

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer

Heftets tittel: Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer

Utgitt: 11/2012

Bestillingsnummer: IS-9/2012

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-9/2012

Forord

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften regulerer det psykiske helsevernet som er en del av spesialisthelsetjenesten. Loven og forskriften regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern, både i institusjon og ved poliklinisk behandling.

Psykisk helsevernloven er den viktigste tvangsloven på helserettens område. Mange av bestemmelsene regulerer bruk av tvang. Adgangen til tvangsinngrep er dels begrunnet i hensynet til pasienten selv og dels i hensynet til omgivelsene. Tvangsbruk er et svært alvorlig inngrep i enkeltmenneskers liv og selvbestemmelsesrett. Psykisk helsevernloven- og forskriften skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Dette søkes oppnådd ved at bestemmelsene setter vilkår for særlige tiltak, og ved regler om saksbehandling og kontroll. Videre skal reglene sikre at man ved iverksettelse av tiltak tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet, slik at tiltakene ikke brukes i større grad eller gis et større omfang enn nødvendig.

Det er viktig at regler som skal sikre pasientenes rettssikkerhet er lett å finne frem til og forstå. Vi håper dette rundskrivet kan være et nyttig og praktisk arbeidsverktøy i det daglige arbeidet i det psykiske helsevernet. Dette rundskrivet er ment å være til hjelp både for helsepersonell, pasienter, pårørende, organisasjoner, jurister og andre som er opptatt av rettslige spørsmål innen psykisk helsevern.

Psykisk helsevernloven med tilhørende forskrifter trådte i kraft 1. januar 2001. Samtidig utga Helsedepartementet rundskriv I-10/2001 med utdypende kommentarer til forståelsen av loven og forskrifter. Siden den gang har loven vært gjenstand for endringer, nye forskrifter har blitt vedtatt med hjemmel i loven og lovforståelsen har utviklet seg som følge av rettsavgjørelser og forvaltningspraksis. Ved lov 30. juni 2006 nr. 45 ble loven vesentlig omredigert og enkelte viktige nye regler ble innført. Forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften) trådte i kraft 1. januar 2012. Forskriften samler elleve tidligere forskrifter for å gjøre regelverket lettere tilgjengelig. Innholdet i de tidligere forskriftene er i stor grad videreført i den nye samleforskriften, likevel med noen endringer. Den 1. juli 2012 trådte et nytt kapittel 4 A i psykisk helsevernloven i kraft: "Kapittel om sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå."

Dette rundskrivet har tatt opp i seg alle ovenfor nevnte endringer, og erstatter rundskrivet I-10/ 2001, slik at man nå får et samlet og oppdatert rundskriv til lov- og forskrift.

Den trykte versjonen av dette rundskrivet inneholder psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. I den nettbaserte versjonen av rundskrivet er det lenket til lover, forskrifter og nettsider som er omtalt i teksten. Revideringer i rundskrivet vil bare skje i den nettbaserte versjonen.

Lykke til med bruken av rundskrivet!



Bjørn Guldvog
konst. helsedirektør

Innhold

Forord	3
Innledning	9
Leseveiledning	9
Forholdet til annet lovverk	9
Lover og konvensjoner	10
Offentlige dokumenter	11
Psykisk helsevernloven med kommentarer	14
Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser	14
§ 1-1 Formål	14
§ 1-1a Virkeområde	14
§ 1-2 Psykisk helsevern	16
§ 1-3 Offentlig myndighet	17
§ 1-4 Den faglig ansvarlige for vedtak	17
§ 1-5 Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven	18
§ 1-6 Forholdet til forvaltningsloven	18
§ 1-7 Rett til advokat eller annen fullmektig	19
§ 1-8 Bruk av elektronisk kommunikasjon	20
Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser	22
§ 2-1 Hovedregelen om samtykke	22
§ 2-2 Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5	27
Kapittel 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern	29
§ 3-1 Legeundersøkelse	29
§ 3-2 Vedtak om tvungen observasjon	32
§ 3-3 Vedtak om tvungent psykisk helsevern	35
§ 3-4 Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern	42
§ 3-5 Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte	45
§ 3-6 Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet	48
§ 3-7 Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern	50
§ 3-8 Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern	52
§ 3-9 Rett til å uttale seg	54
§ 3-10 Forskrifter om tvungent psykisk helsevern	55
Kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern	56

§ 4-1	Individuell plan	57
§ 4-2	Vern om personlig integritet	59
§ 4-3	Skjerming	61
§ 4-4	Behandling uten eget samtykke	63
§ 4-5	Forbindelse med omverdenen	67
§ 4-6	Undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon	70
§ 4-7	Beslag	72
§ 4-7a	Urinprøve	73
§ 4-8	Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold	75
§ 4-9	Kontrollundersøkelser	79
§ 4-10	Overføring uten samtykke	80
Kapittel 4A. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå		82
I.	Alminnelige bestemmelser	82
§ 4A-1	Formål	82
§ 4A-2	Virkeområde	82
§ 4A-3	Forholdet til bestemmelsene i kapittel 4	83
II.	Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger	84
§ 4A-4	Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler	84
§ 4A-5	Undersøkelse av personer og gjenstander	85
§ 4A-6	Forbindelse med omverdenen	86
§ 4A-7	Krav om politiattest	87
III.	Særskilte sikkerhetstiltak i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå	88
§ 4A-8	Vedtak om overføring til enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå	88
§ 4A-9	Samvær med andre pasienter	89
§ 4A-10	Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler	89
§ 4A-11	Politiets utlevering av opplysninger om personer som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå	90
§ 4A-12	Undersøkelse av personer og gjenstander	91
§ 4A-13	Forbindelse med omverdenen	92
§ 4A-14	Avvik eller lettelser i sikkerhetstiltakene	92
Kapittel 5. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern		93
§ 5-1	Forholdet til de øvrige bestemmelsene i loven her	93
§ 5-2	Vedtak om behandlingsansvaret	94
§ 5-2a	Nasjonal koordineringsenhet	94
§ 5-2b	Nasjonal administrativ oversikt over tiltalte og domfelte til tvungent psykisk helsevern	95
§ 5-3	Gjennomføring	96
§ 5-4	Klage til kontrollkommisjonen	97
§ 5-5	Begjæring om endring i gjennomføringen	98
§ 5-6	Overføring til anstalt under kriminalomsorgen	98
§ 5-6a	Opplysninger til påtalemyndigheten og retten	99
§ 5-6b	Opplysninger til nasjonal koordineringsenhet	100
§ 5-7	Opphør av reaksjonen og prøveløslatelse der domfelte er overført til anstalt under kriminalomsorgen	100
§ 5-8	Tilbakeføring til tvungent psykisk helsevern fra anstalt under kriminalomsorgen	100
§ 5-9	Forskrifter	101

Kapittel 6. Kontroll og etterprøving	102
§ 6-1 Kontrollkommisjonen	102
§ 6-2 Kontrollkommisjonens sammensetning	103
§ 6-3 Kontrollkommisjonens uavhengighet	104
§ 6-4 Særlige saksbehandlingsregler	105
§ 6-5 Forskrifter om saksbehandlingen	107
Kapittel 7. Domstolprøving	108
§ 7-1 Domstolprøving	108
Kapittel 8. Forskjellige bestemmelser	109
§ 8-1 Forskrifter	109
§ 8-2 Ikrafttredelse	109
§ 8-3 Endringer i andre lover	109
Psykisk helsevernforskriften med kommentarer	109
Kapittel 1. Øyeblikkelig hjelp, godkjenning av institusjoner og faglig ansvarlig	109
§ 1 Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp	110
§ 2 Godkjenning av institusjoner	112
§ 3 Materielle krav	113
§ 4 Krav til bemanning	115
§ 5 Faglig ansvarlig	117
§ 6 Veiledningsplikt	118
Kapittel 2. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern m.m.	120
§ 7 Begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern	120
§ 8 Uttalelse etter legeundersøkelse	121
§ 9 Tvungen legeundersøkelse. Delegering.	122
§ 10 Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Underretning.	123
§ 11 Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon	125
§ 12 Vedtak om overføringer, jf. psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4	127
§ 13 Kontrollundersøkelser	128
§ 14 Begjæring om forlengelse av tvungent psykisk helsevern	128
Kapittel 3. Skjerming, undersøkelse og behandling uten eget samtykke og tvangsmidler	129
I. Innledende bestemmelse	129
§ 15 Vern om personlig integritet. Pasientens rett til medvirkning	129
II. Skjerming	130
§ 16 Vilkår for skjerming	130
§ 17 Vedtak om skjerming som opprettholdes utover 12 timer	131
§ 18 Gjennomføring av skjerming	132
III. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke	133
§ 19 Vurdering av alternative tiltak	133
§ 20 Nærmere om undersøkelsen	134
§ 21 Vedtak om behandling uten eget samtykke	135
§ 22 Gjennomføring av behandling med legemidler	136
§ 23 Gjennomføring av behandling med ernæringstilførsel	137

IV. Tvangsmidler	139
§ 24 Hvilke institusjoner som kan anvende tvangsmidler	139
§ 25 Avgjørelse om bruk av tvangsmidler	139
§ 26 Gjennomføring av bruk av tvangsmidler	140
V. Generelle bestemmelser	142
§ 27 Vedtakskompetanse. Underretning m.m.	142
§ 28 Klage	143
§ 29 Klagebehandling	144
§ 30 Registrering av vedtak om skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler	145
Kapittel 5. Gjennomføring av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon	147
§ 31 Kontaktperson	147
§ 32 Samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten	147
§ 33 Samarbeid med pasientens pårørende	148
§ 34 Henting	148
Kapittel 6. Pasienter i privat forpleining	150
§ 35 Virkeområde	150
§ 36 Krav til privat forpleining	150
§ 37 Forpleiningskontrakt	151
§ 38 Forpleierens plikter	152
§ 39 Taushetsplikt	152
§ 40 Forbud mot restriktive tiltak	153
§ 41 Faglig oppfølging	153
§ 42 Innberetninger	154
Kapittel 7. Kontrollkommisjonens virksomhet	155
I. Generelle bestemmelser	155
§ 43 Kontrollkommisjonens ansvarsområde	155
§ 44 Taushetsplikt	155
§ 45 Møter	155
§ 46 Protokoll	156
§ 47 Rapportering	157
§ 48 Kontrollkommisjonens tilgang på opplysninger	157
§ 49 Meddelelser til pasienten	158
§ 50 Kontroll med pasienter i privat forpleining	159
II. Saksbehandlingsregler i klagesaker	159
§ 51 Virkeområde	159
§ 52 Redegjørelse fra den faglig ansvarlige for vedtak	160
§ 53 Informasjon til pasienten	161
§ 54 Sakens opplysning	161
§ 55 Kontrollkommisjonenes vedtak	163
§ 56 Pasientenes rett til å være til stede	164
III. Etterprøving av vedtak uten klage	165
§ 57 Dokumentkontroll	165
§ 58 Etterprøving etter 3 måneder	166
§ 59 Samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern	167
§ 60 Psykisk helsevern for barn under 16 år	168
IV. Kontroll med pasientens opphold ved institusjonen	169
§ 62 Besøk	169

§ 63	Om kontrollen	170
V.	Godtgjøring m.m.	171
§ 64	Omfang	171
§ 65	Satser	172
§ 66	Beregning av timeantall som det skal gis arbeidsgodtgjøring for	173
§ 67	Tapt arbeidsfortjeneste	173
§ 68	Reisegodtgjøring	174
§ 69	Regnskapsrapport og årsregnskap	174
Kapittel 8.	Sluttbestemmelser	175
§ 70	Overgangsbestemmelse	175
§ 71	Ikrafttredelse	176

Innledning

Leseveiledning

Rundskrivet gjengir først hver enkelt paragraf i psykisk helsevernloven med tilhørende kommentarer nedenfor, deretter hver enkelt paragraf i psykisk helsevernforskriften med tilhørende kommentarer nedenfor.

Forskriften utdyper i stor grad det som er regulert i loven. Det blir derfor noen ganger dobbelbehandling av temaene i rundskrivet. Det kreves ofte at man leser flere steder i rundskrivet for å få en helhetlig beskrivelse av et tema. For eksempel er tiltaket "skjerming" beskrevet både i loven § 4-3 med kommentarer og i forskriftsbestemmelsene §§ 16-18 med kommentarer. Lov- og forskriftsbestemmelsene og kommentarene må ses i sammenheng. Det gis henvisninger mellom relevante bestemmelser i loven og forskriften. Dersom de leses isolert, kan dette gi et ufullstendig bilde av hvordan en bestemmelse skal forstås.

I kommentarene finnes også henvisninger til andre aktuelle lover, forskrifter, rundskriv og retts- og forvaltningsavgjørelser. I den nettbaserte versjonen av rundskrivet er det lenket til omtalte dokumenter på www.lovdata.no, www.helsedirektoratet.no og enkelte andre nettsteder. Lenker finnes der det er understrekninger i teksten, for eksempel ved understrekning av lovtitler, rundskrivtitler osv.

Kommentarene i rundskrivet gir nærmere forklaring på det som er regulert i lov eller forskrift. Kommentarene gir altså en fortolkning av lovbestemmelsene.

Forholdet til annet lovverk

Psykisk helsevernloven er bare en av mange lover av stor betydning for virksomheten i det psykiske helsevernet. Det er derfor viktig at psykisk helsevernloven ses i sammenheng med andre lover som [pasient- og brukerrettighetsloven](#), [helsepersonelloven](#), [spesialisthelsetjenesteloven](#), [helse- og omsorgstjenesteloven](#) og [lov om fri rettshjelp](#).

Bestemmelser om ansvar, plikter og organisering for *virksomheter* i helsetjenesten, dvs. bestemmelser på systemnivå, finnes i tjenestelovene; helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Også helseforetaksloven og helseregisterloven regulerer plikter og ansvar på systemnivå. Helsepersonelloven regulerer først og fremst *helsepersonells* plikter og ansvar.

En rekke av helsepersonellovens og tjenestelovenes pliktbestemmelser reflekterer eller henviser til rettighetsbestemmelser for pasienter, brukere og pårørende som finnes i pasient- og brukerrettighetsloven eller henviser til disse.

Tilgangen til annet regelverk forenkles ved bruk av den elektroniske versjonen av dette rundskrivet, som er tilgjengelig på nettstedet www.helsedirektoratet.no

Ledere i helsetjenesten skal være oppmerksom på at [internkontrollforskriften](#) § 4 bokstav b) pålegger arbeidsgiver å sikre ansatte tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.

Lover og konvensjoner

Alfabetisk oversikt over lover henvist til i rundskrivet med lenker til de fullstendige lovtekstene i www.lovdato.no.

Barneloven	http://www.lovdato.no/all/hl-19810408-007.html
Barnevernloven	http://www.lovdato.no/all/hl-19920717-100.html
Helse- og omsorgstjenesteloven	LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
Helsepersonelloven	LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v.
Helseregisterloven	LOV-2001-05-18 nr 24: Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger
Helsetilsynsloven	LOV 1984-03-30 nr 15: Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
Pasient- og brukerrettighetsloven	LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter
Politiloven	LOV 1995-08-04-53: Lov om politiet
Rettshjelpsloven	http://www.lovdato.no/all/hl-19800613-035.html
Spesialisthelsetjenesteloven	LOV-1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
Straffeloven	LOV 1902-05-22 nr 10: Almindelig borgerlig Straffelov
Straffeprosessloven	http://www.lovdato.no/all/nl-19810522-025.html

EMK

<http://www.lovdato.no/all/hl-19990521-030.html>

FNs barnekonvensjon

[http://www.regjeringen.no/
upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-
fns_barnekonvensjon.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)

Offentlige dokumenter

[Prop. 108 L \(2011–2012\) Endringer i psykisk helsevernloven \(regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå m.m.\)](#)

[Ot. prp. nr. 65 for 2005-2006 Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven mv.](#)

[Ot. prp. nr. 46 for 2000-2001 Om lov om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover](#)

[Ot. prp. nr. 11 for 1998-1999 Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern](#)

[NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet](#)

[NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2019](#)

[NOU 1988:8 Lov om psykisk helsevern uten eget samtykke](#)

[Helse- og omsorgsdepartementets "Bedre kvalitet – økt frivillighet" Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester \(2012-2015\)](#)

[Justis- og politidepartementet: Etterkontroll av reglene om stafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring](#)

Dokumenter fra Helsedirektoratet:

[Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid](#)

[Rundskriv til fylkesmennene om oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene](#)

[Maler for kontrollkommisjonsvedtak](#)

[Velkommen som medlem av kontrollkommisjon i det psykiske helsevern \(brosjyre\)](#)

[Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjonen](#)

[Saksbehandlingsrundskriv til kontrollkommisjonene](#)

[Rettssikkerhet ved tvang \(informasjonsbrosjyre til pasient/ pårørende\)](#)

[Informasjon til deg som er dømt til tvungent psykisk helsevern \(brosjyre\)](#)

[Informasjon til faglig ansvarlig for person dømt til tvungent psykisk helsevern](#)

[KITH –maler for vedtak etter psykisk helsevernloven til bruk i elektr. pasientjournal](#)

[Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2010 rapport IS-1941](#)

[Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. IS-1370 2009](#)

Psykisk helsevernloven med kommentarer

Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser

§ 1-1 Formål

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.

