelse, med flere tvangsinnleggelser i manisk periode bak seg. Hun fremstår i dag som tydelig manisk. Hun er i behov for skjerming og medisiner for å bedre hennes psykiske tilstand. Med bakgrunn i dette godkjennes innleggelse etter paragraf 3-3 i PHL. Hun informeres om formalia rundt innleggelsen og sin klageadgang.

Pasienten tilbys og det forordnes medikasjon (Zyprexa/Stesolid). Det fattes skjermingsvedtak (paragraf 4-3 i PHL).»

Det fremkommer av journalnotat samme dag at lege kontaktes av skjermingsenheten på ettermiddagen og at Eidsvik da er: «meget hektisk, urolig. Vandrende og verbalt aktiv i skjermingsenheten. Uro som sjenerer andre pasienter.» Det avtales hun skjermes på eget rom. Hun er fortsatt urolig og hektisk, og etter hvert: «verbalt aggressiv, ropende og truende mot personalet, på et tidspunkt skubber hun personale i forsøk på å få henne ut av rommet.» Hun har ikke villet ta medisiner. Da legen ser til Eidsvik på kvelden er hun: «verbalt aggressiv, reiser seg opp og er motorisk aktivt med truende kroppsspråk. Usammenhengende tale, sterk talestrøm. Snakker om at hun har noe uoppgjort med Jesus.» Eidsvik vil ha personalet ut av rommet og de kommer ikke til for samtale. Det fattes vedtak om at Eidsvik kan anbringes på sitt rom med lukket dør uten personale til stede i rommet jf. § 4-8.

Ved undersøkelse neste dag 23. februar fremkommer av journalen at hennes tilstand er stort sett uforandret siden innkomst. Dette ved at hun går hvileløst rundt i rommet og snakker ustanselig. Hun kommer med utsagn som gir mistanke om stort tankekaos og

tilbys medisiner, noe hun er fast bestemt på å ikke ta frivillig. Det fremkommer at hun har respondert godt på nevroleptika ved tidligere innleggelser.

Av journalnotat 24. februar, to dager etter innleggelsen, fremkommer at det er fattet vedtak om behandling uten samtykke. Kravet om tre døgns observasjon fravikes med begrunnelse i at: «pasienten er godt kjent fra tidligere og hennes psykiske bilde er svært likt tidligere innleggelser».

Av journalnotat 25. februar følger at hun ikke har klaget på tvangsmedisineringen, men at man likevel avventer medisinering i håp om at manien i løpet av rimelig tid går over uten bruk av tvangsmedisinering.

Den 27. februar motsetter hun seg, ifølge journalen: «samtale og det er ikke mulig å komme i dialog med henne». Man avventer i noen timer og forsøker på nytt å komme i dialog med henne uten å lykkes. Det fremkommer videre at hun fremsto bedre for tre dager siden. Hun er sint aggressiv og høgrøstet i sin mani. Hun har slått en mannlig pleier. Det var tidligere på dagen gitt medisiner i tråd med tvangsmedisineringsvedtaket. Hun hadde da roet seg og sovet noen timer, men våknet og var sint og det uttales at: «altså har det ikke vært noen videre god effekt».

Den 28. februar er det opplyst at hun sov i 10 timer påfølgende natt etter sin hun fikk sin første sprøyte med Zyprexa. Det beskrives at hun fortsatt er verbalt og fysisk aktiv, men kanskje noe lettere å korrigere.

Av journal 4. mars er vurderingen at Eidsvik fortsatt er psykotisk og verbalt utagerende. Hun mangler innsikt i egen sykdom og egen adferd, og faren for å tippe over i fysisk utageringer, som kan lede til voldshendelser, vurderes som høy. Hun nekter å samarbeide om medisiner. Hun oppfattes som: «svært uforutsigbar, verbalt utagerende og fysisk truende.» Det fattes vedtak etter § 4-8 om kortvarig anbringelse bak stengte dører, uten personal til stede, på grunn av faren for skade/angrep på personalet eller medpasienter (isolasjon). Det uttales videre at hun således, så langt, ikke oppleves å være i bedring på nåværende medikasjon. Kombinasjons av Zyprexa og Cisordinol hadde god effekt ved de to siste innleggelsene og på den bakgrunn ordineres også Cisordinol. I tillegg får hun foreskrevet Akineton mot mulige bivirkninger.

To dager senere, i journalen 7. mars, er hun fremdeles beskrevet som manisk, men det opplyses at hun synes noe dempet av injeksjonen for to dager siden, og hun har sovet mer.

Tre dager deretter, 10. mars, følger det av journalen at hun fremstår rolig og adekvat, og med innsikt i at hun har vært syk, og hun flyttes fra skjermet enhet.

Den 11. mars avtales at hun kan reise på en ukes permisjon. Da hun er kommet tilbake fra permisjon 18. mars blir hun utskrevet. I journalen er hun da beskrevet som samlet, adekvat med ingen tegn på ustabil stemningsleie eller psykose. Videre uttales at sykdomsbildet under innleggelsen vurderes å være mest forenlig med manisk episode.

Av brev fra fylkesmannen av 19. mars 2014 følger at Eidsvik klaget på tvangsmedisineringsvedtaket den 6. mars 2014, mottatt av fylkesmannen 10. mars 2014, men at klagen ikke ble behandlet. Dette fordi fylkesmannen ikke oppnådde kontakt med Eidsvik mens hun var på permisjon, og at de deretter fikk opplyst at hun var utskrevet, og at det derfor ikke lenger forelå noe vedtak som fylkesmannen kan overprøve.

Fra epikrise datert 21. mars 2014 hitsettes:

«Forløp, vurdering og behandling:

Pas ble innlagt under § 3-2, dette ble innkomstdagen endret til § 3-3, samtidig som det ble fattet skjerming vedtak (§ 4-3). Det ble også nødvendig å fatte vedtak om tvangsmiddel i form av isolering (§ 4-8). Det ble etter hvert også nødvendig å begrense kontakten med omverdenen og det ble fattet vedtak i henhold til § 4-5. Pas ble vurdert å være tydelig manisk og i behov for medikamentell behandling. Hun ble tilbudt dette, men avslo og var fast bestemt på ikke å ta imot tabletter frivillig. Hun har ved tidligere innleggelse respondert godt på nevroleptika i tilsvarende faser. Det ble fattet vedtak om behandling uten eget samtykke (§ 4-4 a) dagen etter innkomst. Siden pas er godt kjent fra tidligere og hennes psykiske bilde er svært likt tidligere innleggelse, ble kravet om tre døgn observasjon fraveket. Man håpet på spontan bedring av hennes tilstand, da dette ikke skjedde og hun konsekvent nektet å ta imot tabletter, ble det 27.2. gitt inj. i.m. med Zyprexa 20 mg og Stesolid 10 mg. I noen dager tok hun så Zyprexa tbl. Pga manglende bedring ble det bestemt å legge til Cisordinol ut fra at kombinasjonen Zyprexa/Cisordinol har hatt god effekt ved de siste to innleggelsene. Da pas motsatte seg å ta Cisordinol tbl, ble det 5.3. ordinert Cisordinol Acutard inj. 50 mg im og Akineton inj 5 mg im. Injeksjon med Cisordinol Acutard 50 mg og Akinton 5 mg im ble gjentatt 7.3. Etter dette bedret det kliniske bildet seg ved at hun framstod rolig og adekvat med innsikt i at hun hadde vært i en sykdomsperiode og hva som kunne ha utløst den. Hun ble flyttet ut fra skjerming og fikk permisjon til hjemmet. Da dette fungerte greit, ble hun utskrevet.»

Konkret vurdering

Tvangsmedisinering

Eidsvik har anført at tvangsmedisinering av henne ikke var medisinsk nødvendig og forsvarlig. Det var syv år siden siste innleggelse da hun ble innlagt i 2014, men diagnosen ble likevel satt uten utredning. Behandlingssted (Hjelset i Molde) hadde tilgang til hennes

gamle journal hvor det fremkom at hun ble behandlet uten medisiner i 1991, og at hun da ble frisk uten medisiner. Dette viser at det ikke var nødvendig å behandle henne med nevroleptika, og at andre behandlingsmetoder basert på tillit og tid kan være tilstrekkelig for å hjelpe henne ut av en psykose. Tvangsmedisineringen ble også foretatt uten tre døgn observasjon slik loven krever. Kombinasjonen av medisiner medførte at hun i tillegg ble gitt egne medisiner mot bivirkninger. Eidsvik ønsker å takle psykotiske faser uten legemidler, og hun opplever at medisiner med tvang påfører henne traume. Hun har opplevd at tvangsmedisineringen ved flere anledninger har skjedd på en ydmykende og særlig brutal måte hvor flere pleiere holder henne fast. Det er ingen skadevirkninger ved å forbli lengre i en psykose, og nevroleptika burde vært brukt som siste utvei etter utprøving av andre alternativer, noe som ikke ble vurdert.

Som nevnt ovenfor er det en forutsetning for å kunne medisinere uten samtykke at vilkårene for tvungent psykisk helsevern i § 3-3 er oppfylt. I denne sak er Eidsvik enig i at grunnvilkåret for tvunget vern og tvangsinnleggelse i institusjon var oppfylt.

Som det allerede er redegjort for er det bestemmelsen i psykisk helsevern § 4-4, annet ledd bokstav a, som regulerer adgangen til å tvangsmedisinere pasienter.

Bestemmelsen oppstiller, som det har fremkommet ovenfor, en rekke vilkår som må være oppfylt for et vedtak om behandling med medisiner uten eget samtykke av pasientens psykiske lidelse. Blant annet må undersøkelsen og behandlingen klart være i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis (§4-4 første ledd). Legemiddelbehandlingen kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart overveier ulempene ved eventuelle bivirkninger (§ 4-4 andre ledd bokstav a). Det skal først ha vært forsøkt å oppnå samtykke til legemiddelbehandlingen, med mindre det er åpenbart umulig (§ 4-4 tredje ledd). I tillegg oppstiller bestemmelsen et strengt beviskrav («stor sannsynlighet») for forventet virkning av behandlingstiltaket, jf. § 4-4 fjerde ledd. I likhet med § 3-3 nr. 3 bokstav a, har også denne bestemmelsen et forbedrings- og forverringsalternativ (§ 4-4 fjerde ledd andre punktum). Vurderingstemaet vil her være hvordan pasientens psykiske lidelse vil utvikle seg med og uten behandling. Pasienten skal før behandling iverksettes ha vært tilstrekkelig undersøkt for å bedømme behovet for behandling. Den obligatoriske observasjonstiden kan ikke settes til mindre enn 3 døgn (psykisk helsevernforskriften fra 2012, § 20, i dagens lov er observasjonstiden 5 døgn). Undersøkelsestiden kan fravikes hvis pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade eller hvis pasienten er godt kjent av institusjonen gjennom tidligere behandlingsopphold jf. psykisk helsevernforskriften § 20.

Tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak (§ 4-2). Videre må det foretas en forholdsmessighetsvurdering, hvor tvangsmedisineringen etter en helhetsvurdering må fremstå som den beste løsningen for vedkommende, etter at det er vektlegges hvor stor belastning tvangsinngrepet vil medføre

for vedkommende. Vurderingen skal likevel i utgangspunktet være objektiv. Vedkommendes ønsker må veies mot muligheten til bedring og risikoen for forverring jf. Rt-2001-752 på side 759, om den tilsvarende vurderingen etter psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 6 siste punktum.

Behandlingen av Eidsvik gjelder akuttbehandling med antipsykotisk medisin. Det er således ikke snakk om langtidsbehandling, hvor det er vanskeligere å vurdere effekten av medisiner, eller førstegangsbehandling hvor man ikke har individuell erfaring med behandlingseffekt.