Kommentarer til § 1-1:

§ 1-1 er lovens formålsbestemmelse. Den slår fast at psykisk helsevernloven skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Dette sikres ved at bestemmelsene i loven setter vilkår for særlige tiltak, og ved regler om saksbehandling og kontroll. Videre skal loven sikre at man ved iverksettelse av tiltak som er beskrevet i loven tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet, slik at tiltakene ikke benyttes i større grad eller gis et større omfang enn nødvendig.

§ 1-1a Virkeområde

Bestemmelsene i loven her gjelder for undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet, samt for forutgående undersøkelse med sikte på etablering av tvungent psykisk helsevern.

Dersom en institusjon i det psykiske helsevernet er ansvarlig for et opphold som skjer i medhold av en annen lov, gjelder bestemmelsene i kapittel 4 med unntak av §§ 4-4, 4-5 annet ledd, 4-7 a annet ledd, 4-9 og 4-10 for gjennomføringen av oppholdet.

Kommentarer til § 1-1a:

§ 1-1a definerer psykisk helsevernlovens virkeområde.

Første ledd fastslår at loven gjelder for undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet, og for forutgående undersøkelse med sikte på etablering av psykisk helsevern. Se loven § 1-2 for definisjon av psykisk helsevern.

Annet ledd: Lovens kapittel 4 om gjennomføring av psykisk helsevern kommer også til anvendelse for pasienter som har opphold i det psykiske helsevernet med hjemmel i annen lov. Eksempel på dette er pasienter innlagt med hjemmel i [helse-](#)

[og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3](#) eller [barnevernloven 4-24](#), personer som blir innlagt til rettspsykiatrisk undersøkelse ([straffeprosessloven § 167](#)) og rusmiddelavhengige som får frivillig behandling i institusjon i det psykisk helsevernet etter henvisning fra sosialtjeneste eller lege.

Formålet med annet ledd er å hindre uheldige forskjeller mellom pasienter som oppholder seg på samme institusjon. Det er likevel gjort unntak for bestemmelsene i lovens §§ 4-4, 4-5 annet ledd, 4-7 a annet ledd, 4-9 og 4-10 for personer som er innlagt etter andre bestemmelser enn psykisk helsevernloven.

For pasienter som har opphold med hjemmel i straffeprosessloven § 167 kan også restriksjoner som er hjemlet i straffeprosessloven benyttes (for eksempel brev- og besøksforbud).¹

For pasienter som har opphold i det psykiske helsevernet etter dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, gjelder kapittel 5 i tillegg til enkelte av lovens øvrige bestemmelser, se § 5-1. Gjennomføring av tvungen omsorg skal skje under ansvar av en fagenhet i spesialisthelsetjenesten som er innrettet for formålet, jf. straffeloven § 39 a. Per i dag er dette lagt under psykisk helsevern. [Straffeloven § 39 a](#) angir hvilke regler i psykisk helsevernloven som gjelder ved gjennomføringen av tvungen omsorg.²

Kontrollkommisjonen er klageorgan for vedtak som treffes under institusjonsoppholdet med hjemmel i lovens kapittel 4, uavhengig av hjemmelen for oppholdet. Kontrollkommisjonen er imidlertid ikke klageinstans for *etableringsvedtak* etter annen lov enn psykisk helsevernloven. Vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 og barnevernloven treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Eventuell overprøving (av tvang / tilbakeholdelse) må i disse tilfellene foretas av domstolen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-7 og barnevernloven § 7-24. Kontrollkommisjonen har heller ingen rolle i overprøving av særreaksjonene dom på tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg.

Dersom fylkesnemnda har truffet vedtak om urinprøvetaking, regnes dette som en del av etableringsvedtaket

¹ [Helsedirektoratets fortolkning 15.04.2011 \(10/6077\)](#)

² [Forskrift 21.12.2001 nr 1523 om gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg](#)

§ 1-2 Psykisk helsevern

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.

Med tvungen observasjon menes slik undersøkelse, pleie og omsorg som nevnt i første ledd, med sikte på å klarlegge om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.

Kommentarer til § 1-2:

Første ledd definerer psykisk helsevern til å være spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse. Pleie og omsorg som det er nødvendig at spesialisthelsetjenesten utfører i denne sammenheng omfattes også av begrepet.

Psykisk helsevernloven regulerer tjenester som drives av regionale helseforetak og helseforetak, og tjenester drevet av private spesialisthelsetjenester på vegne av slike. Kommunale tilbud reguleres av [helse- og omsorgstjenesteloven](#).

Annet ledd definerer begrepet tvungen observasjon, og innebærer at slik undersøkelse ikke regnes som tvungent psykisk helsevern i lovens forstand (jf. tredje ledd). Henvisningen til [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#) er tatt inn for å presisere at observasjon som er basert på eget eller representert samtykke ikke regnes som tvungen observasjon i lovens forstand.

Tredje ledd definerer begrepet tvungent psykisk helsevern. Henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 er tatt inn for å presisere at psykisk helsevern som er basert på eget eller representert samtykke ikke regnes som tvungent psykisk helsevern i lovens forstand.

Ved at pleie og omsorg inngår i definisjonene av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, er det forutsatt at pasienten også uten eget samtykke gis slik hjelp til stell og daglig hygiene at vedkommende ikke utsettes for helsefare. Tiltakene må være forholdsmessige og ikke mer omfattende enn nødvendig. Ved behov for somatisk helsehjelp *ut over dette*, hvor pasienten mangler samtykkekompetanse, kan pasrl.§§ 4-5, 4-6, 4-7 eller [pasrl. kapittel 4A](#) gi adgang til å yte helsehjelpen.³

³ [Helsedirektoratets rundskriv IS-10/2008 Lov om pasientrettigheter kapittel 4A](#)

§ 1-3 Offentlig myndighet

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

Kongen kan gi forskrifter om hvem som skal anses som offentlig myndighet, samt om utøvelsen av deres kompetanse etter loven her.

Kommentarer til § 1-3:

Første ledd definerer hvilke etater som regnes som offentlig myndighet i psykisk helsevernlovens forstand.

Offentlig myndighet er pålagt varslings- og bistandsplikt, jf. § 3-6. Se psykisk helsevernlovens § 7 for nærmere beskrivelse av hvilken offentlig myndighet som kan begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

I **annet ledd** åpnes det for at Kongen kan gi forskrifter til bestemmelsen. En bestemmelse om offentlig myndighet som begjærende instans er inntatt i psykisk helsevernlovens § 7.

§ 1-4 Den faglig ansvarlige for vedtak

Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift.

Kongen kan gi forskrifter om hvem som er den faglig ansvarlige etter første ledd og om delegasjon av dennes myndighet. Kongen kan i forskrifter gjøre unntak fra første ledd.

Kommentarer til § 1-4:

Første ledd fastsetter hvem som kan være faglig ansvarlig for å treffe vedtak eller beslutte iverksettelse av tiltak som er nærmere angitt i loven. Med nærmere angitte tiltak menes blant annet beslutning om skjerming før 12- eller 24-timersgrensen, jf. § 4-3.

En person som fyller kompetansekravene for å være faglig ansvarlig vil ikke automatisk ha slik myndighet. Faglig ansvarlig utpekes særskilt av den enkelte institusjon, og utpekelsen får ingen betydning for ledelsesforholdet ved institusjonen. Vedtakskompetansen må organiseres på en måte som tilfredsstillende [spesialisthelsetjenesteloven](#) og [helsepersonellovens](#) krav til faglig forsvarlighet på system- og individnivå.

Annet ledd: Med hjemmel i annet ledd er det gitt en forskriftsbestemmelse om den

faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet, se psykisk helsevernforskriften § 5. Bestemmelsen regulerer kravene til den faglig ansvarliges kompetanse, og gir hjemmel for å dispensere fra disse kravene. Søknad om slik dispensasjon behandles av fylkesmannen, jf. delegasjon fra Sosial- og Helsedirektoratet av 12. mai 2005.⁴

§ 1-5 Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven

Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder pasient- og brukerrettighetsloven.

Kommentarer til § 1-5:

Bestemmelsen fastsetter at [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (pasrl.) gjelder for pasienter i det psykiske helsevernet. Pasienter innen psykisk helsevern omfattes således av reglene om hvem som er pasientens pårørende, om rett til helsehjelp, om pasientens og nærmeste pårørendes rett til medvirkning og informasjon, og samtykke til helsehjelp. Unntakene fremgår uttrykkelig av pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser, jf. pasrl. §§ [1-3 b](#)), [2-1b](#) syvende ledd, [2-2](#) femte ledd, [2-4](#) tredje ledd, [3-3](#) andre ledd, [4-3](#) femte ledd og [4A-2](#) andre ledd.

§ 1-6 Forholdet til forvaltningsloven

For behandlingen av saker etter loven her gjelder forvaltningsloven. Forvaltningsloven § 12 gjelder likevel bare der dette er uttrykkelig nevnt.

Kommentarer til § 1-6:

[Forvaltningsloven](#) kommer til anvendelse for behandling av saker etter psykisk helsevernloven. Dette gjelder ikke forvaltningsloven § 12 om advokat eller annen fullmektig, som reguleres i psykisk helsevernloven § 1-7.

Enkelte vedtak er av så akutt karakter at det ikke kan stilles samme krav til utredning som ellers. Dette gjelder særlig i situasjoner hvor det er aktuelt å treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse (§ 3-1), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8). Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kapittel IV og V er fleksibelt utformet med egne unntaksbestemmelser, og vil således kunne ivareta de særlige behov for rask avklaring og handling som kan oppstå i krisepregede situasjoner.

Bestemmelsen innebærer at forvaltningsloven kapittel VI om klage og omgjøring supplerer reglene om overprøving i psykisk helsevernloven, herunder hovedregelen om tre ukers klagefrist fra tidspunktet underretning om vedtaket er kommet frem til

⁴ [Helsedirektoratets brev av 18.06.2009 \(09/3537\)](#)

den klageberettigede.

For *pasienten* er klagefristen lenger for vedtak om etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Pasienten kan påklage disse vedtakene i inntil tre måneder etter at det psykiske helsevernet er opphørt, jf. psykisk helsevernloven §§ 3-2, 3-3 og 3-7.

For vedtak om overføring er klagefristen kortere, nemlig én uke fra klageberettigede får underretning om vedtaket, jf. psykisk helsevernloven § 4-10.

§ 1-7 Rett til advokat eller annen fullmektig

Ved klage til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen over vedtak etter loven her, har pasienten rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig. Om fullmektig og fullmakt gjelder forvaltningsloven § 12 annet og fjerde ledd tilsvarende.

Alle henvendelser i en klagesak kan gjøres ved fullmektig, og alle meddelelser og henvendelser fra forvaltningsorganet skal skje til pasientens fullmektig for såvidt forholdet dekkes av fullmakten. Når det finnes hensiktsmessig, kan pasienten også underrettes direkte. Pasienten kan kreve å bli underrettet i tillegg til eller i stedet for fullmektigen.

Ved saker om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, saker om overføringer, som nevnt i §§ 2-1 annet ledd og 2-2 fjerde ledd, har pasienten rett til advokat etter lov av 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp.

Kommentarer til § 1-7:

Bestemmelsen regulerer pasientens rett til advokat eller annen fullmektig.

Første ledd fastslår at pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig i forbindelse med klage til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen over vedtak som er truffet med hjemmel i psykisk helsevernloven. Som det fremgår av **annet punktum** kommer forvaltningsloven § 12 annet og fjerde ledd til anvendelse i denne sammenheng. Disse bestemmelsene regulerer hvem som kan være fullmektig og fastsetter et krav om skriftlig fullmakt. Advokater trenger ikke å legge frem skriftlig fullmakt.

Annet ledd regulerer hvordan henvendelser mellom pasienten eller eventuell fullmektig og forvaltningsorganet skal foregå.

Tredje ledd fastsetter at pasienten i følgende saker har rett til fri rettshjelp (det vil si gratis advokat) ved klage til kontrollkommisjonen, etter lov om fri rettshjelp:

- Sak om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-2, § 3-3 og § 3-7)
- Sak om overføring (jf. § 4-10 og § 5-4))

- Sak om undersøkelse eller behandling i institusjon for barn over 12 år som er uenig i tiltaket (jf. § 2-1 annet ledd)
- Sak om krav om samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5 (jf. § 2-2 fjerde ledd)

Kontrollkommisjonen skal av eget tiltak oppnevne advokat for en pasient som fremmer klager som er nevnt, jf. lov om fri rettshjelp § 21. Pasienten kan velge advokat selv dersom han eller hun ønsker det.

I andre klagesaker etter psykisk helsevernloven, for eksempel klager på vedtak om behandling uten eget samtykke (§ 4-4) eller skjerming (§ 4-3), gjelder det ingen automatisk rett til dekning av utgifter til advokatbistand. I slike saker må advokaten eventuelt søke fylkesmannen om fritt rettsråd på vegne av pasienten i henhold til rettshjelpsloven § 11 tredje ledd. Slik dekning forutsetter som utgangspunkt at pasienten oppfyller de økonomiske vilkårene for fri rettshjelp (inntekts- og formuesgrense). Videre vil fylkesmannen vil gjøre en vurdering av om saken «objektivt sett berører søker i sterk grad». Det følger av rettshjelpsloven at slik dekning bare skal innvilges unntaksvis.

Nærmeste pårørende har ikke rett til fri advokatbistand etter denne bestemmelsen ved klager til kontrollkommisjonen. Dekning av nærmeste pårørendes advokatutgifter vil måtte behovsprøves etter de generelle reglene i rettshjelploven. Ved domstolsprøving av kontrollkommisjonens vedtak (§ 7-1), vil nærmeste pårørende få sakens kostnader dekket etter tvisteloven § 36-8.

§ 1-8 **Bruk av elektronisk kommunikasjon**

Bestemmelser i eller i medhold av loven her som krever eller forutsetter skriftlighet eller underskrift, er ikke til hinder for bruk av elektronisk kommunikasjon. Dette gjelder også meldinger, varsel og lignende til pasient eller dennes nærmeste pårørende, såfremt vedkommende uttrykkelig har godtatt bruk av elektronisk kommunikasjon.

Kommentarer til § 1-8:

Første punktum fastslår at bestemmelser i eller i medhold av psykisk helsevernloven som forutsetter skriftlighet eller underskrift, ikke er til hinder for bruk av elektronisk kommunikasjon. Forutsetningen for at undertegning kan skje elektronisk, er at det kan gjøres på en måte som sikrer underskriftens autenticitet. Bestemmelsen fastslår således at skriftlig og elektronisk informasjon likestilles, og innebærer at det er unødvendig å ha papirversjoner i tillegg til elektronisk journal. Pasientjournal kan føres elektronisk, jf. [helseregisterloven § 6](#) og [helsepersonelloven § 46](#). Nedtegnelse av vedtak om tvungen observasjon (§ 3-2) eller tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) kan altså skje elektronisk.

Av **annet punktum** følger det at bestemmelser om skriftlighet eller underskrift heller ikke vil være til hinder for at meldinger, varsel og lignende til pasient eller nærmeste pårørende kan skje elektronisk. Dette gjelder meddelelser fra institusjon, eller fra kontrollkommisjon eller fylkesmann i forbindelse med klagesaksbehandling.

Dette forutsetter imidlertid at vedkommende uttrykkelig har godtatt bruk av elektronisk kommunikasjon, og det er benyttet en betryggende metode for å sikre konfidensialitet og at meddelelsen er mottatt.

Bestemmelsen er teknologinøytral, hvilket innebærer at den ikke skiller mellom ulike måter å bruke elektronisk kommunikasjon på. Det må derfor gjøres oppmerksom på at bruken av elektronisk kommunikasjon med pasienter må tilpasses etter hvilken teknologi som tas i bruk. For eksempel er sms ikke en teknologi som anses som tilstrekkelig sikker til å utveksle helseopplysninger. Selv om det i utgangspunktet kun skal brukes til timebestilling eller annen praktisk informasjon, fører bruk av sms i pasientkontakt ofte til at det utveksles helseopplysninger. I den grad sms skal brukes i pasientkommunikasjon skal det begrenses til rent praktiske formål.

Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser

§ 2-1 Hovedregelen om samtykke

Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her.

Ved undersøkelse eller behandling med opphold i institusjon for barn som har fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 2-1:

Første ledd: Samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl.) gjelder med mindre annet følger av psykisk helsevernloven, se lovens kapittel 3. Hovedregelen er derfor at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av pasientens samtykke.

En pasient som er under frivillig psykisk helsevern kan når som helst avslutte behandlingen og forlate institusjonen. Det er ikke adgang til å holde vedkommende tilbake. Se for øvrig § 3-4 om konverteringsforbudet og unntaket i bestemmelsens annet ledd.

I annet ledd fremgår at dersom et barn/ en ungdom har fylt 12 år og ikke selv ønsker behandling med opphold i institusjon, må spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen. Barnet/ ungdommen kan også senere be om at vernet skal opphøre, jf. psykisk helsevernforskriften § 60 annet ledd. Fordi barnet/ ungdommen er innlagt med grunnlag i samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret, skal kontrollkommisjonen ikke foreta prøving av lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern. I disse sakene skal kontrollkommisjonen ta stilling til om pasientens nektelse bør respekteres ut fra en helhetsvurdering av pasientens tilstand og alder, pasientens grunner for å nekte, samt behandlingens planlagte varighet og intensitet. I vurderingen vil det være naturlig å se hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern, og å vurdere om det foreligger et gyldig samtykke til behandlingen jf. pasrl. § 4-4.

Barnet/ ungdommen har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel, jf. phvl. § 1-7.

Nærmere om kravet til samtykke til helsehjelp (for psykiske lidelser)

Nedenfor følger derfor først en kortfattet beskrivelse av etiske utfordringer forbundet med vurdering av samtykkekompetanse og av relevant regelverk. For utfyllende beskrivelse av regelverk vedrørende samtykke til helsehjelp, se [pasient- og brukerrettighetsloven \(pasrl.\) kapittel 4](#), Helsedirektoratets [rundskriv IS-12/2004](#) til lov om pasientrettigheter og [rundskriv IS-10/2008](#) til samme lovs kapittel 4A.

Etiske utfordringer knyttet til vurdering av samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse er en forutsetning for å velge selv og for å kunne gi et gyldig samtykke. Studier tyder på at manglende eller redusert samtykkekompetanse hos pasienten er relativt hyppig forekommende når beslutninger om helsehjelp skal fattes.

Å vurdere samtykkekompetanse er ingen enkel oppgave, og inkluderer skjønnsmessige og moralske overveielser. Helselovgivningen inneholder enkelte bestemmelser om hva som skal vurderes og hvordan dette skal gjøres, se pasrl. kap. 4. Samtidig gis det rom for helsepersonells fagetsiske standarder, vurderinger og skjønn.

Det finnes flere veiledere⁵ for å vurdere samtykkekompetanse, som bl.a. er utviklet gjennom empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis. Veilederne fokuserer som regel på følgende fire områder:

- evnen til å uttrykke et valg
- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- evnen til å resonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene

Det er viktig at samtykkekompetanse vurderes konkret i forhold til den beslutningen som skal tas og at pasientens forutsetninger for å kunne samtykke optimaliseres. Kunnskap om pasientens kliniske tilstand er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne vurdere om pasienten er samtykkekompetent,⁶. Det er mange misforståelser knyttet til pasienters samtykkekompetanse - for eksempel:

- "pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse"
- "pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse"
- "når samtykkekompetanse mangler så mangler den for alle beslutninger"
- "mangel på samtykkekompetanse er permanent"

Der pasienten mangler samtykkekompetanse er det alminnelig enighet om at helsepersonell og pårørendes kunnskap og synspunkter, samt pasientens tidligere uttrykte ønsker og verdier bør få en sentral rolle for å avgjøre hva som er i pasientens interesser. Det bør være et mål å respektere pasientens integritet og tilstrebe samarbeid, men det er problematisk hvis en i en slik situasjon baserer beslutningen kun på pasientens synspunkt siden forutsetningene for et samtykke ikke er til stede.

De ovennevnte avveiningene krever tid og rom for refleksjon og diskusjon, bl.a. for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsutøvelsen og for å begrense tvangsbruk. Slike diskusjoner bør for det første skje sammen med annet kvalifisert helsepersonell, men det bør også tematiseres for eksempel i interne fagmøter, refleksjonsgrupper og i drøftinger med kliniske etikk-komiteer.

⁵ R Pedersen, B Hofmann, M Mangset, Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. Tidsskrift for Lægeforeningen 2007;127:1644-7

⁶ Enkelte unntak, for eksempel komatøse pasienter, svært psykotiske eller svært demente pasienter

Krav til samtykket

I pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl.) kap. 4 oppstilles regler om hva som kreves for at et samtykke er gyldig. Pasienten må ha samtykkekompetanse, herunder som hovedregel ha fylt 16 år (den "helseerettslige myndighetsalder").

Pasienten må videre avgi et gyldig samtykke. For at samtykket skal være gyldig må pasienten forstå formålet, rekkevidden og følgene av helsehjelpen. Samtykket må være basert på informasjon om helsehjelpen som er tilpasset pasientens individuelle forutsetninger. Videre må samtykket være fullt ut frivillig.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis "*..dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter*", jf. pasrl. § 4-3 annet ledd. Unntaket er strengt. Det er helsepersonellet med ansvar for behandlingen som treffer avgjørelse om manglende samtykkekompetanse. Pasienter som åpenbart ikke er i stand til å forstå begrunnelsen for frivillig psykisk helsevern er ikke samtykkekompetent, og psykisk helsevern basert på eget samtykke er dermed ikke aktuelt. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. pasrl. § 4-3 tredje ledd.

Pasrl. § 4-2 regulerer samtykkets form. Samtykke kan avgis muntlig eller stilltiende. Det kan antas at pasienten samtykker stilltiende dersom det ut fra vedkommendes handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at vedkommende godtar helsehjelpen. Fravær av motstand er imidlertid ikke tilstrekkelig til at det foreligger et gyldig samtykke.

Jo mer inngripende tiltak som skal iverksettes, desto strengere krav stilles til samtykket.

Myndige pasienter som ikke har samtykkekompetanse

Dersom en myndig pasient *ikke er samtykkekompetent og heller ikke motsetter seg helsehjelpen*, er det reglene i pasrl. § 4-6 som regulerer spørsmålet om hvem som kan ta avgjørelser om helsehjelp på vegne av pasienten. Helsepersonellet som yter helsehjelpen tar avgjørelsen dersom tiltaket er av *lite inngripende* karakter med hensyn til omfang og varighet, jf. pasrl. § 4-6 første ledd.

Også helsehjelp som innebærer et *alvorlig inngrep* for pasienten beslutes av helsepersonell, jf. pasrl. § 4-6 annet ledd. Med alvorlig inngrep menes inngrep som er mer inngripende enn de tiltak som faller inn under første ledd. Forutsetningen for å gi slik helsehjelp er at hjelpen anses å være i pasientens interesse og det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik hjelp. Et antatt (presumert) samtykke forutsetter at helsepersonell vurderer og tar konkret stilling til hva pasienten ville ha ønsket dersom vedkommende hadde hatt evne til selv å treffe avgjørelse. Det skal innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende der det er mulig. Pårørende vil i mange tilfelle ha informasjon om hva pasienten ville ha ønsket dersom vedkommende hadde vært i stand til å sette seg inn i situasjonen. Det kan hende at pasientens nærmeste pårørende av praktiske grunner ikke *kan* eller av andre grunner ikke *vil* uttale seg. Av hensyn til pasientens behov for helsehjelp kan

det også tenkes at ikke er tid til å innhente slik informasjon. Helsepersonell har i slike situasjoner likevel mulighet til å treffe beslutning om helsehjelp.

Det kan besluttet å yte helsehjelp også for psykiske lidelser etter pasrl. § 4-6. Forutsetningen er at pasienten ikke har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse og at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, jf. pasrl. § 4-3 femte ledd. I så fall må helsehjelpen skje etter reglene i psykisk helsevernloven. Adgangen til å yte psykisk helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse etter pasrl. kapittel 4, er praktisk i forhold til blant annet personer med demens og personer med psykisk utviklingshemning, men kan også være aktuell overfor andre pasienter uten samtykkekompetanse og som ikke har en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg hjelpen.

Barn og unge

Undersøkelse og behandling av pasienter under 16 år skjer på bakgrunn av samtykke fra foreldrene eller andre med foreldreansvaret, jf. psykisk helsevernloven § 2-1, jf. pasrl. § 4-4. Hovedregelen er altså at den eller de som har foreldreansvaret kan samtykke på vegne av barnet, samtidig som det så langt som mulig skal tas hensyn til barnets egen mening, jf. pasrl. § 4-4. Overfor denne pasientgruppen skal det dermed ikke fattes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Som hovedregel må begge foreldre samtykke til helsehjelp. For å sikre nødvendig helsehjelp til barn der en av foreldrene av ulike grunner ikke kan eller vil samtykke, er det gitt spesielle regler i pasrl. § 4-4 annet ledd som unntaksvis åpner for at det er tilstrekkelig med samtykke fra en av foreldrene.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, høre hva barnet har å si før samtykke gis, jf. pasrl. § 4-4. Det skal tas hensyn til barnets utvikling og modenhet. Barn over 12 år skal få si sin mening. Dersom foreldrene gir samtykke, men barn over 12 år ikke er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av vernet i institusjon bringes inn for kontrollkommisjonen. Barnet har i slike tilfeller rett til fri advokat, som oppnevnes av kontrollkommisjonen.

Høring av barn er nært knyttet til retten til medbestemmelse, som innebærer at barnets syn på saken gradvis skal ha større betydning ettersom barnet utvikles og modnes. Høring av barn er en forutsetning for at barnet gis reell innflytelse. Er det uenighet mellom foreldre og barnet er det likevel foreldrene som bestemmer. For barn under 12 år har foreldrene eller andre med foreldreansvaret avgjørelsesmyndigheten alene, dersom myndigheten brukes til barnets beste. Det er ikke særlige krav i pasrl. § 4-4 om at barn under 12 år skal høres. Det må likevel legges til grunn at barn skal høres fra 7 års alder også i saker etter psykisk helsevernloven.⁷

Dersom foreldrene ikke samtykker til innleggelse og nødvendig behandling, må det vurderes om det skal inngis melding til barneverntjenesten, som deretter kan vurdere tiltak etter barnevernloven.

⁷ Jf. [Barneloven § 31](#) og [FNs barnekonvensjon](#)

Barn under 16 år kan selv samtykke til helsehjelp i enkelte tilfeller. Det fremgår av pasrl. § 4-3 bokstav b at barn under 16 år kan samtykke selv når det følger "av tiltakets art". I lovforarbeidene til psykisk helsevernloven [Ot. prp.nr. 65 \(2005-2006\)](#) s. 35 nevnes som eksempel en situasjon hvor et barn ønsker samtaleterapi, og en eller begge foreldrene er en del av en alvorlig konfliktsituasjon og derfor ikke samtykker. Bestemmelsen innebærer et forholdsvis snevert unntak fra hovedregelen om foreldresamtykke. Den må sees i sammenheng med bestemmelsen i pasrl. § 4-4 tredje ledd som sier at det skal legges økende vekt på hva barnet har å si etter hvert som barnet utvikles og modnes. Selvstendig samtykkekompetanse vil antakelig bare være aktuelt for barn som ligger nær aldersgrensen i bestemmelsen på 16 år.

En mindreårig kan sikres mot at foreldrene mottar informasjon om den mindreåriges helsetilstand, se pasrl. § 3-4 som åpner for at *"opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette"*. Det følger av rundskriv [IS-12/2004 fra Sosial- og helsedirektoratet](#) side 27-28 at *"(d)et kan være flere årsaker til at foreldrene ikke bør informeres om barnets kontakt med helsetjenesten, både rent personlige (for eksempel mishandlingssaker) og ulike overbevisningsgrunner. Eksempler på grunner som bør respekteres kan være prevensjonsveiledning, råd om svangerskapsavbrudd eller lettere psykiske problemer på grunn av mobbing... Mer alvorlige psykiske lidelser kan ikke helsepersonell unnlate å informere foreldrene om. Dette gjelder særlig ved fare for selvskading eller redusert utvikling, omgang med ulovlige rusmidler eller større fysiske skader pga. kriminelle handlinger. Det kan være grunn til å journalføre at slik informasjon er gitt."* Adgangen til å beslutte at foreldrene ikke skal få informasjon må samtidig innebære, innen de samme rammer, at den mindreårige også må kunne gi et gyldig samtykke. Dette legges også til grunn i Ot.prp. nr. 65 for (2005–2006) se punkt 6.3.2.4.

I forhold til problemstillinger knyttet til samtykke til tiltak overfor barn/ unge etter psykisk helsevernloven kapittel 4, se kommentarer til lovens kapittel 4.

Særskilt om unge mellom 16 og 18 år

Foreldre eller andre med foreldreansvar har rett til å samtykke til helsehjelp når ungdommen er mellom 16 og 18 år og selv mangler samtykkekompetanse, jf. pasrl. § 4-5. Ved undersøkelse og behandling av psykiske lidelser for ungdom mellom 16 og 18 år som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, kan denne helsehjelpen kun gis med hjemmel i psykisk helsevernloven kap. 3, jf. pasrl. § 4-3 femte ledd.

§ 2-2 Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5

Person som søker psykisk helsevern kan, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene etter § 3-5 i inntil tre uker fra etableringen av vernet. Samtykket innebærer ikke samtykke til anvendelse av § 4-4 eller § 4-5 annet ledd.

For barn under 16 år kreves slikt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.

Grunnen til begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige. Gjelder det personer som på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, undertegner den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne, med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Gjelder det barn under 16 år, undertegner den faglig ansvarlige og den eller de som samtykker på vegne av barnet.

Den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, kan bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, den nærmeste pårørende eller den som handler på pasientens vegne. Gjelder beslutningen barn som har fylt 12 år, og barnet selv ikke er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 2-2:

Første ledd gir hjemmel for i forbindelse med etablering av frivillig psykisk helsevern å stille vilkår om pasientens samtykke til å være underlagt reglene om tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-5) i inntil tre uker. Samtykket innebærer ikke at det kan fattes vedtak om behandling uten eget samtykke (jf. § 4-4) eller at det kan vedtas innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen (jf. § 4-5 annet ledd).

Vedrørende krav til samtykkekompetanse, se merknad til forrige bestemmelse. Merk imidlertid at samtykket skal være skriftlig jf. tredje ledd.

Det må utvises tilbakeholdenhet med å kreve et slikt samtykke. Et krav kan for eksempel være berettiget overfor en pasient som har varierende behandlingsmotivasjon på grunn av avhengighet av rusmidler. Muligheten til å stille vilkår om tidsbegrenset tilbakeholdelsesrett vil kunne være et alternativ til etablering av tvungent vern, som er mer inngripende. Muligheten må imidlertid ikke brukes i utide for å hindre en pasients rett til å begjære seg utskrevet fra psykisk helsevern.

Tidsgrensen på tre uker tilsier at det bør gå noe tid mellom hver gang en begjæring fremsettes.

I **annet ledd** fremkommer at for barn under 16 år kreves slikt samtykke etter bestemmelsene i pasrl. § 4-4, se merknader til forrige bestemmelse.

I **tredje ledd** fremkommer at begrunnelsen for å kreve samtykke og selve samtykket

skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av faglig ansvarlig og pasienten.

Dersom en pasient er ute av stand til å samtykke, men verken motsetter seg helsehjelpen eller kvalifiserer til grunnvilkåret om alvorlig sinnslidelse, kan faglig ansvarlig skrive under, sammen med den som handler på pasientens vegne. Sistnevnte vil omfatte både advokat, annen fullmektig og pasientens nærmeste pårørende.

Dersom pasienten begjærer seg utskrevet, og det ikke vurderes som nødvendig å benytte seg av retten til tilbakehold, kan pasienten utskrives selv om den aktuelle tidsperioden ikke er utløpt.

Fjerde ledd fastslår at faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke kan bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, dennes nærmeste pårørende eller den som handler på pasientens vegne. Gjelder beslutningen barn som har fylt 12 år, og barnet selv ikke er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen.