Retten har kommet til at de ansvarlige ved institusjonen (Hjelset) har forholdt seg til lovverket ved bruk av tvangsmedisinering i dette konkrete tilfellet. Retten vil nedenfor begrunne dette nærmere.

Faglig ansvarlig behandlende lege, Egil Jonsbu, har på vedtakstidspunktet lagt til grunn at Eidsviks hadde en alvorlig sinnslidelse. Av journalen fremkommer at sykdomsbildet var mest forenlig med manisk episode.

Retten kan ikke se at behandlingsstedet har lagt en feil lovforståelse til grunn ved vurderingen etter psykisk helsevernloven § 4-4 og § 4-2. Behandlingen av Eidsvik med antipsykotisk medisin ble gitt på bakgrunn av erfaring med og kunnskap om hvorledes medikamentbehandling har virket ved tidligere innleggelser. Retten har fått fremlagt journalen fra tidligere innleggelser som ble delvis gjennomgått, og hvor sykehistorien viser at Eidsvik ved tidligere behandlinger har respondert godt på antipsykotisk medisin, hvilket det også er referert til i journalen ved aktuelle innleggelse. Selv om det har gått syv år siden siste innleggelse er dette Eidsviks niende innleggelse, og institusjonen er godt kjent med henne fra tidligere hvor sykdomsbildet har vært tilsvarende, jf. journalnotat 23. mars hvor det er beskrevet at «pasienten er godt kjent fra tidligere og hennes psykiske bilde er svært likt tidligere innleggelser». Alle tidligere innleggelser har vært ved Hjelset, med et unntak i 1994, hvor hun var innlagt ved Åsgård i Tromsø. Denne kjennskapet til hennes sykehistorie var grunnlaget for å fravike observasjonstiden på tre døgn da det ble fattet vedtak om tvangsmedisinering.

Av journalen fra tidligere innleggelser beskrives at hun ikke bare har hatt god effekt av medisiner tidligere, men også at tilstanden har blitt forverret når det er forsøkt behandling uten medisiner, jf. journal fra hennes to innleggelser i 1989. Det fremkommer at Eidsvik tidligere også delvis har mottatt antipsykotika frivillig, bl.a. 2005 og 2007. Utover dette har retten ikke sett behov for referere ytterligere fra de tidligere journalene.

I skjema om «Vedtak om behandling med legemidler uten samtykke», som er signert av overlege Jonsbu, er det krysset av for at hun hadde vært undersøkt av faglig ansvarlig, i

løpet av de sist 48 timer før tvangsmedisineringensvedtaket ble fattet, at undersøkelsen har fastslått at hun har en alvorlig sinnslidelse i form av «affektiv lidelse med aktuell manisk episode», og at behandling med legemidler kan føre til «helbredelse eller vesentlig bedring» av hennes tilstand, samt at det er gjort gjentatte forsøk på å oppnå frivillig samtykke. I journalen fra 23. mars beskrives hun som «tydelig manisk og i behov for medikamentell behandling». Vedtaket om medisinering uten samtykke gjelder medikamentene «Cisordinol acutard/Zyprexa/Stesolid» og har gyldighet i inntil tre måneder.

Overlege Egil Jonsbu, som vitnet under hovedforhandlingen, var behandlingsansvarlig for Eidsvik under hennes to innleggelse i 2014. Han forklarte at Eidsvik var alvorlig manisk syk både ved innleggelsen i mars, og ved innleggelsen i oktober 2014, som retten kommer tilbake til nedenfor i dommen. Han husket Eidsvik godt og at hun var sterk motstander av medisinering og at dette ble vektlagt i vurderingen av om hun skulle medisinere med tvang. I tillegg hadde han lest journalen på ny og hans forklaring støtter seg også på denne. Jonsbu forklarte at det ved begge innleggelsene først ble forsøkt skjerming samtidig som hun ble tilbudt medisin frivillig. Eidsvik er alvorlig syk, og da skjerming ikke har tilstrekkelig ønsket effekt, og man ikke kommer i dialog med henne, vedtas tvangsmedisinering.

Jonsbu forklarte at ved mani/psykose symptombehandles pasienten slik at konsekvensene av lidelsen blir minst mulig, samt at behandlingen tar sike på å forebygge fremtidige sykdomssymptomer. Jonsbu forklarte at det ville vært en risiko for Eidsviks helse og for personalet om hun ikke ble medisinert, og medisineringen var derfor påkrevet. Eidsvik fremstod veldig syk og han var redd for personskaade. Sykdommen ville også ha hatt et lengre forløp uten medisinering. Man ønsket å gjøre medisineringen så skånsom som mulig og samtidig oppnå effekt så snart som mulig. Eidsvik ble derfor tilbudt oral medikasjon først i stedet for sprøyter, som er det Eidsvik synes er særlig plagsomt. Han gjorde flere forsøk på å komme i dialog med henne uten at det nyttet. Eidsvik ble skjermet, noe hun også selv ønsket. Dette kan hjelpe pasienten ved at det blir færre inntrykk, men man oppnådde ikke ønsket effekt for Eidsvik med skjerming. Jonsbus oppfatning var at Eidsvik ved behandling med legemidler med stor sannsynlighet vil oppnå helbredelse eller vesentlig bedring.

Av journalen fremkommer, slik Jonsbu forklarte, at det ble gjort forsøk på å oppnå samtykke fra henne til medisinering, men at «det ikke lot seg gjøre å komme i dialog» jf. innkomstjournal 22. februar. Det gjøres nye forsøk på å komme i dialog med henne neste dag, men «hennes tilstand er stort sett uforandret», og man har «mistanke om stort tankekaos», og i journal 27. februar uttales at hun motsetter seg «samtale og det er ikke mulig å komme i dialog med henne». Jonsbu forklarte at når det ikke var mulig å komme i dialog med henne var det umulig å få drøftet behandling med medisin med henne og drøfte annen alternativ behandling med henne. Vedtaket om tvangsmedisinering ble fattet

etter at Eidsvik hadde vært til undersøkelse «ved døgnopphold i institusjon» siden 21. februar, avgjørelse om tvangsinnleggelse ble fattet 22. februar og vedtak om tvangsmedisinering 23. februar. Etter at tvangsmedisineringsvedtaket ble fattet fremkommer av journalen 25. februar at hun ikke har klaget over vedtaket, men at man avventer tvangsmedisinering i håp om at manien vil gå over uten bruk av medisiner. Journalen bekrefter at det ble tatt hensyn til Eidsviks negative holdning til tvangsmedisinering, slik Jonsbu forklarte, ved at tvangsmedisineringen ikke ble iverksatt med en gang. Man valgte å se situasjonen an i håp om bedring uten behandling med antipsykotika.

I journal 27. februar beskrives at hun «fremsto bedre for tre dager siden». Det har vært forverring av tilstanden siden hun ble innlagt og det fremkommer at hun ble tvangsmedisinert. Senere samme dag er hun beskrevet som «sint, aggressiv og høyrøstet i sin mani» og har slått en mannlig pleier. Vedtaket om tvungen medisinering gjelder bl.a. Zyprexa og Cisordinol. Retten legger til grunn at behandling med disse legemidlene er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Det vises til Jonsbus forklaring samt nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer, som retten har referert til ovenfor, og hvor det fremkom at ved psykoser/mani er antipsykotika ansett som en anbefalt og faglig anerkjent metode. Man tilbyr Eidsvik først Cisordinol i form av dråper, noe hun ikke ønsket, og hun gis derfor Zyprexa med sprøyte.

Etter å ha igangsatt medisinering er det beskrevet i journalen 4. mars at hun «mangler innsikt i egen sykdom og egen adferd og faren for å tippe over i fysisk utageringer som kan lede til voldshendelser vurderes som høy». Det var da i første omgang kun gitt Zyprexa. Det ble avventet effekten av ett medikament før man vurderer å gi henne ytterligere medisinering. Av journalen 5. mars uttales at «kombinasjonen av Zyprexa og Cisordinol hadde god effekt ved de to siste innleggelsene. Med bakgrunn i dette ordineres Cisordinol». Det ikke nevnt noe om at hun fikk bivirkninger av medisineringen. Det er kun beskrevet at hun ble gitt Akineton for å forebygge dette. I journalnotat 7. mars fremkommer at hun «[p]å direkte spørsmål benekter å ha hatt bivirkninger av medisinen under innleggelsen». At medisineringen deretter har effekt, og at hun ble bedre, følger av journal fra 7. og 10. mars, og i journalen 11. mars er hun beskrevet som vesentlig bedre og at hun «har nå vært rolig og adekvat i tre dager». Hun frisknet til slik at hun kan reise på en ukes permisjon, og hun flyttes fra skjermet enhet. Hun utskrives den 18. mars da hun kommer tilbake fra permisjonen.

Retten finner at behandlingsinstitusjonen, og overlege Jonsbu, har vurdert alle vilkårene etter psykisk helsevernloven, og at det ble gjennomført en helhetsvurdering hvor tvangsmedisinering fremtrådte som nødvendig og den klart beste løsningen for Eidsvik. Retten kan ikke se at det hefter noen saksbehandlingsfeil ved vedtaket, eller at det er lagt feil lovforståelse til grunn eller at vedtaket ikke bygger på korrekte og faktiske vurderinger da det ble besluttet å behandle Eidsvik med medikamenter uten eget samtykke.

Skjerming/isolasjon

Eidsvik ønsket selv skjerming og er ikke uenig i dette behandlingstiltaket. Eidsvik har derimot anført at skjermingen delvis ble gjennomført på en slik måte at hun i realiteten ble utsatt for ulovlig isolasjon. Videre mener hun at det ved to anledninger ble fattet vedtak om isolasjon, uten at det var påkrevet og at dette var ulovlig.

Retten tar først stilling til anførselen om at skjermingen ble praktisert som isolasjon. Deretter vil retten ta stilling til om vedtak om isolasjon ble fattet uten at dette var påkrevet.

Eidsvik ble skjermet etter psykisk helsevernloven § 4-3, for inntil to uker, jf. vedtak om skjerming datert 22. februar 2014. Skjermingen er begrunnet i «behandlingsmessige grunner da det er nødvendig med en viss begrensning av inntrykk» og hensynet til at «postens øvrige pasienter må skånes grunnet pasientens atferd». Nytt vedtak om skjerming ble vedtatt 7. mars for to nye uker med samme begrunnelse som tidligere. Hun var skjermet frem til 11. mars da hun reiste på permisjon.

Eidsvik er altså enig i at hun ble skjermet, og at hun ønsket dette, men hun mener at skjermingen gikk utover hva som er lovlig. Eidsvik har i den forbindelse vist til Sivilombudsmannens (nå Sivilombudet) Temarapport 2018 om «Skjerming i psykisk helsevern – risiko for umenneskelig behandling». I forordet til rapporten uttales at: «Sivilombudsmannen er bekymret over de samlede funnene om hvordan skjerming praktiseres, og mener at flere sider av praksisen gir en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.» Eidsvik har særlig vist til følgende uttalelse på side 44 i rapporten:

«Flere steder har ombudsmannen funnet at skjermingen hadde klart preg av isolasjon. I noen tilfeller var skjermingen i realiteten isolering etter psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav b.

Ved enkelte sykehus ble det funnet skriftlige rutiner og uformelle praksiser som tydet på at noen minutters blokkering av pasienters dør ble ansett som «en del av skjermingsvedtaket». Det ble for eksempel funnet at pasienter fikk beskjed om å holde rommet i et bestemt tidsrom, og at døren ble blokkert fra utsiden dersom pasienten forsøkte å komme ut før denne tiden var gått. Slike tvangstiltak utgjør isolering etter psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav b, og kan bare iverksettes i nødrettsliknende situasjoner.»