Vurderingstemaet ved kontrollkommisjonens prøving av slik klage vil være om faglig ansvarlig hadde rimelig grunn til å oppstille et krav om samtykke til å være underlagt reglene i § 3-5 eller ikke. Kontrollkommisjonen bør ved sin vurdering se hen til om slik avtale er til det beste for pasienten av behandlingsmessige grunner. Det er ikke tilstrekkelig at det fremstår som den mest hensiktsmessige løsning for helsetjenesten. Pasientens fordel av psykisk helsevern i denne formen må stå i rimelig forhold til helsetjenestens behov for forutsigbarhet.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel, jf. § 1-7.

Kapittel 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

§ 3-1 Legeundersøkelse

Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt. Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse.

Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang.

Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedtaket kan påklages til fylkesmannen uten oppsettende virkning.

Kongen gir forskrifter om delegering av kommunelegens myndighet.

Kommentarer til § 3-1:

Første ledd: Det vil i mange tilfeller være slik at en persons sinnstilstand og atferd kan gi grunn til å tro at vedkommende oppfyller vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette er imidlertid ikke nok til å få etablert slikt vern. Det kreves i tillegg at den antatt syke er personlig undersøkt av lege, og at legen skriver en uttalelse i saken.

Formålet med undersøkelsen er å avklare om vilkårene for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er tilstede, det vil si om den antatt sykes sinnstilstand er i overensstemmelse med vilkårene etter §§ 3-2 / 3-3. Ved undersøkelsen kan legen blant annet kontrollere om lidelsen skyldes somatisk tilstand som først og fremst krever somatisk behandling, eller om den skyldes påvirkning av rusmiddel som ikke krever oppfølging fra det psykiske helsevernet.

Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan ikke skje uten at det er foretatt en slik forutgående legeundersøkelse uavhengig av institusjonen der slikt tiltak eventuelt skal etableres (jf. § 3-2 første ledd nr. 2 og § 3-3 første ledd nr. 2).

Legeundersøkelsen kan komme i stand ved at vedkommende selv oppsøker lege, eller bringes til lege av sine pårørende eller andre. Legen skal foreta en personlig undersøkelse av vedkommende.

Undersøkelsen kan utføres av enhver lege med autorisasjon eller lisens til å utføre legevirksomhet i Norge, herunder turnuslege. Legen vil vanligvis være tilknyttet den

kommunale helse- og omsorgstjenesten, men det er i utgangspunktet ikke noe i veien for at undersøkelsen foretas av lege som er ansatt i spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved psykiatrisk poliklinikk. Legen må i så tilfelle være *uavhengig* av institusjonen som skal etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, se kommentarer til § 3-3 første ledd nr. 2.

Hvis legen etter undersøkelsen konkluderer med at det er grunnlag for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal det gis skriftlig uttalelse om dette.

Uttalelsen skal blant annet inneholde legens vurdering av om de materielle vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern i § 3-3 første ledd nr. 3 er oppfylt, eller om det er overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt) at vilkårene er oppfylt, slik at det kan etableres tvungen observasjon (jf. § 3-2 første ledd nr. 3). Ytterligere krav til uttalelsen er fastsatt i psykisk helsevernforskriften § 8. Uttalelsen skal sendes/ følge med pasienten til institusjonen der observasjonen eller vernet søkes etablert.

Faglig ansvarlig kan etablere *tvungent psykisk helsevern* selv om legen ved den forutgående legeundersøkelsen i sin konklusjon "bare" finner at det er grunnlag for tvungen observasjon. På samme måte kan faglig ansvarlig etablere tvungen observasjon selv om legen ved forutgående legeundersøkelse finner grunnlag for tvungent psykisk helsevern.

Annet ledd: Mange vil selv oppsøke helsehjelp dersom de får en psykisk lidelse. I andre tilfelle vil det være pårørende, nære venner eller andre nærstående personer som sørger for å formidle kontakt med lege. Hvis en person med antatt psykisk lidelse i ord eller handling motsetter seg en undersøkelse, gir § 3-1 annet ledd hjemmel for at kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Bakgrunnen for hjemmelen er at alvorlig psykisk syke personer kan mangle eller ha redusert sykdomsinnsikt, og derfor ikke forstå at det er behov for legeundersøkelse. Situasjonen vil da være at den antatt syke unndrar seg legeundersøkelse.

Undersøkelsen bør gjennomføres av en annen en den som fatter vedtak om tvungen legeundersøkelse, jf. forskriften § 9 tredje ledd.

Kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse ved behov, det vil si når vedkommende ut fra foreliggende opplysninger har grunn til å tro at vilkårene for tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

Kommunelegen kan treffe vedtaket av eget tiltak, eller etter begjæring fra offentlig myndighet (jf. § 3-6 første ledd, jf. § 1-3) eller pasientens nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b.

Personen saken gjelder skal som hovedregel gis anledning til å uttale seg før vedtak treffes, jf. § 3-9 og forvaltningsloven § 16. Hvis varsling kan medføre at undersøkelsen ikke kan gjennomføres, eller innhenting av uttalelse av andre grunner ikke er mulig, kan dette være omstendigheter som gjør at forhåndsvarsling kan unnlates, jf. forvaltningsloven § 16 siste ledd.

Dersom den som skal undersøkes motsetter seg undersøkelsen, til tross for at det er truffet vedtak om tvungen legeundersøkelse, kan vedkommende avhentes og

undersøkes ved bruk av tvang. Offentlig myndighets plikt til å bistå for å sikre at legeundersøkelse blir gjennomført i henhold til lovens bestemmelser er regulert i § 3-6 annet ledd.

Tredje ledd: Tredje ledd fastsetter saksbehandlingsregler for vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Vedtaket skal straks nedtegnes skriftlig, og begrunnelsen for tiltaket skal fremgå av vedtaket. Vedtaket skal også opplyse om hvem som eventuelt har fremsatt begjæring om tvungen undersøkelse og gitt uttalelse i saken, jf. psykisk helsevernforskriften § 7.

Vedtak om tvungen legeundersøkelse kan påklages til fylkesmannen. Det er bare den vedtaket gjelder som har klagerett. At klagen ikke har oppsettende virkning betyr at den ikke medfører at iverksettelse av tiltaket må utsettes i påvente av at klagen behandles.

Fjerde ledd gir hjemmel for at det kan gis forskrift om delegering av kommunelegens myndighet. Dette er gjort i psykisk helsevernforskriften § 9.

§ 3-2 Vedtak om tvungen observasjon

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen observasjon er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3.
4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungen observasjon bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Tvungen observasjon kan ikke vare ut over 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder. Overføring til tvungent psykisk helsevern kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter annet ledd til kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 3-2:

I bestemmelsens **første ledd** fastsettes de generelle vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungen observasjon. Vilårene sammenfaller med vilårene for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, og for det nærmere innholdet i de enkelte vilårene vises det derfor til merknadene til § 3-3. Det samme gjelder bestemmelsens annet ledd.

Tvungen observasjon er ytterligere regulert i psykisk helsevernforskriften §§ 10 og 11.

Vedtak om tvungen observasjon treffes av faglig ansvarlig, jf. § 1-4. Opprettholdelse av vedtaket forutsetter at vilkårene til enhver tid er oppfylt, og faglig ansvarlig må således vurdere dette fortløpende, jf. § 3-7 første ledd.

Formålet med tvungen observasjon er å skaffe forsvarlig grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt (jf. § 3-3). Det er ikke anledning til å benytte tvungen observasjon som hjemmelsgrunnlag for å holde tilbake pasienter som vurderes å være i behov av innleggelse (for eksempel på grunn av suicidalitet), dersom det ikke er overveiende sannsynlig at vilkårene er oppfylt.⁸ I løpet av observasjonstiden skal det utredes om pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern, se § 3-3. Observasjonen vil innebære at lege/psykiater, psykolog og annet personell vurderer pasientens mentale og fysiske tilstand. Observasjonen kan gjennomføres i eller utenfor institusjon, eksempelvis ved at pasienten bor hjemme og møter til observasjon ved en poliklinikk.

Pasienter som er underlagt tvungen observasjon kan ikke underlegges behandling med mindre de samtykker til det. Bestemmelsen i loven § 4-4 kommer ikke til anvendelse.

Første ledd nr. 3: Bestemmelsen fastsetter som vilkår for tvungen observasjon at det må være "overveiende sannsynlig" at vilkårene i § 3-3 er oppfylt. Dette innebærer at det må foreligge alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn 50 % sannsynlig) for at vilkårene i § 3-3 første ledd nr. 3 er oppfylt (alvorlig sinnslidelse og ett tilleggsvilkår).

Tredje ledd første punktum fastsetter at tvungen observasjon som utgangspunkt ikke kan vare lenger enn ti dager. Observasjonstiden regnes i kalenderdager, uavhengig av helligdager og lignende, fra det klokkeslett vedtaket om tvungen observasjon ble truffet.

Tvungen observasjon skal ikke opprettholdes lenger enn det som er strengt nødvendig for å bringe på det rene om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Tiltaket må således avbrytes så snart forholdene tilsier det, enten ved at det treffes vedtak om opphør, eller ved at det etableres tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-3) før eller ved utløpet av denne fristen. Det må i tilfelle treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern etter § 3-3.

Tredje ledd annet punktum gir hjemmel for å utvide observasjonstiden med ti dager i tilfeller der dette anses strengt nødvendig av hensyn til pasientens tilstand. Dette kan bare gjøres dersom kontrollkommisjonens leder samtykker til det.⁹ Kontrollkommisjonens avgjørelse kan ikke påklages, verken ved utvidelse eller nektet utvidelse av observasjonstiden.

Begrepet "strengt nødvendig" innebærer at det skal mye til for utvidelse av observasjonstiden, og forespørsel om dette bør således kun fremsettes i spesielle tilfeller. Observasjonstiden er gjort kort av hensyn til pasientens rettssikkerhet.

⁸ I denne sammenheng bemerkes det tilbakeholdelse i helt spesielle tilfeller vil kunne hjemles i nødrettslige betraktninger.

⁹ [Helsedirektoratets "Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern" IS-10/2007 kap. 3.2.2](#)

Observasjon gjennomføres fordi det ikke er godtgjort at vilkårene for tvungen psykisk helsevern foreligger. Ikke minst av hensyn til EMK art. 5 bør derfor observasjonstiden være kortest mulig. Utvidelse vil særlig være aktuelt hvor pasienten har både rusrelaterte og psykiske lidelser, og hvor det er uklarhet rundt årsakssammenhengen.

Forespørsel bør fremsettes så tidlig at kontrollkommisjonens leder får anledning til å vurdere spørsmålet på forsvarlig måte. Lederen bør kontaktes innenfor normal arbeidstid.

Fjerde ledd: Det fremgår av fjerde ledd at vedtak om tvungen observasjon eller vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon kan påklages til kontrollkommisjonen. Klageberettiget er pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende, (jf. pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b), samt eventuelt offentlig myndighet som har fremsatt begjæring om tvungen observasjon, jf. § 3-6. Se nærmere om nærmeste pårørendes og offentlig myndighets rett til informasjon om vedtaket i forskriftens § 10 med kommentarer.¹⁰

Dersom kontrollkommisjonen ved klage på vedtak om *ikke* å etablere tvungen observasjon finner at vilkårene er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til den faglig ansvarlige for ny vurdering (forvaltningsloven § 34 siste ledd).

Klagebehandlingen omfattes av forvaltningsloven (fvl.). Dette innebærer blant annet at klagefristen som utgangspunkt er tre uker, jf. fvl. § 29. I § 3-3 fjerde ledd er pasienten gitt utvidet klagefrist på tre måneder etter vernet har opphørt for klager på vedtak om tvungen psykisk helsevern. Tilsvarende frist er ikke gitt i § 3-2 fjerde ledd. Det legges til grunn at den utvidede klagefristen må gjelde tilsvarende for klage på vedtak om tvungen observasjon.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel, jf. § 1-7.

¹⁰ [Helsedirektoratets fortolkning 18.09.2007 \(07/4367\)](#) og [Helsedirektoratets veileder: "Pårørende en ressurs" IS-1512](#)

§ 3-3 Vedtak om tvungent psykisk helsevern

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.
4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter denne bestemmelsen til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.

Kommentarer til § 3-3:

Bestemmelsen fastsetter de generelle vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Se også psykisk helsevernforskriften §§ 10 og 11.

Vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern kan bare treffes av faglig

ansvarlig, jf. § 1-4. Opprettholdelse av vedtaket forutsetter at vilkårene er oppfylt, og faglig ansvarlig må således vurdere dette fortløpende, jf. § 3-7 første ledd.

Første ledd nr. 1 - Frivillighet

Første ledd nr. 1 slår fast at tvungent psykisk helsevern som hovedregel ikke kan etableres uten at det først er forsøkt å få til frivillig behandling av den aktuelle psykiske lidelsen. Det er gjort unntak for tilfeller der dette har vært forsøkt uten å føre frem, for eksempel på grunn av manglende oppfølging fra pasientens side. Det er også gjort unntak dersom det anses som åpenbart formålsløst å forsøke frivillig vern. Sistnevnte alternativ kan for eksempel være aktuelt hvor en pasient åpenbart er ute av stand til følge opp behandling på grunn av manglende sykdomsinnsikt, eller vedkommende mangler samtykkekompetanse, se kommentarer til § 2-1.

Spørsmålet om frivillighet vurderes som et selvstendig vilkår ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Ved vurdering av opprettholdelse/forlengelse/opphør av vernet vurderes spørsmålet om frivillighet som en del av helhetsvurderingen.¹¹

Første ledd nr. 2 – To legeundersøkelser

Bestemmelsen fastsetter et krav om at pasienten skal undersøkes av to leger, og at den ene av legene må være uavhengig av institusjonen det tvungne vernet eventuelt skal etableres ved. Begrunnelsen for dette er hensynet til pasientens rettssikkerhet. Også i de unntaksvise tilfeller der pasienten kommer direkte til institusjon må vedkommende undersøkes av lege uavhengig av institusjonen.

Lovens system legger opp til at den forutgående legeundersøkelsen vanligvis skal foretas av en lege utenfor det psykiske helsevernet (for eksempel lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten). Kravet om uavhengighet er imidlertid ikke til hinder for at undersøkelsen kan foretas av lege som er ansatt i det psykiske helsevern, for eksempel ved en psykiatrisk poliklinikk eller ved et distriktpspsykiatrisk senter. Hvorvidt denne legen er "uavhengig" av den ansvarlige institusjon må vurderes konkret. Det avgjørende er om poliklinikken eller senteret er organisert på en slik måte at den eksterne legen ikke har samme nærmeste overordnede som faglig ansvarlig for vedtak.¹² Videre vil også andre forhold kunne føre til at uavhengighetskravet ikke er oppfylt, for eksempel tett kontakt og/eller avhengighetsforhold mellom enhetene der de to legene arbeider. Eksempler på dette kan være stor grad av felles lokaler og fasiliteter, og/eller løpende fellesmøter. Den forutgående legen bør heller ikke ha konferert med aktuelle faglig ansvarlig, i forhold til sin vurdering av om vilkårene for tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Så lenge dette ikke er tilfelle, er det ikke noe i veien for at tvungent psykisk helsevern kan etableres på bakgrunn av undersøkelser foretatt av to leger som er tilknyttet samme helseforetak.

Se også lovens § 3-1, som regulerer gjennomføringen av legeundersøkelsen utenfor institusjon, og merknadene til denne.

Den andre legeundersøkelsen skal foretas av lege ved institusjonen der det tvungne vernet skal etableres. Undersøkelsen foretas i praksis ofte av faglig ansvarlig i forbindelse med dennes personlige undersøkelse av pasienten, jf. § 3-3 annet ledd. Dersom faglig ansvarlig er psykolog må pasienten i tillegg undersøkes av en lege

¹¹ Rt-2001-1481

¹² [Helsedirektoratets fortolkning 7.12.2009 \(09/7119\)](#)

ved institusjonen.

Første ledd nr. 3 – "alvorlig sinnslidelse"

Hovedvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en "alvorlig sinnslidelse". Begrepet er videreført fra psykiatriloven av 1961, og forarbeider og rettspraksis til denne loven er derfor fremdeles relevante for tolkningen av begrepet.

Begrepet "alvorlig sinnslidelse" er et rettslig begrep som ikke tilsvarer ikke noen klar psykiatrisk diagnose. Psykoser (herunder rusutløste psykoser)¹³ faller inn under begrepets kjerneområde.

Også enkelte andre tilstander enn psykose omfattes av lovens hovedvilkår. Når det gjelder hvilke grensetilfeller dette gjelder, vil man stå overfor en helhetsvurdering der ikke bare selve sykdomstilstanden, men også utslagene den gir seg, må tillegges vekt. Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand.