Det er bestemmelsen i psykisk helsevern § 4-3 som regulerer adgangen til å skjerme pasienter. Ved skjerming holdes pasienten helt eller delvis adskilt fra andre pasienter. Når det gjelder gjennomføringen av skjermingen følger det av psykisk helsevernlovforskriften § 18, som det er redegjort for ovenfor, at skjerming kan innebære at pasienten henvises til

opphold på sitt eget rom eller i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjermet enhet). Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten befinner seg. Pasienten kan fysisk ledes dit skjermingen skal gjennomføres. Pasienten kan holdes tilbake dersom han eller hun forsøker å forlate stedet der skjermingen blir gjennomført. Helsepersonell skal være til stede i den utstrekning det er nødvendig. Dersom pasienten gir uttrykk for å ville være alene, skal helsepersonellet forlate rommet dersom tilstedeværelse ikke vurderes som nødvendig. Retten legger således til grunn at der personalet sitter eller står i døråpning, og døren er på gløtt, så er dette lovlig etter forskriften.

Eidsvik har forklart at nattevakten ofte sperret døren. Dette enten ved at nattevakten satt i gangen med foten på/mot dørbladet, eller at døren ble sperret av at nattevakten satt i en stresslessstol som var vendt med ryggen mot døren. Eidsvik har anført at hun da var sperret inne alene på rommet, uten personale til stede, og dette var i realiteten var isolering etter psykisk helsevernloven § 4-8 bokstav b, uten at det var fattet vedtak om dette. Også på dagtid satt det en pleier ofte i gangen, med fotbladet på døren, og nektet henne å komme ut av skjermingsenhet. Innimellom fikk hun komme ut til en strek i linoleumen ca. 1,5 meter utenfor døren, men fikk ikke bevege seg over denne. Hun ble fysisk ført/rygget inn på rommet ved en anledning.

Overlege Jonsbu forklarte at skjerming kan foregå på eget rom eller i fellesområdet sammen med andre pasienter og at det alltid er personale til stede. Eidsvik var ganske ufin mot personalet, hun var høylytt og omtalte andre pasienter, og ble derfor også skjermet på eget rom. Videre forklarte han at det kan være situasjoner der pasienten selv ikke ønsker å ha personale på rommet. Eidsvik hadde ganske mye aggresjon mot personalet, og at det kan ha skjedd at hun ikke ønsket å ha noen der. Personalet kan i så fall sitte ved døråpningen. Jonsbu var ikke er kjent med at Eidsvik hadde blitt tvangsisolert inne på rommet i forbindelse med skjermingen.

Journalen gir ikke svar på hva som har vært den faktiske situasjonen utover dette, og om skjermingen i realiteten ble praktisert som isolasjon. Retten har således kun Eidsviks forklaring å bygge på. Det er ingenting i journalen eller andre tidsnære skriftlige bevis som bidrar til å underbygge hennes forklaring eller til å opplyse faktum omkring dette. Selv om Eidsvik har ment at døren var helt lukket, for et kort tidsrom, så har hun ikke kunnet spesifisere nøyaktig da det har skjedd. Hun har ikke kunnet angi nøyaktig dato eller hvor mange ganger hun mener at skjermingen ble praktisert i strid med regelverket. Dette er for så vidt forståelig når forholdene ligger flere år tilbake i tid. Retten har forståelse for Eidsviks opplevelse av at hun har blitt usatt for en urettmessig behandling. Retten mener likevel at hennes forklaring alene, uten andre bevis som støtter opp om denne, ikke er tilstrekkelig til at det er sannsynliggjort at behandlingen ved bruk av skjerming har vært praktisert som tvungen isolasjon.

Rettens konklusjon er etter dette at skjermingen av Eidsvik under innleggelsen i februar/mars 2014 har vært i tråd med vedtakene om skjerming og loven.

Retten går så over til å vurdere om bruken av isolasjon, ved to anledninger under denne innleggelsen, har skjedd i samsvar med loven. Det er bestemmelsen i psykisk helsevern § 4-8 som regulerer adgangen til å anvende isolasjon av pasienter. Isolasjon er ikke et behandlingstiltak og det er strenge vilkår som må være oppfylt for å beslutte isolasjon.

Ved isolasjon er pasienten kortvarig anbrakt bak låst eller stengt dør uten personale til stede. Som det er beskrevet ovenfor kan tvangsmidler som isolasjon bare brukes overfor pasienten når dette er «uomgjengelig nødvendig» og kan bare brukes «når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige».

Eidsvik har anført at vedtakene om isolasjon ble tatt uten at det var påkrevet og at de var ulovlige.

Det første vedtaket om isolasjon etter psykisk helsevernloven § 4-8 ble fattet 22. februar 2014. I vedtaksskjema er det krysset av for at isolasjon ble iverksatt for å «[h]indre pasient i å skade andre». I journalen fra 22. februar er hun beskrevet som «verbalt aggressiv, ropende, truende mot personale. På et tidspunkt skubber hun personalet i forsøk på å få henne ut av rommet». Det andre vedtaket om isolasjon fattes 4. mars 2014 med samme begrunnelse. I journalen samme dag er hun beskrevet som «svært uforutsigbar, verbalt utagerende og fysisk truende. Av hensyn til medpasienter og personalet bør hun isoleres på rommet dersom hun oppsøker skjermingsenhetens fellesarealer i denne tilstanden», og det fattes vedtak om isolasjon fordi det er fare for skade/angrep på personalet eller medpasienter. Jonsbu forklarte at ved disse situasjonene var Eidsviks psykiske tilstand og adferd slik at det var nødvendig å isolere henne på eget rom, hvilket støttes av journalnotatene.

Etter rettens oppfatning var vilkårene for bruk av isolasjon oppfylt i begge de to tilfellene i 2014. Retten viser til at Eidsvik i journalen er beskrevet som svært utagerende, aggressiv, og truende mot personalet. Begge gangene var begrunnelsen at isolasjonen var nødvendig for å hindre at Eidsvik skadet andre. Dette følger både av vedtaksskjema datert hhv. 22. februar 2014 og 3. mars 2014 samt av journalen. Dette underbygges også av journalnotat fra 22. februar hvor det er beskrevet at Eidsviks «skubber personalet i forsøk på å få henne ut av rommet».

Det er krevende å overprøve et vedtak ti år etter at det ble fattet. Retten må som utgangspunkt basere prøvingen på vurderingen som skjedde der og da – slik dette er beskrevet i journalen. Retten kan ikke se at det er holdepunkter for annet enn at behandlingsinstitusjonen har lagt en tilstrekkelig streng vurdering til grunn for sine beslutninger om anvendelse av isolasjon overfor Eidsvik. Retten viser til overlege Jonsbus

forklaring om Eidsviks psykiske tilstand og adferd, og situasjonene som var grunnlaget for beslutning om isolasjon, samt hvorledes dette er beskrevet og begrunnet i journalen. Jonsbu forklarte at alternativet ville ha vært bruk av belter, og at man velger den metoden som er mest skånsom, som da er å isolere på rommet. I de to tilfellene hvor isolasjon ble besluttet er begrunnelsen i journalen at isolasjonen var nødvendig for å hindre at Eidsvik skadet andre jf. vedtaksskjemaene og beskrivelsen fra journalen som er gjengitt ovenfor. Etter rettens syn forelå en nødsituasjon hvor det var nødvendig å treffe tiltak om isolasjon.

Rettens konklusjon er at Eidsvik ikke har sannsynliggjort at isolasjon ikke har skjedd i samsvar med loven.

Perioden 21. oktober - 25. november 2014

Fra innkomstjournalen 21. oktober 2014 hitsettes:

«Problemstilling:

[...] Datter til pasienten merket at mor begynte å oppføre seg merkelig for tre dager siden. Økende mistenksom, irritabel og usammenhengende. Hun har ikke sovet de siste døgn. Datter våknet i natt av at mor sto og ropte ut gjennom vindu, blant annet at hun er etterkommer etter Nelson Mandela, og skjelte ut ordføreren. Snakker med radioen, snakker usammenhengende på ulike dialekter. Benekter behandlingsbehov, og ble aggressiv når det ble nevnt konsultasjon på legekantoret.

Tidligere sykdommer

Psykiatrisk forhistorie: Bipolar affektiv lidelse. I 89-90 innlagt på Hjelset ved flere anledninger. 90 et opphold ved Åsgård psykiatriske sykehus i Tromsø. Siste innleggelse mars 2014 med akutt manisk episode. Ble også fattet 4-4 A vedtak da. Hun har likeså vært sterk motstander mot profylaktisk medikamentell behandling. Kjent at hun har vært innlagt tidligere med psykoseproblematikk, velfungerende mellom psykoseepisodene. Innlagt sist i februar dette året.

Bruker ingen medisiner mellom psykotiske episoder.

Siden sist innleggelse, vært under ukentlig behandling hos psykologspesialist Brit Hunskaar i Ålesund. Har vært 100 % sykmeldt siden siste innleggelse.

Psykologen har ikke merket forvarselet når det gjelder aktuelle episode. Pasienten har hatt et langvarig prosjekt hvor hun har forelest om erfaringer knyttet til egne innleggelser i Psykiatrisk avdeling. Hun har tidvis opplevd dette meget tøft, men givende.

Fastlegen nevner også at pasienten for et par uker siden deltok på en konferanse i Oslo om medisinfri behandling innen psykisk helsevern og deltok i den forbindelse i direktesendt TV God morgen Norge i forbindelse om innslag om psykisk helse. Dette gikk utmerket, men det kan ha bidratt til økt psykisk stress.

[...]

Sammendrag

Bakgrunn for innleggelse (kort oppsummert): Akutt manisk psykose.

Status ved innkomst (kort oppsummert): Våken, og klar. Orientert. Gir dårlig

emosjonell og formell kontakt. Stor taleflom. Snakker høyløyt og

usammenhengende og springer fra tema til tema. Psykomotorisk urolig og

vandrende, avviseende til kontakt. Det fremkommer ingen konkrete

vrangforestillinger eller hallusinasjoner, men har stor taleflom og er veldig ukritisk.

Vurdering ved innkomst (kort): Vurderes som manisk, med psykotisk fungering.[...]

Tiltak:

- Innlegges på skjerming. Minus utgang [...]

- Zyprexa ttbl. 10 mg+ 20 mg settes inn som fast medikasjon. Stesolid tbl. 10 mg inntil x 4 ved behov.

Av journalnotat 22. oktober, dagen etter innleggelse, følger at det fattes vedtak om skjerming. Av journalen fremkommer at hun: «Trenger åpenbart å være på skjermet på eget rom både av behandlingsmessige grunner og av hensyn til medpasienter. Utgang til skjermet avsnitt kan dog forsøkes i perioder.»

I journalnotat 23. oktober, to dager etter innleggelse, fremstår hun: «fortsatt som svært manisk og med stor motstand til medikamentell behandling. Hun forespeiles at det i morgen blir gjort vedtak etter § 4-4 a, men oppfordres/motivers til å ta medisiner i form av tabletter nå.»

I journalnotat 24. oktober uttales at hun har kjent bipolar lidelse, med flere tvangsinneleggelser, sist i mars 2014 med akutt mani, og at hun da ble tvangsmedisinert, og «det ble vurdert at dette hadde god effekt.»

Ved undersøkelse 24. oktober er hun beskrevet som at hun har:

«stor taleflom, er svært springende i samtalen, usammenhengende og det mesteparten at det hun sier gir ikke mening, f.eks. «...konge og regjering satte meg på flytur hit. Pas. er også psykomotorisk urolig, vandrer rundt i rommet mens hun snakker, oppfattes irritabel og uten innsikt i egen situasjon. Pas. har nå vært på Hjelset i 3 dager uten at tilstanden har endret seg vesentlig. Hun vurderes fortsatt til å ha en maniform psykose. Pas har gjentatte ganger blitt oppfordret til å ta medisiner frivillig. Pas er motstander av medisiner, men tidligere erfaring tilsier at pasient har hatt god effekt av antipsykotiske medisiner under tidligere opphold, og det at det tidligere har medført en vesentlig bedring av pasientens tilstand.»