Som eksempel på tilfeller der hovedvilkåret kan være oppfylt uten at pasienten er psykotisk, nevnes alvorlige grader av spiseforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Ved den konkrete vurderingen av om en pasient med slik lidelse oppfyller lovens hovedvilkår, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringsevne og eventuelle andre psykiske symptomer. I tillegg kan det legges vekt på sykdommens alvorlighetsgrad og hvor lenge tilstanden har vart.

Det vil altså være art og grad av psykiske symptomer som avgjør om hovedvilkåret er oppfylt. I denne vurderingen er det ikke relevant om symptomene er utløst av rusmiddelmisbruk eller andre årsaker.

For pasienter med kroniske psykoselidelser kan vilkåret være oppfylt også på tidspunkter der pasienten ikke har psykotiske symptomer. Dette følger av rettspraksis, som sier at lovens hovedvilkår sikter til grunnlidelsen, og at lovens hovedvilkår vil være oppfylt også i situasjoner der en pasients psykose blir holdt i sjakk av antipsykotisk medikasjon.¹⁴

Første ledd nr. 3 bokstav a og b oppstiller to tilleggsvilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, hver med to alternativer. Det er tilstrekkelig at ett av disse fire alternativene er oppfylt.

Første ledd nr. 3 bokstav a – Behandlingsvilkåret

Behandlingsvilkåret har to alternative vilkår.

Det første alternativet, behandlingsvilkårets positive side, forutsetter at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert.

¹³ [Helsedirektoratets fortolkning 21.05.2010 \(10/2505\)](#)

¹⁴ Jf. Rt-1993-249 og Rt-2001-1481

Begrepet "vesentlig bedring" må forstås slik at det kreves at pasientens tilstand vil bli merkbart bedre. Med "i betydelig grad redusert" menes det at må dreie seg om en reduksjon i utsiktene som vil få store og merkbare konsekvenser for pasienten.

Ved vurderingen av om behandlingsvilkårets positive side er oppfylt vil vurderingstemaet være hvordan pasientens sinnstilstand vil utvikle seg dersom vedkommende kommer under tvungent psykisk helsevern, sammenlignet med hvordan utviklingen vil bli uten slikt vern. Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at pasienten klart forventes å bli langt bedre med tvungen psykiatrisk behandling enn uten.

Rettssikkerhetsmessige hensyn tilsier at den aktuelle helbredelse eller bedring må oppstå i forholdsvis nær fremtid for at vilkåret skal være oppfylt, men det er ikke oppstilt et tidskrav her på samme måte som for behandlingsvilkårets negative side (jf. nedenfor).

Det andre alternativet, behandlingsvilkårets negative side forutsetter at det vurderes å være stor sannsynlighet for at pasienten uten tvungent vern i meget nær fremtid vil få sin tilstand vesentlig forverret. Dette er et strengt vilkår. Bruk av tvang overfor pasienter som er godt/optimalt behandlet vurderes å være et svært inngripende tiltak og skal kun benyttes innenfor snevre rammer. Vilkåret vil vanligvis være mest aktuelt etter at pasienten har vært under tvungent psykisk helsevern en stund (som grunnlag for å opprettholde vernet).

Også ved vurderingen av om dette vilkåret er oppfylt må det foretas en sammenligning av pasientens prognose med og uten tvungent psykisk helsevern.

Kravet om "stor sannsynlighet" innebærer at det kreves mer en vanlig sannsynlighetsovervekt for vesentlig forverring innenfor lovens tidsperspektiv.

Kravet om at pasienten må få sin tilstand "vesentlig forverret" innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern må bli merkbart verre, og at dette således vil få store konsekvenser for vedkommende.

Når det gjelder kravet om at forverringen må skje i løpet av "meget nær fremtid", er det i lovens forarbeider antydning en grense på to måneder frem i tid. Dette er imidlertid modifisert gjennom rettspraksis, men samtidig er det i en høyesterettsdom uttalt at seks måneder vil være for lang tid i forhold til lovens krav.¹⁵ I lagmannsrettspraksis er det lagt til grunn at forverring innen tre til fire måneder tilfredsstiller tidskravet. Utgangspunktet for beregningen av hvor lang tid forverringen tar, er tidspunktet da vurderingen foretas, for eksempel ved etablering av tvungent vern eller ved vurdering av om slikt vern skal opprettholdes.

I tilfeller der behandlingsvilkårets negative side er det eneste aktuelle tilleggsvilkåret vil helhetsvurderingen (§ 3-3 første ledd nr. 6) komme sterkt inn, jf. lovens forarbeider.¹⁶

Første ledd nr. 3 bokstav b – Farevilkåret

Også farevilkåret har to alternativer. Pasienten må vurderes å utgjøre en

¹⁵ Jf. Rt-2001-752

¹⁶ [Ot.prp. nr. 11 \(1998-1999\) s 79 flg.](#)

nærliggende og alvorlig fare for *eget* eller *andres* liv eller helse.

Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at det vurderes å være årsakssammenheng mellom pasientens sinnslidelse og faremomentet. Et eksempel på manglende årsakssammenheng kan være en pasient med selvmordsrisiko, hvor risikoen knytter seg til langt fremskreden somatisk lidelse og ikke har sammenheng med sinnslidelsen.

Som ved behandlingsvilkåret må det også ved vurderingen av om farevilkåret er oppfylt, foretas en sammenligning av pasientens sinnstilstand med og uten tvungent psykisk helsevern. Farevilkåret kan være oppfylt selv om pasienten under tvungent psykisk helsevern er så godt behandlet at vedkommende under disse forholdene ikke anses å utgjøre en fare. Det sentrale er om vedkommende *uten* tvungent psykisk helsevern vil utgjøre en fare.

Med fare for "liv" menes både fare for suicid og fare for livstruende voldshandlinger mot andre. "Helse" omfatter både fysisk og psykisk helse. Skade skal være av mer enn bagatellmessig art.

Fare for egen helse omfatter ikke bare selvskading, men også fare for at vedkommende forekommer eller lider overlast på en slik måte at det foreligger nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse.

Fare for ødeleggelse av materielle verdier omfattes ikke av farevilkåret.

Faren må for det første vurderes som "alvorlig". Dette vil si at den må innebære et kvalifisert skadepotensiale.

For det andre må faren vurderes som "nærliggende". Dette innebærer i henhold til rettspraksis at den må vurderes som reell, konkretiserbar og påregnelig. Dette betyr at faren må ha vist seg tidligere eller være dokumenterbar på annen måte. Ved vurderingen vil det blant annet være naturlig å se hen til eventuelle tidligere episoder med selvskading, vold eller trusler, og hvordan pasienten forholder seg til slike handlinger på vurderingstidspunktet.

Det følger av rettspraksis at det ikke kreves at faren vil oppstå innen en klart begrenset tidshorisont.¹⁷ Tidsmomentet er likevel relevant som faktor ved vurderingen av den konkrete påregneligheten for at kvalifiserte faresituasjoner vil oppstå.

Første ledd nr. 4 – Institusjonens egnethet

Institusjonen som det tvungne vernet skal etableres (eller opprettholdes) ved, må være godkjent i henhold til lovens § 3-5 (se merknadene til § 3-5). Slik godkjenning forutsetter at institusjonen blant annet oppfyller generelle krav til bemanning og fysisk utforming.

For å beskytte den enkelte pasient mot ren frihetsberøvelse og rene kontrolltiltak uten faglig innhold, er det i tillegg fastsatt et krav om at institusjonen må være faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Det skal således foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et egnet tilbud ved

¹⁷ Jf. Rt-2001-1481

institusjonen. Bestemmelsen gjelder uavhengig av om det aktuelle vedtak dreier seg om tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold.

Kravet til faglighet innebærer at det i tillegg til kompetent behandlings- og pleiepersonell må være tilgang til personellressurser som er gode nok til å gi pasienten tilfredsstillende behandling, omsorg, samt et tilfredsstillende aktivitetstilbud.

I vurderingen må det tas utgangspunkt i den enkelte pasients (behandlings)behov. Pasientsammensetningen ved den aktuelle institusjon vil da være sentral, for eksempel i forhold til kjønn, alder, rusproblematikk og grad av utagering. En ung jente bør for eksempel ikke plasseres på en avdeling med bare menn. Er pasienten ung, vil mulighet for skole, nettverk og aktiviteter stå sentralt. En avdeling kan altså være egnet for én pasient, men ikke for en annen, avhengig av hvilke behov de to har.

I tillegg må institusjonen være slik innrettet, utstyrsmessig og på annen måte, at den utgjør et egnet sted for å gi pasienten den hjelpen vedkommende trenger. Det gjelder for eksempel i forhold til møblement, badrom, innredning og i forhold til nivå av sikkerhet.

Kravet om faglig og materiell egnethet i forhold til den enkelte pasient er absolutt, slik at konsekvensen av manglende oppfyllelse blir at tvungent vern ikke kan etableres ved institusjonen eller eventuelt må opphøre. Alternativt kan tvungent vern etableres ved en institusjon som oppfyller kravet, eller pasienten kan overføres til slik institusjon, jf. loven § 4-10. Ved overføring kan pasienten holdes tilbake ved institusjonen i en kort periode i påvente av plass ved egnet institusjon.

Første ledd nr. 5 – Pasientens uttalelsesrett

Bestemmelsen tydeliggjør at pasienten skal få anledning til å uttale seg før vedtak treffes. I bestemmelsen vises til § 3-9, hvor det fremkommer at også nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, skal få anledning til å uttale seg før vedtak treffes. Opplysningene skal nedtegnes og vektlegges i forbindelse med vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Første ledd nr. 6 – Helhetsvurderingen

Etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal bero på en helhetsvurdering. Selv om lovens øvrige vilkår er oppfylt skal det foretas en hensiktsmessighets- og rimelighetsvurdering, der det blant annet skal legges vekt på hvilken belastning inngrepet medfører for pasienten og hvilken betydning det har for hans eller hennes livssituasjon. Pasientens subjektive oppfatning er et relevant moment ved vurderingen, men har underordnet vekt. Det avgjørende er hva som vil være det beste for pasienten etter en forsvarlig, objektiv vurdering.¹⁸

Helhetsvurderingen vil være spesielt sentral i tilfeller der kun behandlingsvilkårets negative side er aktuelt som tilleggsvilkår (jf. første ledd nr. 3 bokstav a siste alternativ).

I tilfeller der pasienten vurderes å utgjøre en fare for andres liv eller helse skal det

¹⁸ Rt-2001-752

også foretas en helhetsvurdering, men hensynet til hva som isolert sett er den beste løsningen for pasienten skal tillegges mindre vekt.

Annet ledd

Vedtak om tvungent psykisk helsevern, eller vedtak om ikke å etablere tvungent psykisk helsevern, treffes av faglig ansvarlig (jf. § 1-4). I denne forbindelse må faglig ansvarlig foreta en personlig undersøkelse av pasienten. Dersom faglig ansvarlig er psykolog må pasienten i tillegg undersøkes av en lege ved institusjonen (jf. § 3-3 første ledd nr. 2).

Faglig ansvarlig må foreta en vurdering av om vilkårene i § 3-3 nr. 1 til 6 er oppfylt eller ikke. Grunnlaget for vurderingen vil være legeopplysninger som er fremlagt etter § 3-1, eventuelle uttalelser fra pasienten, vedkommendes nærmeste pårørende og eventuelt begjærende instans, (jf. § 3-6). Det kan også foreligge opplysninger fra en periode med tvungen observasjon.

Vedtaket skal nedtegnes straks og senest innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen, jf. forskriftens § 10 annet ledd. Faglig ansvarliges vurdering av vilkårene i § 3-3 første ledd nr. 1 til 6 skal fremgå av vedtaket. Det må videre fremgå om pasienten skal underlegges tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold (jf. § 3-5).

Tredje ledd

Det fremgår av tredje ledd at vedtak om etablering eller vedtak om å ikke etablere tvungent psykisk helsevern kan påklages til kontrollkommisjonen. Klageberettiget er pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende, (jf. pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b), samt eventuelt offentlig myndighet som har fremsatt begjæring om tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-6).

Se nærmere om nærmeste pårørendes og offentlig myndighets rett til informasjon om vedtaket i kommentarer til forskriftens § 10.¹⁹

Dersom kontrollkommisjonen ved klage på vedtak om *ikke* å etablere tvungent psykisk helsevern finner at vilkårene er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til faglig ansvarlig for ny vurdering (forvaltningsloven § 34 siste ledd).

Klagebehandlingen omfattes av forvaltningsloven (fvl.). Dette innebærer blant annet at klagefristen som utgangspunkt er tre uker, jf. fvl. § 29.

Tredje ledd annet punktum gir pasienten utvidet klagefrist i forhold til vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern. Pasienten kan påklage slikt vedtak inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel, jfr. phvl. § 1-7.

¹⁹ [Helsedirektoratets fortolkning 18.9.2007 \(07/4367\)](#) og [Helsedirektoratets veileder: "Pårørende en ressurs" IS 1512](#)

§ 3-4 Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, kan ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår.

Forbudet i første ledd gjelder likevel ikke hvor utskrivning innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. I forbindelse med kontroll etter § 3-8 første ledd skal kontrollkommisjonen ved skriftlig redegjørelse gjøres særskilt oppmerksom på at det er truffet en beslutning om overføring.

Kommentarer til § 3-4:

Første ledd fastsetter et forbud mot direkte overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern/ evt. tvungen observasjon (konvertering av rettslig status). Konverteringsforbudet gjelder både pasienter som er innlagt ved en institusjon og pasienter som følges opp poliklinisk.²⁰

Konverteringsforbudet er begrunnet i hensynet til at pasienter ikke skal unngå å oppsøke behandling i det psykiske helsevernet av frykt for å bli tvangsinnlagt.

Konverteringsforbudet innebærer ikke et forbud mot at en pasient som er under frivillig vern senere kan underlegges tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, men det setter krav til måten dette gjøres på. Som hovedregel kan det ikke iverksettes en prosess for etablering av tvungent vern, herunder forutgående legeundersøkelse i henhold til lovens §§ 3-3 første ledd nr. 2 og § 3-1, før det frivillige vernet er opphevet i form av en utskrivelse som innebærer en realitet for pasienten.

Pasienter som er frivillig innlagt ved institusjon

I forhold til en pasient som er innlagt ved institusjon innebærer kravet til realitet at vedkommende må få anledning til å forlate institusjonen. Institusjonen plikter i denne sammenheng å sikre at pasienten får forsvarlig oppfølging fra andre instanser i helsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

En utskrivelse kan vanskelig vurderes som reell dersom pasienten hentes tilbake rett utenfor institusjonen, et par kvartaler unna eller lignende, eller dersom pasienten blir transportert direkte til legevakt for legeundersøkelse (jf. § 3-1) og deretter tilbake til institusjonen. Det må imidlertid være anledning til å iverksette relativt raske tiltak for å få etablert tvungent psykisk helsevern i tilfeller der pasienten vurderes å oppfylle vilkårene for dette.

Kravet til realitet innebærer ikke en forutsetning om at pasienten faktisk forlater institusjonen før etableringsprosessen iverksettes. I tilfeller der pasienten motsetter seg behandling, men ønsker å oppholde seg ved institusjonen, vil kravet til realitet kunne oppfylles ved at pasienten informeres om sin rett til å forlate institusjonen og gis rimelig tid til å overveie dette.

²⁰ [Helsedirektoratets fortolkning 29.03.2010 \(09/7119\)](#)

Pasienter som mottar frivillig poliklinisk behandling

For at en pasient som mottar frivillig poliklinisk behandling kan sies å være under psykisk helsevern, og således omfattes av konverteringsforbudet, må det foreligge et behandlingsopplegg av et visst omfang. Dette må vurderes konkret i det enkelte tilfellet, og ved vurderingen må det ses hen til hvordan behandlingen er lagt opp, hvilken oppfølging pasienten får, regelmessigheten osv. For eksempel vil pasienter som kun har hatt sporadiske samtaler ved en poliklinikk ikke omfattes av forbudet.

I forhold til denne pasientgruppen innebærer konverteringsforbudet at etableringsprosessen ikke kan iverksettes før det frivillige vernet formelt er opphevet.

Dersom pasientens behandler under en konsultasjon ser at det vil være aktuelt å iverksette en prosess for etablering av tvungent vern, må pasienten informeres om dette og gis mulighet til å forlate situasjonen (unntak ved fare, se bestemmelsens annet ledd). Dersom pasienten motsetter seg videre oppfølging eller undersøkelse, bør den som foretok konsultasjonen deretter ta kontakt med kommunelegen for å begjære vedtak om tvungen legeundersøkelse (jf. § 3-1 annet ledd).