Det fattes deretter vedtak om tvangsmedisinering.

Av telefonnotat i journalen 24. oktober følger at lege ved institusjonen har vært i kontakt med Eidsviks datter, som har meddelt at Eidsvik tidligere i livet har vært utsatt for overgrep, og hun opplever nytt traume hver gang hun tvangsmedisineres. Datteren ber om at Eidsvik først og fremst får sovemedisin. Det da datteren mener at det er mangel på søvn som gjør at Eidsvik blir syk. Til datteren skal hun har sagt at psykose er noe som må brenne ut, om det så tar 2,5 måneder. Av telefonnotatet fremkommer videre at Eidsvik har fått tilbud om sovemedisin, men ikke ønsket dette.

Av journal 28. oktober under «Medisinnnotat» fremkommer at det ble fattet vedtak om behandling uten samtykke 24. oktober, og tvangsmedisinering iverksettes ved at det ordineres «Cisordinal acutard 50 im og Akineton 55 mg im». Datteren ønsket å klage på vedtaket, men Eidsvik ønsket ikke dette da fylkeslegen forespurte henne, og klagen ble derfor ikke behandlet. Som det fremkommer nedenfor klaget Eidsvik senere på vedtaket, men fikk ikke medhold.

I journalnotat 30. oktober er Eidsvik beskrevet slik: «Pas. har tunga ut av munnen mesteparten av tida og derfor vanskelig å forstå hva hun sier. Hun kan kontrollere dette ved å ta tunga inn i munnen og hun angir ikke noe ubehag. Hun svarer av og til ikke, blir irritert når ut forsøker å gjenoppta samtalen. Går ut av rommet og begynner å dunke med vinduene.» Det er opplyst at hun fortsatt ikke ønsker å ta medisiner, men at ny injeksjon er planlagt neste dag.

Av journalnotat 31. oktober er det vist til at hun fikk Cisordinol Acutard for tre dager siden. Ifølge journalnotatet sov hun godt første natt, men: «hennes psykiske tilstand for øvrig har vært lite endret. Hun hadde imidlertid i går noe snøvlete tale som kan ha vært bivirkninger ev. simulering av bivirkninger. Det velges å gi henne «ZypAdhera 405 mg (tidligere god toleranse for Zyperxa, mulige bivirkninger på Acutard) da hun vi trenge medikasjon over noe tid».

I journalnotat av 5. november vurderes hun fortsatt som manisk. Det foretas medisinendringer ved at det skiftets til Zyperxa.

I journalnotat 7. november er hun beskrevet som fortsatt å være i en «svært manisk tilstand» og vedtak om skjerming forlenges. Hun: «preges av taleflom, til dels usammenhengende, virker assosiasjonsforstyrret. Er i perioder til betydelig sjenanse for medpasienter, og må da skjermes på eget rom.»

Av journalnotatet 10. november fremkommer at det fattes vedtak om isolasjon etter § 4-8 b for å hindre pasient i å skade seg selv eller andre. Det hadde da vært forsøkt skjerming på rommet med personale til stede, uten effekt. Av medisinnnotat i journalen samme dag fremkommer at hun tvangsmedisineres med: «Zyperxa som ikke har hatt til strekkelig

effekt. Forrige innleggelse tilsynelatende god effekt av kombinasjon Zyprexa og Cisordinol acutard. Ved medisinerings med Cisordinol acutard tidligere under denne innleggelsen fremstod mulige bivirkninger i form av snøvlete tale og tungen delvis ut av munnen. Siden pasienten er svært redd for bivirkninger ordineres Risperdal (til tross for at dette ikke er skrevet på tvangsmedisineringskjemaet) da dette vurderes å være mer skånsomt for pasienten.»

I telefonnotat 11. november opplyses at fylkeslegen, i forbindelse med Eidsviks klage på tvangsmedisinerings, noe hun ikke får medhold i, ikke har innvendinger til bruk av Risperdal «dersom det vurderes til faglig å være et adekvat preparat».

I journalnotat 12. november rapporteres at Eidsvik ikke blir bedre, at hun ikke har villet ta tabletter og derfor er gitt injeksjoner.

I journalnotat 14. november er uttalt at Eidsvik fremdeles fremstår som manisk. Hun har også: «i uttalt grad vært krenkende (seksualiserte utsagn, beskrivelse av utseende og lignende) overfor medpasienter og ansatte.» Det opplyses at hun mediseres med ZypAdhera og Xeplion, og at hun skal skjermes på eget rom dersom sjikaneringen fortsetter.

Av journalnotat 17. november fremkommer at hun har vært mye mindre sjikanerende, og at hun er roligere, men at hun sier hun er trøttere nå som bivirkning av nevroleptika. Videre fremkomme at: «Pas fremholder at hun har PTSD og at det ikke nytter å medisinere det vekk. Hun tror ikke hun selv har bipolar sykdom.»

Den 25. november skrives hun ut. Fra epikrise av datert 28. november 2014 hitsettes:

Forløp, vurdering og behandling:

Pas vurderes uttalt manisk. Pas skjermes og det fattes tvangsmedisineringsvedtak 24.10.14. Pas tilbys helt fra starten Zyprexa tabletter, men pas vil ikke ta dette. Etersom pas er svært skeptisk til medisiner avventes første medisinerings til ca 1 uke ut i forløpet. Cisordinol Acutard 50 mg og Akineton 5mg ble gitt 28.10.14. Fra 15.11 fikk pas velge om hun ville ha Zyprexa-injeksjoner eller tabletter og hun samarbeidet da enkelte dager om å ta tabletter. Hun fikk også depotinjeksjoner i form av Zypadhera (300 mg 31.10.14 og 405 mg 14.11.14). Xeplion 100 mg IM fikk hun 11.11 og 18.11. Pasienten ble gradvis bedre siste 5-10 dager før utskrivelse. Pas er rolig ved utskrivelse, virker sliten og hun synes tankene går litt sakte. Snakker lenge om hvordan hun opplevde oppholdet og hvordan vi kan gjøre det best mulig ved neste innleggelse. Hun har ikke noen forståelse av at hun har bipolar sykdom. Hun mener episodene er stressutløst og at det hun trenger er skjerming og mennesker rundt seg som hun kan stole på og søvn, og at hun ønsker at det skal få gå over av seg selv. Hun tenker nevroleptika ikke er bra ettersom hun har sett hva det kan gjøre med

folk ved tidligere innleggelser. Hun syntes de alvorlige bivirkningene hun tidligere har opplevd var grusomme og at det i seg selv kan ha vært med å gitt henne/opprettholdt PTSD-lidelse. Hun er enig i at hun denne gangen ikke har hatt plagsomme bivirkninger, med unntak av at tunga var «ut av munnen» i et døgn etter Cisordinol Acutard (muligens bivirkning). Hun forstår også at det har skjedd medikamentelle forbedringer siden den gang. Hun er enig at hun kunne trenge å bli dempet og få hjelp til å sove og mener slik sett at hun kanskje ville klart å samarbeide om «døsekur» med beroligende i sprøyteform. Informerer om at dette ville gitt svært mange stikk og pas ser at det også kan by på problemer. Informerer også om at man forventer mindre kognitiv reduksjon dess fortere man er ute av manien/psykosen. Klarer ikke å enes om en bestemt metode å bruke - neste gang. En mulig plan vil være å forsøke benzo-injeksjon for søvn og evt rask oppstart med depotmedisiner iom lite bivirkninger og relativt få stikk.»

Tvangsmedisinering

Det var gått et drøyt halvår siden forrige innleggelse da Eidsvik ble tvangsinnlagt på nytt 21. oktober 2014.

Eidsvik har anført at sykehuset var godt kjent med hennes motstand mot medisiner, og at tvangsmedisineringen ikke var et nødvendig behandlingstiltak. Hun ble denne gangen gitt en ny kombinasjon av antipsykotika. Hun fikk bivirkninger av medisinene som heller ikke hadde tilstrekkelig effekt. Til tross for sitt klare standpunkt blir hun på ny behandlet med medisiner som hun ikke ønsker, og som hun tvert imot frykter å ta. Hun opplever tvangsmedisineringen som skremmende, ydmykende og krenkende. Hver gang hun tvangsmedisineres blir hennes rett til å bestemme over egen kropp og helse tilsidesatt. Den gjentatte medisineringen skaper en følelse av maktesløshet som i seg selv utgjør en psykisk belastning.

Eidsvik har, som tidligere nevnt, ikke bestridt at vilkåret for tvunget psykisk helsevern var oppfylt ved noen av innleggelsene, og da heller ikke ved denne innleggelsen. Det er behandlingen med medisiner hun er uenig i, og hun mener at medisinfrie behandlingsoalternativer kunne og burde ha vært brukt.

Retten har kommet til at de ansvarlige ved institusjonen (Hjelset) har forholdt seg til lovverket ved bruk av tvangsmedisinering ved innleggelsen i oktober/november 2014. Retten vil nedenfor begrunne dette nærmere.

Retten viser til behandlende lege Jonsbus forklaring ovenfor, samt det som fremkommer av journalen. Av inntakstjournalen 21. oktober 2014 fremkommer at bakgrunnen for innleggelsen er «akutt manisk psykose». Av journalnotat av 24. oktober vises til at da Eidsvik ble medisinert i mars 2014 hadde dette «god effekt». Videre er det beskrevet at det ble gjort flere forsøk på å oppnå samtykke fra Eidsvik til medisineringen ved at hun

«gjentatt ganger [er] oppfordret til å ta medisiner frivillig». Ytterligere er det beskrevet i journalen at hun er «uten innsikt i egen situasjon», og at hun nå har «vært på Hjelset i 3 dager uten at tilstanden har endret seg vesentlig» og at hun «vurderes fortsatt til å ha en manifform psykose.» Videre fremkommer at bruk av antipsykotisk medisin ved tidligere opphold «har medført en vesentlig bedring av pasientens tilstand», og at vedtak om tvangsmedisinering fattes. Retten viser til at behandling med antipsykotika er ansett som en anbefalt og faglig anerkjent metode ved psykoser og mani. I vedtaksskjema, som er signert av overlege Jonsbu, er det krysset av for at hun hadde vært undersøkt av faglig ansvarlig, i løpet av de siste 48 timer før tvangsmedisineringsvedtaket ble fattet. Undersøkelsen har fastslått at hun har en alvorlig sinnslidelse i form av «mani med psykotisk symptom», og at behandling med legemidler kan føre til «helbredelse eller vesentlig bedring» av hennes tilstand, samt at det er gjort gjentatte forsøkt på å oppnå frivillig samtykke. Hun kan etter vedtaket behandles med «Zyprexa, Cisordinol, Temesta, Stesolid, Akineton.»

Eidsvik ble først gitt Cisordinol og Akineton. Da dette ikke har tilstrekkelig ønsket effekt byttes det til medikamentet Zyprexa, (som ble benyttet under forrige innleggelse) ifølge journalen av 5. november. Det er beskrevet mulige bivirkninger ved medisineringen. Ettersom Eidsvik er redd for bivirkninger tas hensyn til dette ved at man ordinerer Risperdal som vurderes som mer skånsomt for henne. Det avklares med fylkeslegen at det ikke er innvendinger til at Risperdal benyttes. I epikrise ved utskrivelsen beskrives at Eidsvik ikke har hatt bivirkninger, med «unntak av at tunga var 'ut av munnen' i et døgn etter Cisordinol Acutard (muligens bivirkning)». I journalnotat av 17. november er Eidsvik beskrevet å være i bedring, og den 25. november blir hun utskrevet.

Eidsviks datter klaget på vedtaket om tvangsmedisinering den 24. oktober. Av journalnotat 28. oktober fremkommer at Eidsvik selv ikke ønsker å klage, og klagen blir derfor ikke behandlet av fylkesmannen, og at det ordineres medisinering med Cisordinol og Akineton. Eidsvik klaget likevel senere på vedtaket, men fikk ikke medhold. I fylkesmannens avgjørelse, i brev av 10. november, er det konkludert med at de formelle sidene ved tvangsmedisineringsvedtaket er funnet i orden. Videre er fylkesmannens vurdering at Eidsvik er klart behandlingstrengende og det gis tilslutning til overlegens vurdering av at behandling med legemidler med stor grad av sannsynlighet vil føre til helbredelse eller vesentlig bedring av hennes tilstand. Videre uttales og at det på grunn av manglende sykdomsinnsikt for tiden synes urealistisk å forvente et frivillig, stabilt samarbeid om videre legemiddelbehandling med legemidler. Fylkesmannens vurdering er tidsnær, og er fortatt på bakgrunn av samtale med Eidsvik og innhentelse av journalen, og underbygger at vilkårene for tvangsmedisineringen var oppfylt.

Etter rettens oppfatning har behandlingsinstitusjonen, og overlege Jonsbu, vurdert alle vilkårene etter psykisk helsevernloven, og foretatt en helhetsvurdering hvor institusjonen og overlegens oppfatning var at tvangsmedisinering fremstod som nødvendig og den klart

beste løsningen for Eidsvik. Retten kan ikke se at det er lagt en feil lovforståelse til grunn ved vurderingen etter psykisk helsevernloven § 4-4 og § 4-2, at vedtaket om medisinerings uten samtykke ikke bygger på korrekte og faktiske vurderinger eller at det hefter noen saksbehandlingsfeil ved vedtaket.

Skjerming/isolasjon

Eidsvik ble innlagt på skjermet enhet 21. oktober 2014. Vedtak om skjerming for to uker fattes 22. oktober 2014. I journalen er det beskrevet at hun «[t]renger åpenbart å være på skjermet på eget rom både av behandlingmessige grunner og av hensyn til medpasienter. Utgang til skjermet avsnitt kan dog forsøkes i perioder». Nytt vedtak om skjerming blir tatt 7. november 2014 hvor det er begrunnet i at «[p]asienten er fortsatt i en svært manisk tilstand og forlengelse av skjermingsvedtak er derfor nødvendig». Videre fremkommer at hun «i perioder til betydelig sjenanse for medpasienter og må da skjermes på eget rom». I journalnotat 14. november beskrives at «dersom hun fortsetter med svært krenkende sjikanering, skal hun skjermes på eget rom frem til mandag». Videre fremkommer at hun «informeres om dette og gir uttrykk for at hun har forståelse for bestemmelsen».

Eidsvik har anført skjermingen også under innleggelsen i oktober/november 2014 i realiteten ble praktisert som isolasjon og var ulovlig. Eidsvik har særskilt anført at hun ble isolert på eget rom fra fredag 14. november til mandag 17. november, kun med hjemmel i skjermingsvedtaket, og at det var ulovlig. Ifølge journalen fremkommer at hun ble skjermet på eget rom, og at det er begrunnet i hun «har vært krenkende (seksualiserte utsagn, beskrivelse av utseende og lignende) overfor medpasienter og personalet. Det fremkommer intet i journalen som tilsier at hun ble tvangsisolert. Tvert imot er det beskrevet i journalen at da Eidsvik informeres om skjerming på eget rom gir hun uttrykk for at hun er enig i avgjørelsen. Det er etter rettens oppfatning således ingen holdepunkter for at hun ble tvangsisolert under skjermingen.

For øvrig vises til Eidsviks anførsler ovenfor om hvorledes skjermingen ble praktisert. Utover dette har hun ikke konkret kunne tidfeste eller angi nærmere detaljer om det som anføres å være en ulovlig praksis. Det er ingenting i journalen eller andre tidsnære skriftlige bevis som bidrar til å underbygge hennes forklaring. Overlege Jonsbu hadde heller ingen kjennskap til at skjermingen hadde foregått slik Eidsvik beskriver. Bevismessig står retten overfor en helt parallell situasjon som ved vurderingen av praktiseringen av skjermingen i februar/mars 2014, og det vises til rettens vurdering og begrunnelse ovenfor, som også har gyldighet her.

Rettens konklusjon er at skjermingen av Eidsvik, under innleggelsen i oktober/november 2014, har vært i tråd med vedtakene om skjerming og loven.

Eidsvik har videre anført at det ble fattet vedtak om isolasjon, også under denne innleggelsen, uten at det var påkrevet og at det er ulovlig.

I journalen 10. november 2014 fremkommer at det ble besluttet vedtak om isolasjon etter psykisk helsevernloven § 4-8 b «for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre». Det er beskrevet at Eidsvik ikke har sovet, at hun er høylytt, verbalt aktiv, og ikke tar veiledning av personalet. Videre beskrives at det ble forsøkt skjerming på rommet med personale til stede, uten effekt, og at hun da isoleres på rommet uten personalet.

Etter rettens oppfatning var vilkårene for bruk av isolasjon oppfylt. Det vises til beskrivelsen av Eidsvik i journalen som er gjengitt ovenfor, og hvor begrunnelsen for at isolasjonen var nødvendig var å hindre at Eidsvik skadet seg selv eller andre. Tilsvarende begrunnelse følger av det utfylte vedtaksskjemaet av 10. november 2014.

Som nevnt ovenfor er det krevende å overprøve et vedtak ti år etter at det ble fattet. Retten kan ikke se at det er holdepunkter for annet enn at behandlingstilstanden har lagt en tilstrekkelig streng vurdering til grunn for sine beslutninger om anvendelse av isolasjon overfor Eidsvik. Dette basert på situasjonene som var grunnlaget for beslutning om isolasjon, og hvorledes dette er beskrevet og begrunnet i journalen og vedtaksskjemaet om isolasjon, samt overlege Jonsbus forklaring. Etter rettens syn forelå en nødssituasjon hvor det var nødvendig å treffe tiltak om isolasjon.

Rettens konklusjon er at Eidsvik ikke har sannsynliggjort at isolasjon ikke har skjedd i samsvar med loven.

Perioden 7. mars 2016 - 31. mai 2016

Innkomsjournal

«Bakgrunn for innleggelsen:

Kjent bipolar affektiv lidelse. Residiverende akutte psykoser med tvangsinnleggelse. I løpet av helgen har hun, uten kjent utløsende årsak. Fått åpenbar og betydelig realitetsbrist. Da datteren på 19 år (som bor hjemme) la før helgen merke til at mor kom med enkelte merkelige, usammenhengende utsagn. Da datteren kom hjem fra helgetur i går, fant hun mor sovende på badegulvet. Mor har i dag siden for det meste sittet og talt høyt med seg selv, usammenhengende og uten meningsfylt innhold. Pasienten er sterk motstander av psykofarmaka, og har derfor motsatt seg forebyggende medikamentell behandling av sin psykiske lidelse.»
[...]

Psykiatrisk status ved innkomst [...]

Pasienten fremstår agitert og kommer med spydige kommentarer til miljøpersonalet og undertegnede. Fremstår oppstemt og agitert. Normal psykomotorikk, men noe overdreven mimikk. Ved en anledning holder pasienten opp kaffekoppen noe undertegnede oppfatter som trussel i form av at hun skal tømme kaffekoppen på meg.

Pasienten samarbeider dårlig under undersøkelsen, ønsker ikke å svare på alle spørsmål og avbryter samtalen ved å gå ut. [...]

Vurdering/Resyme: 51 år gammel kvinne med kjent bipolar affektiv lidelse, multiple tidligere innleggelses. Legges inn etter §3.3 etter at datteren ytret bekymring. Pasienten fremstår agitert ved undersøkelsen, ingen åpenbare psykotiske tegn, men pasienten beskriver en helt annen situasjon enn hva innleggelsesskrivet gjør. Legges inn med mistanke om manisk psykose.

Ifølge journalnotat neste dag, 8. mars, opptrer hun «upassende, vil ikke hilse, kommer med obscøne ytringer og til dels usammenhengende utsagn. Sier at hun er et medium og at det er flere slike her.» Eidsviks datter ber om at man tar seg tid før eventuell medisinerings mot Eidsviks vilje. Det vedtas skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-3.

I journalnotatet to dager etter innleggelsen, 9. mars, skrives følgende:

«Pasienten er kjent i systemet. Diagnose er bipolar lidelse som er en alvorlig sinnslidelse. [...] Pasienten snakker usammenhengende om navngitte personer, radiostemmer, mareritt og andre tema som ikke gir mening for u.t. Initialt nøytralt stemningsleie, men når samtalen dreier seg inn på medikamentell behandling hisser hun seg opp og blir aggressiv. Roper og ber behandlere komme seg ut. Psykomotorisk urolig, går rundt i rommet. Kommer helt oppi ansiktet på behandler og er truende. Trekker seg så litt tilbake og sier at hun er livredd. Spør videre om behandler er et medium og forteller at hun er det. Veksler raskt mellom å ville høre på behandler til å ikke ønske å ha noe å gjøre med behandler

Når u.t. så pasienten tidligere i dag gikk hun rundt på skjermet avdeling og vekslet mellom å kjeft, synge og snakke på engelsk.»

Det foretas ny samtale med henne senere på dagen for vurdering av behov for oppstart av medikamentell behandling. Eidsvik vurderes som svært syk/psykotisk, og at man ikke tjener på å avvente oppstart av medikamentell behandling, og det fattes vedtak etter §4-4a, og man «beslutter å, starte opp med Xeplion depotinjeksjon 150 mg im i dag, samt Temesta inj 5 mg im» Datteren informeres. Hun ønsker at man venter med medisinerings, og er misfornøyd med at man ikke avventer situasjonen.

Om § 4-4a vurderingen uttales:

«U.t. var i dag på vurderingen sammen med pasientens faste behandlere. Pasienten er på skjerming. Hun sov overhodet ikke i natt. Hun vil ikke hilse på u.t. Hun spør om at u.t. er soldat. Sier at hun og hennes datter er soldater. Etter u.t. forklarer formål av u.t.s besøk hos pasienten blir hun agitert, fysisk og verbal utagerende på u.t. og andre

behandlere. Kjefter u.t. ut av rommet, presser u.t. mot døra. Spør om u.t. er Israel venn eller nazist. Sier at hun har Hell Angels ring og at kan få u.t. til helvete. Kaller seg for medium, eller Jesus priest. Sier at hun er livredd og at hun er i dødscelle. Sier noe om sexorgier som foregikk på hennes rom i natt slik at hun måtte legge seg på sofa i sin stue. I gangen snakker hun til TV skjerm (Tv er slått på) og hun tilkaller de personer som hun ser på tv for å få dem til å drepe u.t. Klarer å nå u.t. og dytter u.t. fysisk ut av skjerming da døra til skjerming står åpen.

Det ble forsøkt å underrette pasienten om § 4-4 a phi og om medisiner som skal gis til henne i dag. Pasienten skruer opp radio da. Uansett er hun ikke i stand til å få med seg opplysningene. Samtidig vil hun ikke ta noen medisiner i tab. form.

Vurdering: pasienten er meget agitert, usammenhengende, vrangforestilt, angivelig hallusinert til tider og. Hun mistet sin søvn, hun er i voldelig (fysisk beredskap), kom med fysisk angrep både mot u.t og mot en sykepleie som satte sprøyte i dag. Diagnose: psykotisk mani, høy voldsfare.

Konklusjon: pasienten trenger medisiner så fort som mulig. Det er en stor fare for betydelig helseskade ved å avvente 2 døgn med medisiner. Derfor fravikes 2 døgnns klagefrist på § 4-4 a phi i dag. Vilårene for å fatte vedtaket anses som oppfylt. Medisiner kommer med raskt bedrings effekt.