I tilfeller der ansatte i det psykiske helsevernet mistenker behov for tvungent vern uavhengig av en konsultasjon/oppfølging i form av frivillig behandling (for eksempel på grunnlag av komparentopplysninger) og pasienten motsetter seg legeundersøkelse, vil konverteringsforbudet innebære at det ikke kan begjæres vedtak om tvungen legeundersøkelse (jf. § 3-1 annet ledd) før det frivillige vernet er formelt avsluttet, jf. ovenfor.

Etter at det frivillige vernet på denne måten har opphørt, og dette er dokumentert, kan prosessen som angitt i lovens kap. 3 igangsettes. Konverteringsforbudet er ikke til hinder for at lege ved poliklinikken/DPS kan være innleggende lege, så lenge kravene i § 3-1 for øvrig er oppfylt og legen er «uavhengig» av institusjonen hvor tvungen deretter skal etableres, jf. § 3-2 første ledd nr. 2 og § 3-3 første ledd nr. 2. Kjennskap til pasienten gir mulighet til å legge opp en tvangsinnleggelse så skånsomt som mulig for vedkommende, men kan være en utfordring for behandlingsalliansen.

Unntak fra konverteringsforbudet

Annet ledd første punktum fastsetter at konverteringsforbudet ikke gjelder i situasjoner der utskrivelse vil innebære at pasienten på grunn av sin sinnslidelse vil utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Det understrekes at det skal svært mye til for at unntaket fra konverteringsforbudet skal komme til anvendelse. Det vises i denne sammenheng til omtalen av farevilkåret i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b.

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter innlagt ved institusjon

Unntaket kommer kun til anvendelse i tilfeller der faretilstanden antas å vare over noe tid. Ved faresituasjoner som vurderes å ville vare kun i en meget kort tidsperiode, for eksempel et par døgn i forbindelse med en spesiell hendelse, vil det være mer naturlig at pasienten holdes tilbake på grunnlag av nødrett så lenge faresituasjonen består. Dersom faglig ansvarlig finner at unntaksbestemmelsen

kommer til anvendelse, skal det etableres tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern av hensyn til pasientens rettssikkerhet (jf. §§ 3-2 eller 3-3).

Unntaket innebærer at det ikke er nødvendig å avslutte det frivillige vernet. Inneliggende pasienter kan således tilbakeholdes i institusjonen.

Kravet om erklæring fra uavhengig legeundersøkelse (jf. §§ 3-2 første ledd nr. 2 og 3-3 første ledd nr. 2) gjelder også ved unntak fra konverteringsforbudet. Pasienten må således enten bringes til lege, eller lege må bringes til pasienten. Dette må løses ut fra lokale forhold og pasientens tilstand. Tilsier pasientens tilstand at vedkommende ikke bringes ut av institusjonen, må institusjonen søke å få for eksempel fastlegen, en legevaktslege, eller en psykiater fra en "uavhengig" del av det psykiske helsevernet (§ 3-3 første ledd nr. 2) inn for å vurdere pasienten.

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som får frivillig poliklinisk behandling

Pasienter som mottar frivillig poliklinisk behandling vil kunne tilbakeholdes ved poliklinikken vedkommende har vært til behandling ved, eller eventuelt fremstilles for ekstern legeundersøkelse, og senere bringes til mottakende institusjon dersom lovens farevilkår er oppfylt.

Også her gjelder kravet om erklæring fra uavhengig legeundersøkelse (jf. §§ 3-2 første ledd nr. 2 og 3-3 første ledd nr. 2). Hvor det er en lege som har foretatt den polikliniske konsultasjonen som ender med konvertering, kan denne undersøkelsen regnes som den eksterne legeundersøkelsen, forutsatt at kravet til "uavhengighet" er oppfylt (§ 3-3 første ledd nr. 2).

Annet ledd annet punktum: I tilfeller der det besluttes å gjøre unntak fra konverteringsforbudet skal faglig ansvarlig ved institusjonen der det tvungne vernet etableres, gi en skriftlig redegjørelse for dette. Redegjørelsen skal forelegges kontrollkommisjonen sammen med kopi av de øvrige innleggelsespapirene, jf. § 3-8 første ledd.

Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan påklages på ordinært vis.

§ 3-5 Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang.

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter første ledd. Den godkjente institusjonen skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhenting gjennomføres med tvang.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold i institusjon.

Kommentarer til § 3-5:

Bestemmelsen regulerer hva tvungen observasjon (§ 3-2) og tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) kan omfatte, og fastsetter at tiltakene kan gjennomføres enten med eller uten døgnopphold i institusjon.

Første ledd regulerer tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i døgninstitusjon. Dersom det er truffet vedtak om slikt vern, kan pasienten holdes tilbake på institusjonen mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang. Tilbakehenting skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten, og som hovedregel med helsepersonell til stede. Dersom det er behov for å bane seg adgang til bopel eller for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, må politiet bistå, jf. § 3-6 annet ledd. Se for øvrig rundskriv fra Helsedirektoratet og Politidirektoratet IS 5/2012 om samarbeid og ansvarsforhold mellom helsetjeneste og politi.

Døgninstitusjonen pasienten er innlagt ved må være godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. psykisk helsevernloven §§ 2, 3 og 4.

I **annet ledd** er det gjort unntak fra kravet om at døgnoppholdet må finne sted på godkjent institusjon. Formålet med unntaket er å sikre at pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan oppholde seg ved somatisk avdeling i

spesialisthelsetjenesten der dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen er et snevert unntak som kan benyttes i tilfeller der pasienten har en slik helsetilstand at det er behov for avansert medisinsk overvåkning som ikke kan tilbys i institusjon i det psykiske helsevernet, for eksempel på grunn av en alvorlig spiseforstyrrelse.²¹ Pasienten kan også ha opphold på somatisk avdeling *ved selve etableringen* av det tvungne vernet. Dersom en pasient innlagt i psykiatrisk institusjon får behov for somatisk helsehjelp må pasienten henvises til somatisk avdeling på ordinær måte, og den somatiske avdelingen må vurdere behovet.

Etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal også i disse tilfellene skje under ansvar av den godkjente institusjonen. Ansvar for oppfølging av den psykiatriske undersøkelsen og behandlingen av pasienten vil således fortsatt påligge denne institusjonen. De involverte institusjonene må etablere samarbeid som gjør det mulig for den godkjente institusjonen å ivareta ansvaret. Ansvaret for behandlingen av den somatiske tilstanden vil på vanlig måte ligge hos somatisk avdeling.

Bestemmelsen åpner for "midlertidig opphold" i ikke-godkjent institusjon. Begrepet "midlertidig" må ses i sammenheng med vilkåret om at opphold i somatisk avdeling kun skal finne sted så lenge det vurderes "nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp". Hvor lenge dette er tilfelle må vurderes konkret i den enkelte sak.

Bestemmelsene i lovens kapittel 4 vil som utgangspunkt kunne anvendes under oppholdet i somatisk avdeling. Tvangsmidler (§ 4-8) kan som hovedregel kun benyttes ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. psykisk helsevernforskriften § 24 første ledd, men i bestemmelsens annet ledd er det gjort unntak for akutte situasjoner. Eventuelle vedtak må treffes av faglig ansvarlig ved institusjonen som er ansvarlig for det tvungne vernet.

Tredje ledd regulerer gjennomføringen av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

En pasient som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold bor som oftest i egen bolig.

Tvungent psykisk helsevern *uten* døgnopphold kan bare benyttes dersom dette vurderes som et bedre alternativ for pasienten enn tvungent vern *med* døgnopphold, jf. tredje ledd **første punktum**. Hvorvidt dette er tilfelle må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering der det må ses hen til om pasienten har behov for døgnkontinuerlig omsorg og behandling i institusjon, eller om vernet kan ivaretas tilstrekkelig og forsvarlig uten innleggelse. Vurderingen skal foretas fortløpende. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hva pasienten selv ønsker. Ressurshensyn er ikke relevante. Se også psykisk helsevernforskriften § 11 og §§ 31-34.

Fra 1.1.2007 tok man bort det tidligere kravet om at denne tvangsformen forutsatte at pasienten hadde opphold på egen bopel. Dette innebærer at pasienten ikke trenger å bo hjemme, men kan ha frivillig opphold på en kommunal institusjon eller en institusjon i spesialisthelsetjenesten, for eksempel rusinstitusjon eller institusjon i det psykiske helsevernet. Det kreves ikke at institusjonen pasienten frivillig har

²¹ [Helsedirektoratets fortolkning 02.03.2011 \(11/1034\)](#)

opphold ved er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Ansvar for det tvungne vernet må imidlertid ligge hos en institusjon som har godkjenning. Adgangen til slikt opphold er ikke tidsbegrenset. Kravet om at tvungent vern uten døgnopphold må anses som det beste for pasienten, medfører at kombinasjonen tvang uten døgnopphold og frivillig opphold på en institusjon uten godkjenning, ikke kan benyttes overfor pasienter som vurderes å ha behov for tvungent vern i form av opphold på godkjent institusjon (jf. første ledd). Hvis pasienten har behov for døgnopphold i godkjent institusjon må det treffes vedtak om tvungent vern med døgnopphold, jf. første ledd (evt. overføringsvedtak, jf. § 4-10).

Pasienter som har frivillig opphold på institusjon i forbindelse med tvungent vern uten døgnopphold kan på samme måte som andre frivillige innlagte ikke holdes tilbake i institusjonen. Det skal ved slike innleggelser og utskrivelser ikke treffes § 4-10 vedtak. I tilfeller der det er behov for å holde en pasient tilbake vil dette imidlertid kunne skje ved at det treffes vedtak om overføring til tvungent vern med døgnopphold, jf. § 4-10.

En innsatt i kriminalomsorgen kan være under tvungent vern uten døgnopphold. Reglene som oppstilles for tvungent vern uten døgnopphold gjør imidlertid at dette svært sjelden vil være en god løsning under de rammene fengselet gir.²²

Tvungen observasjon vil av praktiske årsaker primært gjennomføres med døgnopphold i institusjon. Tvungen observasjon kan imidlertid skje uten døgnopphold i institusjonen, dersom dette er tilstrekkelig for å kartlegge vedkommendes sinnstilstand.

I tredje ledd **annet punktum** er det presisert at det ved vurderingen av om tvungent vern uten døgnopphold skal benyttes skal tas hensyn til pårørende som bor sammen med pasienten.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold innebærer kun et pålegg om at pasienten må møte til undersøkelse eller behandling, jf. **tredje punktum**. Behandling kan bare gis dersom pasienten samtykker eller det er truffet vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. loven § 4-4 og forskriftens § 11.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel, se forskriftens § 11 tredje ledd. Denne begrensningen gjelder ikke fullt ut hvor pasienten har frivillig opphold ved institusjon i det psykisk helsevernet, se kommentarer til forskriftens § 11 tredje ledd.

Behandling skal i utgangspunktet gis ved institusjonen som er ansvarlig for vernet. Den praktiske gjennomføringen av medikamentell behandling, for eksempel utlevering av medisiner på pasientens bopel, kan imidlertid overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. psykisk helsevernforskriften § 22 annet ledd. Dette forutsetter at pasienten selv ønsker det og at gjennomføringen skjer under forsvarlig tilsyn og veiledning fra den ansvarlige institusjonen.

²² [Helsedirektoratets fortolkning 03.02.2010 \(10/181\)](#)

Den ansvarlige institusjonen må ha løpende oversikt over pasientens situasjon, slik at det fortløpende kan vurderes om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, jf. § 3-7, jf. § 3-3.

Fjerde og femte punktum gir hjemmel for at pasienter som er underlagt tvungent vern *uten* døgnopphold om nødvendig kan avhentes med tvang. Dersom det blir nødvendig å avhente pasienten flere ganger, må det vurderes om pasienten bør overføres til tvungent vern *med* døgnopphold (jf. første ledd).

Fjerde ledd fastsetter et krav om at tvungent vern *uten* døgnopphold kun kan skje under ansvar av institusjon som er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern, jf. lovens § 3-5 første ledd og psykisk helsevernforskriften §§ 2, 3 og 4.

I **femte ledd** er det gitt hjemmel for at det kan gis forskrifter om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold. Denne hjemmelen er benyttet, se psykisk helsevernforskriften § 11 og §§ 31-34.

§ 3-6 Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet

Offentlig myndighet skal ved varsling av helse- og omsorgstjenesten og ved nødvendig bistand som beskrevet i loven her, bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand for å få vedkommende til tvungen undersøkelse eller tvungen observasjon eller bringe vedkommende under tvungent psykisk helsevern. Offentlig myndighet skal også gi nødvendig bistand i forbindelse med avhenting eller tilbakehenting etter bestemmelsene i loven her. Offentlig myndighet kan om nødvendig anvende tvang.

Kongen kan gi forskrift om innholdet i offentlige myndigheters plikter etter første og annet ledd.

Kommentarer til § 3-6:

Første ledd første punktum pålegger offentlig myndighet ansvar overfor personer som er alvorlig psykisk syke, og som ikke selv oppsøker det psykiske helsevernet. Ansvaret gjelder overfor personer offentlig myndighet kommer i kontakt med eller blir informert om gjennom sin virksomhet. Plikten består i at offentlig myndighet skal *varsle* helsetjenesten og eventuelt bistå helsetjenesten med å bringe personen til legeundersøkelse.

Som det fremgår av lovens § 1-3 omfatter begrepet offentlig myndighet kommunelegen (evt. stedfortreder), den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, politiet og kriminalomsorgen.

Kravet om at personen "må antas" å oppfylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-3) innebærer at det må vurderes som sannsynlig at dette er tilfelle. Vurderingen foretas av personer uten spesialkompetanse på psykiske lidelser, og

det stilles derfor ikke strenge krav til denne.

Første ledd annet punktum pålegger offentlig myndighet å fremme begjæring om tvungen undersøkelse (jf. § 3-1 annet ledd), tvungen observasjon (jf. § 3-2) eller tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-3) der dette vurderes nødvendig.

Nødvendighetskravet er tatt inn for å presisere at tvang kun skal benyttes i tilfeller der det ikke finnes frivillige alternativer (jf. §§ 3-2/3-3 første ledd nr. 1). Begjæringen er ikke en forutsetning for iverksettelse av de nevnte tiltakene²³. Begjæringsplikten må ses i sammenheng med varslingsplikten (jf. første ledd) og formålet om å sikre nødvendig helsehjelp til alvorlig syke personer som ikke selv oppsøker helsetjenesten.

Begjæring om tvungen legeundersøkelse skal fremsettes til kommunelegen (jf. § 3-1 annet ledd).

Begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal fremsettes overfor en institusjon i det psykiske helsevernet som er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-5 første og fjerde ledd). Det er gitt nærmere bestemmelser om slike begjæringer i psykisk helsevernforskriften § 7.

Når offentlig myndighet fremsetter begjæring om *tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern* vil denne få klagerett både i forhold til avslag på slik begjæring og ved opphør av vernet (jf. §§ 3-2/3-3 tredje ledd og § 3-7 fjerde ledd). Begjærende myndighet har rett til å uttale seg før slike vedtak treffes, jf. § 3-9, og skal informeres om slike vedtak og om sin klagerett jf. forskriften § 10 tredje ledd.

Offentlig myndighet må ha systemer for å ivareta sin plikt til å fremsette begjæring etter denne bestemmelsen.

Annet ledd pålegger offentlig myndighet å gi nødvendig bistand i forbindelse med etablering og gjennomføring av tvungen observasjon (§ 3-2) og tvungent psykisk helsevern (§ 3-3), herunder tvungen legeundersøkelse (§ 3-1). Kravet om at bistanden skal være nødvendig relaterer seg til den enkelte myndighets oppgaver. Bestemmelsen er særlig aktuell i forbindelse med politiets bistand. Det forutsettes at transport skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten, noe som tilsier at bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten også kan være aktuelt.

Når det gjelder bistand fra politiet vises det til rundskriv IS-5/2012 fra Helsedirektoratet og Politidirektoratet om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke. Helsetjenesten må i hvert enkelt tilfelle foreta en konkret vurdering av om bistand fra politiet er nødvendig.

Annet ledd tredje punktum gir hjemmel for bruk av tvang. Fysisk maktutøvelse utenfor institusjon kan bare utøves av politiet. Maktbruk utenfor institusjon utøvet av helsepersonell, kan bare benyttes i nødrettssituasjoner.