Pasienten har ingen sykdomsinnsikt.

Tiltak: det fattes vedtak § 4-4 a phi i dag. Pasientens nærmeste informeres om klagerett i dag. Det settes i 2 injeksjoner (Xeplion 150 mg i.m. + Temesta 6 mg i.m.) i dag. Pasienten slo mot sykepleieren som satte sprøyter men så begynte hun å samarbeide godt slik at det ikke var nødvendig å fastholde henne eller å sette henne i belter.

Vedtaket gjelder forskjellige medisiner med antipsykotisk / antimanisk / beroligende effekt/ stemningsleie stabiliserende effekt (se det selve vedtaket). Xeplion ble valgt først ut pga rask effekt, en god toleranse profil samt godkjent antimanisk effekt. Temesta ble brukt for å dempe angst/ agitasjon/ insomni / samt å redusere voldsfare

Temesta 5 mg x 3 per os er satt som fast medisin i tilfelle pasienten vil trenge mer medisiner og vil ta dem per oralt.»

I journalnotat 10. mars er hun beskrevet som mye roligere, og ikke like agitert, men fortsatt at hun har en del vrangforestillinger.

I journalnotat 13. mars er det beskrevet at hun er svært manisk og må skjermes på rommet i perioder. Det vises til at det foreligger tvangsmedisineringsvedtak. Det ordineres

tilleggsmedisinering Zyprexa 10 mg i.m. inntil x 3 og Temesta 6 mg i.m. inntil x2. Første dose av begge disse gis på formiddagen.

I journalnotat 14. mars fremkommer at «Pasienten er mye roligere i dag etter at hun fikk Zyprexa og Temesta injeksjon i går. [...] Fortsatt psykotisk, men man ser svært god effekt når hun får sovet godt. Mangler sykdomsinnsikt og forstår ikke hvorfor hun er innlagt, mener hun er frisk»

I journalnotat 16. mars vurderes hun fortsatt som manisk psykotisk selv om hun er mindre preget av symptomene. Videre fremkommer at det: «Derfor synes det riktig å fortsette med risperidal behandling (oksy -risperidon, dvs palliperidon) i form av Xeplion injeksjonen. Risperidal er godkjent for behandling av mani. Dessuten har pasienten ikke villet ta andre typer av medisiner som olanzapin, beroligende i tablett form.»

I journalnotat 22. mars 2016 fremkommer at det fattes: «nytt skjermingsvedtak etter § 4-3 for to nye uker da pasienten fortsatt er i behov for begrensning av inntrykk og skjerming fra avdelingens øvrige pasienter. Pasienten informeres om dette og er enig i vedtaket, vil gjerne skjermes.»

I journalnotat 23. mars, er vurderingen: «Nokså uendret fra i går, mulig noe mer pratsom, men i stadig bedring.»

I journalnotat 4. april beskrives at hun: «Svinger fortsatt mye alt etter om hun får sove på natta eller ikke. Er nå satt på Sobril fast til kvelds. Fortsatt økt taleflom, delvis usammenhengende.»

Journalnotat 5. april uttales: «Har sovet godt i natt og hatt en god og rolig dag. Fortsatt opptatt av medisinfri behandling i psykiatrien og snakker mye om dette.» Det fattes nytt skjermingsvedtak etter § 4-3 for to nye uker, noe Eidsvik er enig i og ønsker.

I journalnotat 6. april fremkommer at hun: «fortsatt tilbys Sobril til kvelden, men ikke grunnlag for å gi på tvang slik hun fremstår nå.»

I journalnotat 13. april uttales at hun fikk injeksjon no 3 Xeplion 100 mg i.m, og at hun tok imot sprøyten etter sterk motivering. Hun beskrives som: «i delvis bedring men hun er fortsatt til tider psykomotorisk urolig, med dårlig og kort søvn, psykotisk prat til tider (men med mindre intensitet enn før).»

I journalen 19. april er hun beskrevet som fortsatt psykotisk og i stort behov for skjerming. Hun ønsker også selv skjerming, og det fattes i dag nytt skjermingsvedtak etter § 4-3 for to nye uker. Hun tilbys valg mellom Orfiril mikstur eller Zyprexa injeksjon. Det gis Zyprexa injeksjon 10 mg im og og Temesta 4 mg.

Journalnotat 20. april fremkommer at hun: «Får i dag på ny informasjon om hva vi ønsker å tilby henne av medisin, men hun hisser seg opp og vil ikke diskutere dette med oss. Får informasjon om at vi ønsker å gi henne Orfiril mikstur og at vi synes at det er bedre at hun tar det enn at hun må få sprøyter, som hun misliker så sterkt. Prøver også å tilby alternative medikamentvalg, men hun vil ikke høre.»

Under vurdering uttales at: «Pasienten hadde god effekt av injeksjonen i går. Fremstår bedre i dag etter at hun har fått sovet ut. Men vil fortsatt ikke høre snakk om annen medikamentell behandling.»

Av journalnotat 4. mai fremkommer at hennes skjermingsvedtak har nå gått ut og hun flyttes ut i lukket post, noe hun er uenig i.

I journal av 11. mai fremkommer at Eidsvik ønsket å klage på tvangsmedisineringsvedtak. Hennes ønske om å utsette Xeplion injeksjon (slik at hun kan klage på tvangsvedtaket) imøtekommes og medisinering utsettes til 13. mai.

Av journalen 13. mai fremkommer at hun ikke fikk medhold i sin klage til fylkeslegen på tvangsmedisinering, og at hun informeres om dette. Hun blir da uttalt agitert, og: «Reiser seg så opp, spytter i gulvet to ganger. Stormer ut av rommet og smeller igjen døren bak seg. Hun spytter ved senere anledning mot en lege som ikke er direkte involvert i behandlingen hennes.» Det vurderes at det er fare for at pasienten kan utagere fysisk i forbindelse med injeksjon eller i etterkant.

Av Journal 14. mai fremkommer at det fattes nytt skjermingsvedtak etter psykisk helsevernlov § 4-3, da Eidsvik, etter avslag på sin klage til fylkeslegen, har vært:

«[...] verbalt høylytt på avdeling. Pas. har spyttet etter leger på avdelingen, og har vært verbalt truende. Pas. er sterkt imot medikamentell behandling», og at «hun må skjermes for inntrykk i egnet skjermet avdeling av både behandlingsmessige årsaker og av hensyn til medpasienter. Pas. tar på seg en behandler rolle for medpasienter og forstyrrer de andre pasientene. Pas. har ved flere anledninger snakket høyt om andre pasienters diagnoser og hva de burde få av behandling. Personal og behandlere har fått flere klager fra andre pasienter om pasientens pågående og blamerende oppførsel.»

Av journalnotat 19. mai fremkommer at man: «lufter muligheten for permisjon, men at Eidsvik ikke ønsker dette. Hun uttaler at hun ønsker å få tvangsmedisineringsvedtaket opphevet, men ikke tvangsinnleggelsen etter § 3-3. Hun sier at hun nekter permisjon."

I journalnotat 20. mai er hun beskrevet som «rolig i samtalen, og er i godt humør» og hun ønsker å dra på permisjon. Det anses at hun ikke til fare for seg selv eller andre.

Av journalnotat 23. mai fremkommer at hun har vært på avtalt permisjon i helgen, og synes å ha hatt det bra, slik hun beskriver det. Hun fremstår: «i dag i normalt stemningsleie, sier at hun føler seg svært sliten og mener selv hun har behov for videre innleggelse. Pasienten viser ikke tegn til vrangforestillinger eller psykotiske symptom for øvrig.»

I journalnotat av 25. mai er det nedtegnet at:

«Kortfattet: pasienten ønsker tvangsmedisineringsvedtaket opphevet. Vi foreslår da at dersom hun ønsker det kan hun overføres § 2-1, dette ønsker pasienten ikke i det det fremkommer at hun ikke ønsker å bli utskrevet. Pasienten sier at hun ønsker å hvile i avdelingen. Vurderes av u.t. at pasienten kjemper en kamp mot psykiatri. Jeg forklarer pasienten at vi oppfatter det slik at hun står i opposisjon til all vestlig skolemedisin når det gjelder behandling av psykiske lidelser. Hun er ikke enig i at den behandlingen som gis per dags dato (generelt i psykiatri) er resultat av empirisk forskning og konsensus i fagmiljøet:»

Av journalen 30. mai fremkommer at man oppfatter henne til å være i god psykisk form, men muligens lett nedstemthet. Hun er kun gråtlabil når det er snakk om medisiner, og: «hun sier at hun ønsker å koble inn en advokat i saken sin, sier at det ikke kan fortsette på denne måten (referer til medikamentell behandling og tvangsmedisinering).»

Hun informeres om at det planlegges for utskrivelse. Videre uttales at:

«U.t oppfatter det slik at pasienten er bekymret for eventuelle fremtidige innleggelser, jeg oppfatter det slik at hun har nå en sykdomsinnsikt, men at hun er stadig uenig med diagnosen bipolarlidelse. Pasienten mener at hennes plager skyldes PTSD som følge av multiple innleggelser i psykiatri. Hun ser seg enig i at hun har tidligere vært psykotisk, men vil heller bruke ordet kaos.»

Av journal 31. mai fremkommer at det fattes vedtak om opphør av tvunget psykisk helsevern i medhold av psykisk helsevernloven § 3-7.

Fra epikrise datert 14. juni 2016 hitsettes:

«Forløp, vurdering, behandling,
Pasienten var innlagt på akutt psykiatrisk post under§ 3.3 fra 07.03.16 frem til 31.05.16, hun ble da overført til § 2.1 og skrevet ut etter eget ønske 08.06.16.

Pasienten var vurdert manisk psykotisk ved innkomst og følgende behandling ble igangsatt: skjerming av pasienten for inntrykk på skjermet avdeling, samt medisinerings etter § 4-4a. Pasienten er sterk motstander av psykofarmaka, på grensen til å være vrangforestilt (også når hun er frisk), og det lot seg ikke å få til frivillig samarbeid når det gjelder medisinerings. Hun ble behandlet med Xeplion intramuskulære injeksjoner, dette på bakgrunn av god antimanisk effekt. Første injeksjon ble satt 09.03.16 (150 mg Xeplion i.m), hun fikk ytterligere 3 injeksjoner med 100 mg i.m i løpet av innleggelsen (16.03.16/13.04.16/13.05.16). Stemningsstabiliserende behandling med Orfiril mikstur 8ml x 2 ble startet 20.04.16 og trappet opp til 10 ml x 2 03.05.16. Pasienten var hele tiden motvillig til behandling med Orfiril, som hun kalte «rottegift», likevel tok hun imot behandling fram til siste injeksjon med Xeplion den 13.05.16. I etterkant av denne injeksjonen nektet pasienten å ta mer Orfiril, argumenterte dette med at hun ikke ønsket å ta peroral medisin dersom hun likevel fikk intramuskulær behandling. Alternativet til Orfiril var injeksjoner med 10 mg Zyprexa, men det ble besluttet å ikke utsette pasienten for daglige påkjenninger med tvangsinjeksjoner. 31.05.16 ble det fattet vedtak etter § 3-7 i det pasienten ikke tilfredsstilte krav til videre behandling under § 3.3.»

Tvangsmedisinering

Eidsvik ble innlagt for ellefte gang etter psykisk helsevernloven § 3-3 den 7. mars 2016.