Forskriftshjemmelen i **tredje ledd** er ikke benyttet.

²³ Jf. avskaffelsen av tutorordningen, [Ot. Prp. nr. 65 \(2005-2006\)](#) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

§ 3-7 Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Ingen kan beholdes under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter § 3-5 uten at vilkårene i § 3-2 første ledd eller § 3-3 første ledd fremdeles er oppfylt.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, og treffer vedtak om opphør av vernet dersom vedkommende finner at de krav og vilkår som nevnt i første ledd ikke lenger er tilstede.

Pasienten, samt dennes nærmeste pårørende, kan når som helst be om at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken.

Pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak etter annet og tredje ledd til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt. Dersom klage fremsettes, kan kontrollkommisjonens leder beslutte utsatt iverksetting av vedtak som nevnt i annet ledd inntil klagesaken er avgjort.

Kommentarer til § 3-7:

Bestemmelsens **første ledd** fastslår at ingen kan holdes tilbake under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med mindre vilkårene som beskrevet i §§ 3-2 og 3-3 fremdeles er oppfylt. Da det er faglig ansvarlig som treffer vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, er det naturlig at det også er faglig ansvarlig som avgjør om tvang skal opprettholdes. Hvem som er faglig ansvarlig er regulert i § 1-4.

Annet ledd: Faglig ansvarlig skal fortløpende vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og foreta en personlig undersøkelse av pasienten minst hver tredje måned, jf. § 4-9. Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal nedtegnes i pasientens journal. Dersom pasienten rømmer har institusjonen adgang til å skrive ut pasienten in absentia etter noe tid, siden det da ikke lenger er grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent vern er oppfylt.²⁴

Etter **fjerde ledd** kan den faglig ansvarliges vedtak i saken påklages til kontrollkommisjonen. Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende, (jf. pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b), har klagerett. Dersom offentlig myndighet har begjært tvungent psykisk helsevern, har også denne myndighet klagerett. Offentlig myndighet er definert i § 1-3.

²⁴ [Helsedirektoratets fortolkning 29.3.2005](#)

Underretning om vedtaket (vedtak om opprettholdelse eller opphør av tvungent vern) skal gis *både* til pasienten, til nærmeste pårørende²⁵ og til eventuell begjærende instans. Nærmeste pårørende og begjærende instans har selvstendig klagerett, og skal gis den informasjon som er nødvendig for å kunne klage, uavhengig av pasientens samtykke. Nødvendig informasjon er informasjon om at vedtak er fattet og hva som er bestemt. Det skal videre gis opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage. Slik informasjon skal gis så snart som mulig, og skal som hovedregel gis skriftlig. I praksis vil nærmeste pårørende og offentlig myndighet gis kopi av vedtaksskjema. Se også merknad til psykisk helsevernforskriften § 10 tredje ledd.

Klagefristen er tre uker, jf. forvaltningslovens § 29. Pasienten er gitt en utvidet klagefrist på vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern. Slike vedtak kan påklages inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel, jf. § 1-7.

Det er viktig å merke seg regelen i § 6-4 åttende ledd om at klage som er avslått av kontrollkommisjonen, ikke kan fremmes på nytt før det har gått minst seks måneder.

Dersom kontrollkommisjonen ved klage på vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern finner at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til den faglig ansvarlige for ny vurdering ([forvaltningsloven § 34 siste ledd](#)).

Etter **fjerde ledd siste punktum** gis som hovedregel ikke klage på vedtak om opphør av tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern oppsettende virkning. Kontrollkommisjonens leder kan imidlertid beslutte utsatt virkning av slikt utskrivelsesvedtak inntil klagesaken er avgjort. Dette vil for eksempel kunne være aktuelt dersom det er grunn til å tro at det ligger en ressursmessig begrunnelse bak vedtaket om opphør av tvangsvernet. Det er derfor viktig at pasient, nærmeste pårørende og eventuell offentlig myndighet så tidlig som mulig underrettes om at vedtak vil bli fattet, og dermed gis mulighet til å fremme klage og eventuelt anmode om oppsettende virkning.

Tvungent psykisk helsevern opphører på følgende måter:

- Ved at den faglig ansvarlige opphever vedtaket
 - o Etter eget initiativ (§ 3-7 annet ledd)
 - o Etter begjæring fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende (§ 3-7 tredje ledd)
- Ved at kontrollkommisjonen opphever vedtaket etter
 - o Dokumentkontroll (§ 3-8 første ledd)
 - o Tremånederskontroll (§ 3-7 annet ledd)
 - o Behandling av klage (§ 3-7 fjerde ledd, jf. § 6-4)
 - o Nektelse av samtykke til forlengelse etter ett år (§ 3-7 tredje ledd)

²⁵ [Helsedirektoratets fortolkning 18.09.2007 \(07/4367\) og Helsedirektoratets veileder](#): "Pårørende en ressurs" IS 1512

- Ved at domstolene opphever vedtaket (§ 7-1 og tvisteloven kap. 36)
- Ved passivitet, det vil si at det ikke sendes søknad om forlengelse av vernet etter ett år (§ 3-7 tredje ledd)

Tvungen observasjon opphører på følgende måter:

- Ved at den faglig ansvarlige opphever vedtaket
 - o Etter eget initiativ (§ 3-7 annet ledd)
 - o Etter begjæring fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende (§ 3-7 tredje ledd)
- Ved at kontrollkommisjonen opphever vedtaket etter
 - o Dokumentkontroll (§ 3-8 første ledd)
 - o Behandling av klage (§3-7 fjerde ledd, jf. § 6-4)
- Ved at tidsfristen går ut (§ 3-2 annet ledd).

§ 3-8 Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal underretning sendes kontrollkommisjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvisse seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene i §§ 3-2 eller 3-3.

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten, jf. § 4-1.

Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan samtykke i forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen, regnet fra årsdagen for etableringen.

Kommentarer til § 3-8:

Første ledd omhandler den kontroll som kontrollkommisjonen skal utøve når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Bestemmelsen fastsetter at kontrollkommisjonen skal få kopi av vedtak om tvungen observasjon (jf. § 3-2) eller tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-3), og underlagsdokumentene for disse, det vil si uttalelse fra ekstern lege, (jf. § 3-1) og eventuell begjæring. På bakgrunn av opplysningene i dokumentene skal

kontrollkommisjonen så snart som mulig foreta kontroll av at lovens krav til fremgangsmåte er oppfylt og at de grunnleggende vilkårene for bruk av tvang er vurdert.

I **annet ledd** er det fastsatt at kontrollkommisjonen av eget initiativ skal vurdere behovet for fortsatt tvungent psykisk helsevern etter tre måneder i forhold til pasienter som ikke selv har påklaget vedtaket. Se også psykisk helsevernforskriften § 58. Det skal også kontrolleres at det foreligger individuell plan i henhold til § 4-1. Kontrollen skal bare foretas én gang. Forsinket vurdering vil ikke ha betydning for etableringsvedtakets gyldighet.

Ved kontrollen av behovet for fortsatt vern skal det foretas prøving av lovens materielle vilkår, jf. § 3-3. Kontrollkommisjonen kan prøve alle sider av saken. Det skal særlig legges vekt på hensiktsmessighetsvurderingen (§ 3-3 første ledd nr. 6). Det er imidlertid kun anledning til å prøve hvorvidt det tvungne vernet skal opprettholdes. Det nærmere innholdet i det tvungne vernet kan ikke overprøves, for eksempel hvilken form for tvungent vern en pasient skal være underlagt eller om det skal gis behandling uten eget samtykke.

Ved kontroll av individuell plan skal det kun påses at slik plan faktisk foreligger. Vurderingen av planens kvalitative innhold hører inn under tilsynsmyndighetenes ansvarsområde. Mangel på individuell plan vil ikke i seg selv gi grunnlag for å oppheve tvungent vern, men kan være en indikasjon på manglende planlegning av pasientens behandling og videre oppfølging. Dette kan sammen med andre momenter tilsi opphør av det tvungne vernet etter hensiktsmessighetsvurderingen.

Kontrollkommisjonens vedtak om etterprøving etter tre måneder skal være skriftlig og begrunnet.

Se [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern \(IS-10/2007\)](#) for utfyllende omtale av hvordan kontrollen skal gjennomføres og for ansvarsfordeling mellom kontrollkommisjon og fylkesmann bl.a. i forhold til oppfølging av individuell plan.

Tredje ledd fastsetter at et vedtak om tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker til at vernet forlenges. Se også psykisk helsevernforskriften § 59. Denne fristen er absolutt, slik at konsekvensen av eventuell forsinkelse er at det tvungne vernet opphører. Nytt tvungent vern må eventuelt etableres etter de ordinære reglene i § 3-3.

Det er den ansvarlige institusjonen som må ta initiativ til forlengelse jf. psykisk helsevernforskriften § 14, som fastsetter at begjæring om forlengelse må være kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før det tvungne vernet utløper.

Tredje ledd annet punktum: Tvungent psykisk helsevern kan forlenges med inntil ett år av gangen. Fristberegningen skjer fra tidspunktet for etablering av tvungent psykisk helsevern (ikke fra eventuell etablering av forutgående tvungen observasjon eller fra det forrige samtykket fra kontrollkommisjonen).

Før vedtak fattes etter dette kapittel, skal den person saken direkte gjelder, gis anledning til å uttale seg. Retten til å uttale seg gjelder blant annet spørsmålet om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Også vedkommendes nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg.

Opplysningene etter første ledd skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Kommentarer til § 3-9:

Første ledd: Bestemmelsen fastsetter pasientens rett til å uttale seg før det treffes vedtak med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, for eksempel i forhold til spørsmålet om det skal etableres tvungent psykisk helsevern og ved hvilken institusjon slikt vern eventuelt skal etableres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl.) § 2-4.

Dette er en forsterket rett i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, og bestemmelsen tydeliggjør at slike uttalelser skal vektlegges.

Som utgangspunkt har pasienten rett til fritt å velge sykehus/DPS, jf. pasrl. § 2-4 første ledd (jf. psykisk helsevernloven § 1-5). Dette gjelder ikke i tilfeller der valget vurderes å være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet, jf. pasrl. § 2-4 tredje ledd.

Det følger av **første ledd tredje punktum** at også pasientens nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken vil ha rett til å uttale seg. Hvem som er pasientens nærmeste pårørende er regulert i pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b. Denne retten forutsetter på samme måte som klageretten at det gis informasjon om at et slikt vedtak skal treffes, se kommentarer til psykisk helsevernloven § 10. Begrepet offentlig myndighet er regulert i lovens § 1-3. Offentlig myndighet regnes som "direkte involvert i saken" dersom de har tatt initiativ til/vært begjærende instans i forhold til vedtaket som skal treffes, jf. § 3-6 første ledd.

I **annet ledd første punktum** er det fastsatt at opplysninger som gis i henhold til første ledd skal dokumenteres, og at de skal ligge til grunn for vedtaket.

Annet ledd annet punktum fastsetter at det skal legges særlig vekt på uttalelser om erfaring med bruk av tvang. Dette følger allerede av kravet til helhetsvurdering i §§ 3-2 og 3-3 første ledd nr. 6, men er gjentatt i denne bestemmelsen for å understreke prinsippets viktighet.

Dersom pasienten eller pårørende har gitt uttrykk for at pasienten har hatt negative erfaringer med tvungent psykisk helsevern eller bestemte tvangstiltak innebærer dette en høyere terskel for gjentakelse av slike tiltak, og en særlig forpliktelse til å vurdere alternativer.

§ 3-10 Forskrifter om tvungent psykisk helsevern

Kongen kan gi nærmere forskrifter om hvordan etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern gjennomføres.

Kongen i statsråd kan dessuten gi forskrifter om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være ansvarlige for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern etter § 3-5 og om de nærmere vilkårene for slik godkjenning.

Kommentarer til § 3-10:

Med hjemmel i **første ledd** er det i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. (psykisk helsevernforskriften) gitt utfyllende regler om prosedyren ved etableringen av tvungent psykisk helsevern, se forskriften kapittel 2.

Med hjemmel i **annet ledd** er det i samme forskrift innført en særlig godkjenningsordning i §§ 2,3 og 4. Godkjenningsordningen omfatter både institusjoner som skal motta pasienter til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. lovens § 3-5 første ledd, og institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, jf. lovens § 3-5 annet ledd.

Kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern

Lovens kapittel 4

Hvorvidt det skal treffes vedtak etter lovens kapittel 4 (og kapittel 4A), dersom pasienten samtykker til tiltaket

Lovens kapittel 4 hjemler ulike gjennomføringstiltak som kan iverksettes under pasientens opphold i det psykiske helsevernet. Det er et spørsmål om det er nødvendig å treffe vedtak dersom pasienten samtykker til tiltaket.

For undersøkelse og behandling, er dette regulert i § 4-4: Pasientens samtykke til behandling skal være forsøkt oppnådd eller åpenbart formålsløst for at bestemmelsen kommer til anvendelse. Det vil si at det ikke nødvendig med vedtak når pasienten samtykker. I § 4-7 a om urinprøve oppstilles i første ledd vilkår for når faglig ansvarlig kan be pasienten om et samtykke til tiltaket. Tilsvarende som ved behandling vil et samtykke om å avlegge urinprøve medføre at det ikke skal treffes vedtak.

Når det gjelder øvrige tiltak legger loven opp til at *institusjonen alltid skal treffe vedtak, selv om pasienten samtykker til tiltaket*. Dette gjelder skjerming (§ 4-3), innskrenkning i forbindelse med omverdenen (§ 4-5), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7), tvangsmidler (§ 4-8) og overføring av pasient (§ 4-10). Bestemmelsene knytter tiltakene opp mot materielle vilkår, til personell kompetanse (faglig ansvarlig for vedtak), til saksbehandlingsregler og til klagerett til kontrollkommisjonen. Disse rettssikkerhetsgarantiene bortfaller dersom tiltaket baseres på samtykke. Samtidig vil institusjonene ofte ikke bare ha en mulighet, men også plikt til å iverksette tiltaket dersom pasienten ikke samtykker. I realiteten vil det derfor ofte foreligge en "trussel om at vedtak treffes" ved uteblivende samtykke, noe som kan medføre at samtykket ikke er gyldig, jf. kommentarene til § 2-1. Institusjonen skal selvsagt likevel alltid søke å få til et samarbeid med pasienten om tiltaket.

Dersom en pasient selv ønsker et tiltak iverksatt uten at vilkårene i bestemmelsen er oppfylt – en pasient ber for eksempel om at det tas urinprøver²⁶ eller om at institusjonen oppbevarer mobiltelefonen - er vi utenfor de tiltakene som beskrives i loven, og tiltaket vil kunne baseres på samtykke.

Spesielt om vedtak etter lovens kapittel 4 overfor barn og unge under 16 år

Når barn er innlagt i døgninstitusjon vil reglene som gjelder for frivillig innleggelse i lovens kapittel 4 komme til anvendelse. Det skal treffes vedtak om tiltakene skjerming (§ 4-3), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7) og tvangsmidler (§ 4-8). På denne måten vil man sikre at lovens

²⁶ [Helsedirektoratets fortolkning 01.07.2009 \(09/3795\)](#)

strengt vilkår for de ulike tiltakene blir fulgt, og at tvangsbruken blir påklagbar, synliggjort og etterprøvbart.

Tiltak som forutsetter tvungent psykisk helsevern er ikke aktuelle, da barnet formelt ikke er underlagt tvungent vern. For disse tiltakene : behandling uten eget samtykke (§ 4-4), begrensning i kommunikasjon med omverdenen (§ 4-5 annet ledd) og urinprøvekontroll uten eget samtykke (§ 4-7 a annet ledd) og overføring (§ 4-10) benyttes foreldresamtykke eller eventuelt nødrett som hjemmelsgrunnlag.

§ 4-1 Individuell plan

Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Dersom en person har behov for tilbud både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Institusjonen skal så snart som mulig varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

Kommentarer til § 4-1:

I **første ledd** fremgår at institusjonen har plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Vurderingen av hvem som faller inn under kriteriet langvarige og koordinerte tjenester beror (til en viss grad) på skjønn. Det må foretas en konkret vurdering av behovet for individuell plan. "Langvarig" innebærer ifølge forarbeidene at det er behov for tjenester av en viss varighet, men det kreves ikke at tjenestene skal strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for "koordinerte" tjenester menes at det er behov for to eller flere helse- og/eller sosiale tjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene må eller bør ses i sammenheng.