Eidsvik har at anført at selv om institusjonen Hjelset var godt kjent med hennes motstand mot medisiner ble hun likevel tvangsmedisinert. Eidsvik mener at det ikke var grunnlag for dette, og at hun også ved denne innleggelsen skulle ha vært tilbudt medisinfri behandling. Etter Eidsviks oppfatning var tvangsmedisinering ulovlig. Hennes datter gir også denne gangen beskjed til institusjonen om at Eidsvik ønsker å behandles uten medisinerings uten at det følges opp. Eidsvik har videre anført at hun klaget på vedtaket om medisinerings til fylkesmannen, men at tvangsmedisineringen ble igangsatt uten å avvente klagefristen. Hun tvangsmedisineres med sprøyter hvilket oppleves særlig traumatiserende. Da hun den 10. mai 2016 fortsatt ønsker å bli på Hjelset uten medikamentell behandling får hun ikke anledning til dette.

Retten har kommet til at de ansvarlige ved institusjonen (Hjelset) har forholdt seg til lovverket ved bruk av tvangsmedisinering også ved innleggelsen i 2016. Retten vil nedenfor begrunne dette nærmere.

Av innkomstjournalen 7. mars 2016 fremkommer at bakgrunnen for innleggelsen er «kjent bipolar affektiv lidelse». I journalnotat av 9. mars, to dager etter innleggelsen, beskrives Eidsvik som «svært syk/psykotisk» og vurderingen fra behandlende overlege, Danuta Palinska, er at man ikke tjener på å avvente oppstart av medikamentell behandling. Det uttales videre at Eidsvik er en kjent pasient i systemet og at det fattes vedtak om

tvangsmedisinering. Det fremkommer at det ble gjort forsøk på å underrette Eidsvik, men at hun ikke er i stand til å få med seg opplysningene. Videre er Eidsvik beskrevet som «meget agitert, usammenhengende, vrangforestilt, angivelig hallusinert til tider.» Hun er i voldelig (fysisk beredskap). Det uttales at Eidsvik «trenger medisinering så fort som mulig» og at det er en stor fare for betydelig helseskade ved å avvente to døgn med medisinering, og at to døgn klagefrist derfor fravikes. Diagnosen er i journalen 9. mars angitt som «psykotisk mani og høy voldsfare». Videre beskrives at Eidsvik er uten sykdomsinnsikt. I journalen dagen etter, 10. mars 2016, er hun beskrevet som mye bedre, roligere og ikke like agitert etter å ha blitt medisinert. Hun informeres om klageretten på ny, men ønsker ikke å klage.

I vedtaksskjema, som er signert av overlege Palinska, er det krysset av for at Eidsvik hadde vært undersøkt av faglig ansvarlig, i løpet av de siste 48 timer før tvangsmedisineringsvedtaket ble fattet, at undersøkelsen har fastslått at hun har en alvorlig sinnslidelse i form av «Bipolar affektiv lidelse, manisk episode, psykotiske sympt» og at behandling med legemidler kan føre til «helbredelse eller vesentlig bedring» av hennes tilstand, samt at det er gjort gjentatte forsøk på å oppnå frivillig samtykke, at det er åpenbart at samtykke ikke vil bli gitt, og at andre frivillige tiltak er vurdert. Videre følger det av vedtaket at klagefristen på 48 timer er fraveket «da pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade». Ifølge vedtaket kan Eidsvik behandles med: «Depot nevroleptica: (Xeplion 150 mg i.m. ble brukt som det første valg), ZypAdhera, Fluanxol Depot, eller andre typer av nevroleptica; benzo i.m. (Temesta 6 mg i.m. blir brukt som det første valg), Akineton i.m. hvis det blir behov for det, vanlige former av nevroleptica (Zyprexa i. m., Zeldox i.m., Abilify i.m. hvis nødvendig), andre typer av orale stemningsleiestabiliserende medisiner ved vist samarbeid)». Vedtaket har gyldighet i tre måneder.

Eidsvik ble først gitt injeksjon med Xeplion. I journalen 13. mars er hun beskrevet som fortsatt svært manisk og det gis tilleggsmedisinering i form av sprøyter med Zyprexa og Temesta. I journalen 14. mars er hun vurdert som fortsatt psykotisk, men at man ser svært god effekt når hun har fått sovet. Det beskrives at hun mangler sykdomsinnsikt og at hun ikke forstår hvorfor hun er innlagt og at hun anser seg som frisk. Den 16. mars vurderes hun fortsatt som manisk psykotisk selv om hun er mindre preget av symptomene, og det vurderes derfor som riktig å fortsette med medisiner i form av Xeplion-injeksjoner. Det vises dessuten til at Eidsvik ikke har villet ta andre typer av medisiner som Olanzapin, som er beroligende i tablettform. I journalen 23. mars beskrives at hun er i stadig bedring. Av journalnotat 28. mars fremkommer at hun skal gis beroligende medisin for å sove, og at hun kan velge mellom Sobril-tabletter eller injeksjon med Temesta.

Den 5. april fremkommer at hun har god effekt av skjerming, og at Eidsvik også selv ønsker å være skjermet, og at skjermingen forlenges for to nye uker. Den 6. april beskrives hun som fortsatt i bedring, og at det ikke lenger er grunnlag for å gi beroligende på kvelden (i form av Sobril-tabletter) ved tvang, slik hun nå fremstår.

Av journalen 13. april fremkommer at hun er i delvis bedring, men at hun fortsatt til tider er «psykomotorisk urolig med dårlig og kort søvn, og psykotisk prat til tider.» Videre fremkommer at hun tar imot medisiner, med en ny injeksjon med Xeplion, etter sterk motivering. Av journalen 19. april beskrives at hun fremstår i forverring. Det har vært en konflikt knyttet til at Eidsvik ble fratatt mobiltelefon etter å ha lagt ut bilder på nettsider fra sykehusavdelingen med stygge kommentarer. Hun tvangsmedisineres med Zyprexa og Temesta. Det fattes nytt vedtak om skjerming, hvilket Eidsvik også selv ønsker. Den 20. april er vurderingen at hun har hatt god effekt av medisineringsdagen før. Hun tilbys mikstur i stedet for injeksjon med sprøyter, som hun misliker sterkt, men hun ønsker ingen form for medisiner. Journalnotatene viser at institusjonen under hele oppholdet har forsøkt å prøve å få til et samarbeid med Eidsvik om frivillig behandling også ved å tilby andre legemidler i form av tabletter og mikstur, ettersom Eidsvik særlig har utfordringer med sprøyter. Det er ikke rapportert om bivirkninger i journalen.

Av journalnotat fra 4. mai fremkommer at hun er bedre og kan flyttes fra skjermet enhet til lukket enhet, da det vurderes som riktig behandlingssmessig, at hun nå utfordres på å være i et noe annet miljø sammen med flere medpasienter. I journal notat av 11. mai fremkommer at Eidsvik fortsatt oppleves som psykotisk og det planlegges for ny injeksjon med Xeplion denne dagen. Da Eidsvik ønsker å klage på tvangsmedisineringsdagen, tas det hensyn til dette ved at medisineringsdagen utsettes til 13. mai. Eidsvik fikk ikke medhold i klagen. I fylkesmannens avgjørelse, i brev av 13. mai 2016, er det konkludert med at de formelle sidene ved vedtaket er funnet i orden, og at det foreligger klar dokumentasjon på at Eidsvik har en alvorlig psykisk sykdom. Fra avgjørelsen hitsettes:

«Du har i de siste to månedene motstrebende tatt imot medisiner, og det rapporteres i journalen at du har blitt noe bedre i løpet av innleggelsen, inntil du nå velger å påklage vedtaket. I vår samtale kom det ikke fram like tydelige psykotiske symptomer som de som er beskrevet i journalen, men Fylkesmannen vurderer deg som fortsatt behandlingstrengende, og aksepterer overlegens vurdering av at behandling med legemidler med stor grad av sannsynlighet vil føre til ytterligere bedring av din tilstand.»

Det konkluderes med at vedtaket om tvungen behandling med psykofarmaka stadfestes. Fylkesmannens vurdering er tidsnær, og er fortatt på bakgrunn av samtale med Eidsvik og innhentelse av journalen, og underbygger at vilkårene for tvangsmedisineringsdagen var oppfylt.

Etter rettens oppfatning har behandlingsinstitusjonen, og overlege Palinska, vurdert alle vilkårene etter psykisk helsevernloven, og foretatt en helhetsvurdering hvor institusjonen og overlegens oppfatning var at tvangsmedisineringsdagen fremsto som nødvendig og den klart beste løsningen for Eidsvik. Retten kan ikke se at det er lagt en feil lovforståelse til grunn

ved vurderingen etter psykisk helsevernloven § 4-4 og § 4-2, at vedtaket om medisinerings uten samtykke ikke bygger på korrekte og faktiske vurderinger eller at det hefter noen saksbehandlingsfeil ved vedtaket.

Skjerming/isolasjon

Eidsvik ble innlagt på skjermet enhet 7. mars 2016. Vedtak om skjerming for to uker fattes 8. mars 2016. Av vedtaket fremkommer at skjerming er nødvendig av behandlingsmessige grunner og av hensyn til postens øvrige pasienter som må skjermes for Eidsviks adferd. Skjermingen forlenges flere ganger, med samme begrunnelse, ved vedtak av hhv. 22. mars 2016, 5. april 2016, 19. april 2016, 14. mai 2016 og 18. mai 2016. I journalen fra 19. april beskrives at Eidsvik er i stort behov for skjerming, både for begrensning av inntrykk, samt fordi hun fortsatt involverer seg svært mye i medpasienter. Tilsvarende uttalelse i journalnotat 14. mai om at:

«Pas må skjermes for inntrykk i egnet skjermet avdeling av både behandlingsmessige årsaker og av hensyn til medpasienter. Pas. tar på seg en behandler rolle for medpasienter og forstyrrer de andre pasientene. Pas. har ved flere anledninger snakket høyt om andre pasienters diagnoser og hva de burde få av behandling. Personal og behandlere har fått flere klager fra andre pasienter om pasientens pågående og blamerende oppførsel.»

Eidsvik har selv ønsket skjerming og er ikke uenig i at hun ble skjermet. Innvendingene er, som for de tidligere innleggelsene, at skjermingen ble praktisert som isolasjon og var ulovlig.

Det vises til Eidsviks anførsler som er gjengitt ovenfor, i forbindelse med innleggelsen i februar/mars 2014, om hvorledes skjermingen ble praktisert. Utover dette har hun ikke konkret kunne tidfeste eller angi nærmere detaljer om det som anføres å være en ulovlig praksis. Det er ingenting i journalen fra 2016 eller andre tidsnære skriftlig bevis, ei heller vitneprov som bidrar til å underbygge hennes forklaring. Bevismessig skiller ikke denne innleggelsen seg fra de to innleggelsene i 2014, og retten viser på ny til den vurdering som er foretatt ovenfor i dommen. Rettens oppfatning er at Eidsvik ikke har sannsynliggjort at skjermingen ble praktisert som de facto isolasjon.

Rettens konklusjon er at skjermingen av Eidsvik under innleggelsen i 2016 har vært i tråd med vedtakene om skjerming og loven.

Det ble ikke fattet noen vedtak om isolasjon etter psykisk helsevernloven § 4-8 i forbindelse med innleggelsen i 2016, slik at det ikke er aktuelt å drøfte dette.

Rettens konklusjon

Retten har etter dette kommet til at medisineringen uten samtykke, bruken av skjerming og isolasjon under Eidsvik innleggelse på institusjonen Hjelset i periodene 22. februar til 19. mars 2014, 21. oktober til 25. november 2014 og 7. mars til 31. mai 2016 har vært i tråd med psykisk helsevernloven og derav menneskerettighetene. Etter dette blir staten å frifinne.

Sakskostnader

Staten har vunnet saken fullstendig, og har etter hovedregelen krav på full erstatning for sine sakskostnader for tingretten.

Retten er kommet til at tungtveiende grunner gjør det rimelig at Eidsvik etter unntaksregelen i § 20-2 tredje ledd fritas for erstatningsplikten. Ved vurderingen har retten lagt vekt på at saken er av stor velferdsmessig betydning for Eidsvik og på styrkeforholdet mellom partene, jf. bokstav c. Det vises også til at saken gjaldt spørsmål av prinsipiell art som ikke ofte har vært prøvd av domstolen, og som gjelder inngripende vedtak overfor en person. Hver part dekker etter dette sine saksomkostninger.

Dommen er ikke avsagt innen lovens frist. Grunnen er sakens omfang og kompleksitet, samt avvikling av jul- og nyttårsferie i domskrivningsperioden.

DOMSSLUTNING

1. Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet frifinnes.
2. Sakskostnader tilkjennes ikke.

Retten hevet

Torild Margrethe Brende

Veiledning om anke i sivile saker vedlegges.

Veiledning om anke i sivile saker

I sivile saker er det reglene i tvisteloven kapitler 29 og 30 som gjelder for anke. Reglene for anke over dommer, anke over kjennelser og anke over beslutninger er litt ulike. Nedenfor finner du mer informasjon og veiledning om reglene.

Ankefrist og gebyr

Fristen for å anke er én måned fra den dagen avgjørelsen ble gjort kjent for deg, hvis ikke retten har fastsatt en annen frist. Disse periodene tas ikke med når fristen beregnes (rettsferie):

- fra og med siste lørdag før palmesøndag til og med annen påskedag
- fra og med 1. juli til og med 15. august
- fra og med 24. desember til og med 3. januar

Den som anker, må betale behandlingsgebyr. Du kan få mer informasjon om gebyret fra den domstolen som har behandlet saken.

Hva må ankeerklæringen inneholde?

I ankeerklæringen må du nevne

- hvilken avgjørelse du anker
- hvilken domstol du anker til
- navn og adresse på parter, stedfortredere og prosessfullmektiger
- hva du mener er feil med den avgjørelsen som er tatt
- den faktiske og rettslige begrunnelsen for at det foreligger feil
- hvilke nye fakta, bevis eller rettslige begrunnelser du vil legge fram
- om anken gjelder hele avgjørelsen eller bare deler av den
- det kravet ankesaken gjelder, og hvilket resultat du krever
- grunnlaget for at retten kan behandle anken, dersom det har vært tvil om det
- hvordan du mener at anken skal behandles videre f.eks. om det bør være muntlig behandling i rettsmøte, skriftlig behandling og/eller rettsmekling.

Hvis du vil anke en tingrettsdom til lagmannsretten

Dommer fra tingretten kan ankes til lagmannsretten. Du kan anke en dom hvis du mener det er

- feil i de faktiske forholdene som retten har beskrevet i dommen
- feil i rettsanvendelsen (at loven er tolket feil)
- feil i saksbehandlingen

Hvis du ønsker å anke, må du sende en skriftlig ankeerklæring til den tingretten som har behandlet saken. Hvis du fører saken selv uten advokat, kan du møte opp i tingretten og anke muntlig. Retten kan tillate at også prosessfullmektiger som ikke er advokater, anker muntlig.

Det er vanligvis en muntlig forhandling i lagmannsretten som avgjør en anke over en dom. I ankebehandlingen skal lagmannsretten konsentrere seg om de delene av tingrettens avgjørelse som er omtvistet, og som det er knyttet tvil til.

Lagmannsretten kan nekte å behandle en anke hvis den kommer til at det er klar overvekt av sannsynlighet for at dommen fra tingretten ikke vil bli endret. I tillegg kan retten nekte å behandle noen krav eller ankegrunner, selv om resten av anken blir behandlet.

Retten til å anke er begrenset i saker som gjelder formuesverdi under 250 000 kroner

Hvis anken gjelder en formuesverdi under 250 000 kroner, kreves det samtykke fra lagmannsretten for at anken skal kunne bli behandlet.

Når lagmannsretten vurderer om den skal gi samtykke, legger den vekt på

- sakens karakter
- partenes behov for å få saken prøvd på nytt
- om det ser ut til å være svakheter ved den avgjørelsen som er anket, eller ved behandlingen av saken

Hvis du vil anke en tingretts kjennelse eller beslutning til lagmannsretten

En *kjennelse* kan du som hovedregel anke på grunn av

- feil i de faktiske forholdene som retten har beskrevet i kjennelsen
- feil i rettsanvendelsen (at loven er tolket feil)
- feil i saksbehandlingen

Kjennelser som gjelder saksbehandlingen, og som er tatt på bakgrunn av skjønn, kan bare ankes dersom du mener at skjønnsutøvelsen er uforsvarlig eller klart urimelig.

En *beslutning* kan du bare anke hvis du mener

- at retten ikke hadde rett til å ta denne typen avgjørelse på det lovgrunnlaget, eller
- at avgjørelsen åpenbart er uforsvarlig eller urimelig

Hvis tingretten har avsagt dom i saken, kan tingrettens avgjørelser om saksbehandlingen ikke ankes særskilt. Da kan dommen isteden ankes på grunnlag av feil i saksbehandlingen.

Kjennelser og beslutninger anker du til den tingretten som har avsagt avgjørelsen. Anken avgjøres normalt ved kjennelse etter skriftlig behandling i lagmannsretten.

Hvis du vil anke lagmannsrettens avgjørelse til Høyesterett

Høyesterett er ankeinstans for lagmannsrettens avgjørelser.

Anke til Høyesterett over *dommer* krever alltid samtykke fra Høyesteretts ankeutvalg. Samtykke gis bare når anken gjelder spørsmål som har betydning utover den aktuelle saken, eller det av andre grunner er særlig viktig å få saken behandlet av Høyesterett. Anke over dommer avgjøres normalt etter muntlig forhandling.

Høyesteretts ankeutvalg kan nekte å ta anker over *kjennelser* og *beslutninger* til behandling dersom anken ikke reiser spørsmål av betydning utover den aktuelle saken, og heller ikke andre hensyn taler for at anken bør prøves. Anken kan også nektes fremmet dersom den reiser omfattende bevisspørsmål.

Når en anke over kjennelser og beslutninger i tingretten er avgjort ved kjennelse i lagmannsretten, kan avgjørelsen som hovedregel ikke ankes videre til Høyesterett.

Anke over lagmannsrettens kjennelser og beslutninger avgjøres normalt etter skriftlig behandling i Høyesteretts ankeutvalg.

Veiledning om anke i sivile saker

I sivile saker er det reglene i tvisteloven kapitler 29 og 30 som gjelder for anke. Reglene for anke over dommer, anke over kjennelser og anke over beslutninger er litt ulike. Nedenfor finner du mer informasjon og veiledning om reglene.

Ankefrist og gebyr

Fristen for å anke er én måned fra den dagen avgjørelsen ble gjort kjent for deg, hvis ikke retten har fastsatt en annen frist. Disse periodene tas ikke med når fristen beregnes (rettsferie):

- fra og med siste lørdag før palmesøndag til og med annen påskedag
- fra og med 1. juli til og med 15. august
- fra og med 24. desember til og med 3. januar

Den som anker, må betale behandlingsgebyr. Du kan få mer informasjon om gebyret fra den domstolen som har behandlet saken.

Hva må ankeerklæringen inneholde?

I ankeerklæringen må du nevne

- hvilken avgjørelse du anker
- hvilken domstol du anker til
- navn og adresse på parter, stedfortredere og prosessfullmektiger
- hva du mener er feil med den avgjørelsen som er tatt
- den faktiske og rettslige begrunnelsen for at det foreligger feil
- hvilke nye fakta, bevis eller rettslige begrunnelser du vil legge fram
- om anken gjelder hele avgjørelsen eller bare deler av den
- det kravet ankesaken gjelder, og hvilket resultat du krever
- grunnlaget for at retten kan behandle anken, dersom det har vært tvil om det
- hvordan du mener at anken skal behandles videre f.eks. om det bør være muntlig behandling i rettsmøte, skriftlig behandling og/eller rettsmekling.

Hvis du vil anke en tingrettsdom til lagmannsretten

Dommer fra tingretten kan ankes til lagmannsretten. Du kan anke en dom hvis du mener det er

- feil i de faktiske forholdene som retten har beskrevet i dommen
- feil i rettsanvendelsen (at loven er tolket feil)
- feil i saksbehandlingen

Hvis du ønsker å anke, må du sende en skriftlig ankeerklæring til den tingretten som har behandlet saken. Hvis du fører saken selv uten advokat, kan du møte opp i tingretten og anke muntlig. Retten kan tillate at også prosessfullmektiger som ikke er advokater, anker muntlig.

Det er vanligvis en muntlig forhandling i lagmannsretten som avgjør en anke over en dom. I ankebehandlingen skal lagmannsretten konsentrere seg om de delene av tingrettens avgjørelse som er omtvistet, og som det er knyttet tvil til.

Lagmannsretten kan nekte å behandle en anke hvis den kommer til at det er klar overvekt av sannsynlighet for at dommen fra tingretten ikke vil bli endret. I tillegg kan retten nekte å behandle noen krav eller ankegrunner, selv om resten av anken blir behandlet.

Retten til å anke er begrenset i saker som gjelder formuesverdi under 250 000 kroner

Hvis anken gjelder en formuesverdi under 250 000 kroner, kreves det samtykke fra lagmannsretten for at anken skal kunne bli behandlet.

Når lagmannsretten vurderer om den skal gi samtykke, legger den vekt på

- sakens karakter
- partenes behov for å få saken prøvd på nytt
- om det ser ut til å være svakheter ved den avgjørelsen som er anket, eller ved behandlingen av saken

Hvis du vil anke en tingretts kjennelse eller beslutning til lagmannsretten

En *kjennelse* kan du som hovedregel anke på grunn av

- feil i de faktiske forholdene som retten har beskrevet i kjennelsen
- feil i rettsanvendelsen (at loven er tolket feil)
- feil i saksbehandlingen

Kjennelser som gjelder saksbehandlingen, og som er tatt på bakgrunn av skjønn, kan bare ankes dersom du mener at skjønnsutøvelsen er uforsvarlig eller klart urimelig.

En *beslutning* kan du bare anke hvis du mener

- at retten ikke hadde rett til å ta denne typen avgjørelse på det lovgrunnlaget, eller
- at avgjørelsen åpenbart er uforsvarlig eller urimelig

Hvis tingretten har avsagt dom i saken, kan tingrettens avgjørelser om saksbehandlingen ikke ankes særskilt. Da kan dommen isteden ankes på grunnlag av feil i saksbehandlingen.

Kjennelser og beslutninger anker du til den tingretten som har avsagt avgjørelsen. Anken avgjøres normalt ved kjennelse etter skriftlig behandling i lagmannsretten.

Hvis du vil anke lagmannsrettens avgjørelse til Høyesterett

Høyesterett er ankeinstans for lagmannsrettens avgjørelser.

Anke til Høyesterett over *dommer* krever alltid samtykke fra Høyesteretts ankeutvalg. Samtykke gis bare når anken gjelder spørsmål som har betydning utover den aktuelle saken, eller det av andre grunner er særlig viktig å få saken behandlet av Høyesterett. Anke over dommer avgjøres normalt etter muntlig forhandling.

Høyesteretts ankeutvalg kan nekte å ta anker over *kjennelser* og *beslutninger* til behandling dersom anken ikke reiser spørsmål av betydning utover den aktuelle saken, og heller ikke andre hensyn taler for at anken bør prøves. Anken kan også nektes fremmet dersom den reiser omfattende bevisspørsmål.

Når en anke over kjennelser og beslutninger i tingretten er avgjort ved kjennelse i lagmannsretten, kan avgjørelsen som hovedregel ikke ankes videre til Høyesterett.

Anke over lagmannsrettens kjennelser og beslutninger avgjøres normalt etter skriftlig behandling i Høyesteretts ankeutvalg.