Annet ledd: Dersom en pasient har behov for tilbud både etter psykisk helsevernloven og etter helse- og omsorgstjenesteloven, har kommunen fra 1. januar 2012 ansvar for å sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Institusjonen må varsle kommunen så snart som mulig om at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester. Institusjonen har da plikt til å medvirke i kommunens arbeid med planen.

Formålet med individuell plan er å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. Pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Bestemmelsen gir pasienten eller brukeren rett til å få utarbeidet en

plan, men ikke ubetinget rettskrav på bestemte tjenester.²⁷

Ifølge § 17 i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) skal en individuell plan ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på hans eller hennes vegne, se kommentarer til psykisk helsevernloven § 2-1. Individuell plan skal inneholde tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltagerne i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger, jf. nevnte forskrift § 19 bokstav h.

Dersom pasienten – uavhengig av om pasienten er samtykkekompetent eller ei – motsetter seg individuell plan – skal det ikke utarbeides slik plan. Institusjonen vil selvsagt likevel måtte yte forsvarlig helsehjelp, jf. pasrl. § 2-1 b, og følge opp samarbeidende instanser så langt som mulig innenfor reglene om taushetsplikt.

Pasienter som ikke ønsker individuell plan, kan likevel få oppnevnt koordinator dersom de fyller vilkårene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a eller helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a skal det oppnevnes koordinator for pasienter med behov for ”komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven”, mens kommunen har plikt til å tilby koordinator ved behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Pasienten må samtykke til oppnevningen.

Siste ledd åpner for at det fastsettes forskrift. En slik forskrift er gitt ”[forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)” av 16.12.2011 nr. 1256. For mer informasjon om individuell plan, se Helsedirektoratets ”[Individuell plan 2010. Veileder til forskrift om individuell plan](#)”. Helsedirektoratet vil utarbeide en ny veileder til forskriften.

²⁷ [Se Helsedirektoratets fortolkning 17.10.2011 \(11/6169\)](#)

§ 4-2 Vern om personlig integritet

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.

Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv blir ivaretatt.

Med de begrensninger som er nevnt, skal forholdene legges til rette for at pasientene får:

- a. delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient,
- b. anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer,
- c. tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene,
- d. anledning til daglige uteaktiviteter.

Det skal også tas hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle bakgrunn.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om husordensreglement for institusjoner for psykisk helsevern.

Kommentarer til § 4-2:

Første ledd lovfester prinsippet om at bruk av restriksjoner og tvang skal begrenses til det strengt nødvendige.

Det må være forholdsmessighet mellom tvangsbruk og de behandlingsmessige eller andre legitime mål som søkes oppnådd, og det skal tas hensyn til pasientens syn på ulike former for tvangsanvendelse. Pasientens integritet og verdighet skal respekteres.

Tredje ledd utdyper nærmere i hvilke situasjoner det er naturlig at pasientene skal kunne utøve sin selv- og medbestemmelsesrett (jf. annet ledd).

Fjerde ledd presiseres at det skal tas hensyn til pasientens livssyn og kulturelle bakgrunn. Det er viktig at pasientens religiøse og livssynsmessige behov ivaretas, jf. [den europeiske menneskerettighetskonvensjon \(EMK\) artikkel 9 om tanke-, samvittighets- og religionsfrihet](#).

Femte ledd gir hjemmel for forskrift om husordensreglement i institusjoner i det psykiske helsevernet. Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

I kraft av institusjonens eierråderett er det adgang til å fastsette interne regler for at institusjonen skal fungere best mulig som sosialt fellesskap og for å legge til rette for

et godt behandlingsmiljø. Det kan for eksempel være nødvendig å regulere bruk av radio, tv, PC, telefon, faste tidspunkt for felles måltider, nattero, steder for røyking m.v. Her er det snakk om regler som man vanligvis må forholde seg til når mange mennesker befinner seg under samme tak. Det er adgang til å regulere nevnte forhold i den grad det vurderes som nødvendig av driftsmessige hensyn eller av hensyn til medpasienter. Det må for eksempel være adgang til å regulere at telefoner skal stå på "lydløs" om natten, og at man ikke skal benytte telefon i fellesarealer. Ved noen avdelinger må det også være anledning til å nedlegge et generelt forbud mot at det tas bilder eller videoopptak. Generelt må graden av regulering vurderes opp mot behovet ved de ulike avdelingene.

Et husordensreglement kan ikke inneholde bestemmelser om inngrep av så sterk karakter som bestemmelsene i lovens kapittel 4. For kommunikasjon er dette presisert i loven ved at det kun kan fastsettes "rimelige begrensinger" jf. § 4-5 tredje ledd med merknad. Dette betyr at det for eksempel ikke kan settes et generelt forbud mot bruk av mobiltelefon på en avdeling eller en generell regel om at ansatte skal være til stede ved besøk. Det kan heller ikke fastsettes adgang til rutinemessig ransaking av pasientens bagasje i husordensreglement.

Pasientene kan ikke pålegges å delta i aktiviteter i avdelingen.

Husordensreglement kan sette viktige rammer rundt pasienters opphold på institusjon, og enkelte pasienter vil kunne oppleve slike regler som en stor inngripen. Hensynet til effektiv drift og et godt tilrettelagt behandlingsmiljø kan likevel gjøre nærmere regler i husordensreglement nødvendig. Det er viktig at reglene er ikke strengere enn det som er absolutt nødvendig.

Kontrollkommisjonen fører tilsyn med at et eventuelt husordensreglement er i samsvar med lovens bestemmelser, jf. psykisk helsevernloven § 63 annet ledd.

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. Vedtak om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen.

Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om vilkårene for skjerming og gjennomføringen av den.

Kommentarer til § 4-3:

Bestemmelsen regulerer adgangen til å iverksette tiltaket skjerming. Det er ikke en forutsetning for bruk av skjerming at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Bruk av skjerming er ytterligere regulert i psykisk helsevernforskriften §§ 16-18.

Første ledd fastsetter vilkårene for skjerming. Det fremgår at skjerming må være nødvendig på grunn av pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd. Tilstander som kan begrunne skjerming av hensyn til pasientens psykiske tilstand er for eksempel sterk uro, suicidalitet eller kataton atferd. Med utagerende atferd menes for det første fysiske utageringer, men også voldsomme og vedvarende verbale utageringer vil kunne omfattes. Det bemerkes at det skal relativt store avvik til for at atferd betegnes som utagerende i språklig forstand.²⁸ Det vises for øvrig til presiseringer i psykisk helsevernforskriften § 16.

Vedtak om skjerming treffes av faglig ansvarlig, jf. § 1-4.

Faglig ansvarlig skal vurdere hvilket omfang og innhold det enkelte skjermingstiltak skal ha, herunder hvor det skal gjennomføres og eventuelt hvilke restriksjoner pasienten skal være underlagt (tilgang til aviser/ TV og utgangsmulighet). Tiltaket skal ikke gjøres mer omfattende enn strengt nødvendig.

Annet ledd regulerer når det må treffes vedtak i forbindelse med skjerming. Bestemmelsen fastsetter to ulike frister, avhengig av tiltakets karakter.

²⁸ [Helsedirektoratets fortolkning 15.8.2012 \(12/3926\)](#)

Hovedregelen er at vedtak skal treffes dersom skjerming opprettholdes utover 24 timer. I de mest inngripende tilfellene skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 12 timer. Dette vil i følge lovteksten være tilfelle dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller lignende som innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet. Med «skjermet enhet eller lignende» menes lokale som er atskilt fra fellesarealer og pasientrom i avdelingen. I denne sammenheng vil sentrale momenter være grad av restriksjoner pasienten blir underlagt (for eksempel begrensning i tilgang til medier, rutiner for utgang osv), og hvordan enheten der tiltaket gjennomføres er innredet. Se også psykisk helsevernforskriften § 17.

Beslutning om å iverksette skjerming, varighet av tiltaket og eventuelt vedtak skal nedtegnes i pasientens journal. Det må fortløpende vurderes om skjermingen skal opprettholdes. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig.

Tredje ledd: Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjermingsperioden kan påklages til kontrollkommisjonen, både av pasienten selv og dennes nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i forskriftens § 27 annet ledd med kommentarer.

Fjerde ledd gir hjemmel for å fastsette ytterligere vilkår for iverksettelse og gjennomføring av skjerming i forskrift. Slike bestemmelser er gitt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. (psykisk helsevernforskriften) §§16-18.

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. Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller 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 undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, 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.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal nedtegnes uten opphold.

Vedtak etter paragrafen her kan påklages til fylkesmannen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.

Kongen i statsråd gir forskrifter om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Kommentarer til § 4-4:

Første ledd fastsetter at det overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern (§ 3-3) kan treffes vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Vedtak om tvungent psykisk helsevern gir med andre ord ikke hjemmel for gjennomføring av slike tiltak. § 4-4 kan ikke benyttes i forhold til pasienter som er underlagt tvungen observasjon (§ 3-2).

Pasienten kan bare undergis undersøkelse og behandling av psykisk lidelse som er klart i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis (jf. helsepersonelloven § 4). Slik behandling kan blant annet være medikamentell behandling, samtaleterapi, gruppetiltak og mindre inngripende tiltak som tar sikte på å påvirke pasientens atferd.

I forbindelse med medikamentell behandling gir § 4-4 også hjemmel for prøvetaking som er nødvendig for medisinsk forsvarlig behandling (jf. § 4-4 første ledd og helsepersonelloven § 4), for eksempel blodprøvetaking.

Dersom det ved gjennomføring av behandlingen er nødvendig å utøve tvang (holding / mekaniske tvangsmiddel) må det treffes særskilt vedtak om dette (§ 4-8).

Annet ledd: Som utgangspunkt er det forbudt å gjennomføre undersøkelse og behandling som innebærer et "alvorlig inngrep" når pasienten ikke samtykker til dette. Som eksempel på behandlingsformer som faller inn under "alvorlig inngrep" nevnes inngripende grensesettende tiltak eller elektrokonvulsjonsbehandling (ECT, også kalt "elektrosjokk"). I spesielle nødrettssituasjoner vil man likevel kunne gå lenger i bruk av tvangsbehandlingstiltak enn dette ledd hjemler, og man vil da også kunne vurdere bruk av ECT.

Det er gjort to unntak fra forbudet mot alvorlige inngrep:

Annet ledd, bokstav a): Behandling med legemidler uten eget samtykke.

Bakgrunnen for unntaket er at innføring av psykofarmaka i det psykiske helsevernet vurderes å innebære et fremskritt, og gjør det mulig å behandle psykotiske tilstander på en annen og bedre måte enn tidligere. I enkelte tilfeller kan dessuten bruk av legemidler være en nødvendig forutsetning for å få andre behandlingstiltak til å virke. På denne bakgrunn åpnes det for behandling med legemidler uten pasientens samtykke, til tross for at slik behandling isolert sett er et alvorlig inngrep overfor pasienten.

Med legemidler menes i denne sammenheng medikamenter som brukes for å behandle en alvorlig psykisk lidelse. Det kan kun benyttes preparater som er registrert i Norge og det kan kun benyttes vanlige doser.

Bruk av legemidler vil ikke sjelden ha sjenerende bivirkninger, og det må stilles strenge krav til kvaliteten på det medisinske skjønnnet som ligger til grunn for en beslutning om behandling med legemidler. Slik behandling kan kun gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

Gjennomføring av behandling med legemidler er nærmere regulert i psykisk helsevernforordningen § 22. Gjennomføringen av den forutgående undersøkelsen er regulert i forskriften § 20.

Annet ledd, bokstav b): Ernæringstilførsel uten eget samtykke.

Unntaket innebærer at det er anledning til å gjennomføre ernæringstilførsel med bruk av tvang som ledd i behandling av en alvorlig spiseforstyrrelse overfor en pasient som er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Bakgrunnen for unntaket er at det i særlige tilfeller er behov for hjemmel for (iverksettelse av) behandling med bruk av tvang, og for å gripe inn før det foreligger en nødrettssituasjon.

§ 4-4 gir kun hjemmel for gjennomføring av behandling som har til hensikt å behandle pasientens psykiske lidelse, og ernæringstilførsel uten eget samtykke vil derfor kun være aktuelt overfor svært syke pasienter med alvorlig undervekt. Det vises i denne sammenheng til at forskning viser at pasienter med alvorlig undervekt har en redusert glukosemetabolisme i hjernen, noe som svekker vedkommendes kognitive funksjoner. Tilføring av næring (glukose) vil øke glukosemetabolismen og dermed øke hjernens funksjon. Overfor denne pasientgruppen kan ernæringstilførsel anses som behandling av pasientens alvorlige sinnslidelse.

Bestemmelsen krever at ernæringstilførsel fremstår som et "strengt nødvendig behandlingsalternativ". Det kreves ikke at det foreligger en nødrettssituasjon. Det er tilstrekkelig at andre frivillige behandlingsmetoder ikke gir utsikt til bedring av pasientens tilstand.

Som det fremgår av bestemmelsen vil ernæring uten eget samtykke være et tiltak som inngår i et helhetlig behandlingsopplegg.

Før det treffes vedtak om ernæringstilførsel uten eget samtykke må pasienten undersøkes av lege, jf. psykisk helsevernforskriften § 20 annet ledd. Gjennomføring av ernæringstilførsel er nærmere regulert i psykisk helsevernforskriften § 23.

Lovens § 3-5 annet ledd gir hjemmel for at ernæringstilførsel kan gjennomføres på somatisk avdeling når dette anses nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp. Det vises til merknadene til denne bestemmelsen.

Tredje ledd innebærer at det ikke kan treffes vedtak om behandling uten eget samtykke uten at man først har forsøkt å få til frivillig behandling. Dette betyr at pasienten må spørres om vedkommende samtykker til aktuell behandling. Slikt tilbud og pasientens eventuelle avslag må nedtegnes i journal. Dette gjelder ikke dersom det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt, se for øvrig merknadene til § 3-3 første ledd nr. 1.

Fjerde ledd fastsetter at pasienten må være tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling, jf. kravet om faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4. Gjennomføring av undersøkelsen er nærmere regulert i psykisk helsevernforskriften § 20.

Det fastsettes også krav til forventet virkning av behandlingstiltakene. Det kreves høy sannsynlighet med hensyn til forventet virkning, og den forventede virkningen må være av kvalifisert art.

Femte og sjette ledd: Vedtak om behandling uten eget samtykke treffes av faglig ansvarlig, jf. § 1-4. Psykisk helsevernforskriften § 21 fastsetter blant annet grenser for varigheten av vedtak. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig.

Syvende ledd: Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan

påklages til fylkesmannen. Fylkesmannen har kun anledning til å overprøve hvorvidt pasienten skal være underlagt undersøkelse og behandling uten eget samtykke, ikke det nærmere innholdet i vedtaket (f. eks. type medikament, dose, eller behandlingens varighet). Klage kan fremsettes av pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i forskriftens § 27 annet ledd med kommentarer.

I psykisk helsevernforskriften § 21 fremgår at behandling som hovedregel kan iverksettes tidligst 48 timer etter at pasienten er underrettet om vedtaket. I forskriftens § 28 tredje ledd fastslås nemlig at klage på vedtak om behandling uten eget samtykke som hovedregel har oppsettende virkning dersom den fremsettes innen 48 timer. Oppsettende virkning innebærer at behandling ikke kan iverksettes før klagen er behandlet.

En eventuell klage på vedtak om tvungent psykisk helsevern (jf. § 3-3) vil ikke ha oppsettende virkning i forhold til muligheten til å iverksette tiltak etter § 4-4. Faglig ansvarlig bør imidlertid avvente kontrollkommisjonens vedtak i tilfeller der utsatt iverksettelse ikke vil være betenkelig i forhold hensynet til forsvarlig medisinsk behandling.

Åttende ledd gir hjemmel for at undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan reguleres i forskrift. Dette er gjort i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. (psykisk helsevernforskriften) §§ 19-23.

§ 4-5 Forbindelse med omverdenen

Den som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern, har rett til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker.

For den som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i retten som nevnt i første ledd for inntil 14 dager, i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig. Er det vedtatt slike restriksjoner, skal institusjonen sørge for at pasienten får nødvendig informasjon om sine pårørende og forhold utenfor institusjonen som er av betydning for pasienten.

Utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensreglement, kan det ikke vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med kontrollkommisjonen, departementet, Statens helsetilsyn, Fylkesmannen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, pasient- og brukerombud, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptrer på pasientens vegne i en klagesak.

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt innført til en pasient, kan den faglig ansvarlige vedta at pasientens post skal åpnes og kontrolleres med henblikk på dette. Om mulig skal dette skje i pasientens nærvær.

Vedtak om inngrep som er nevnt i annet og fjerde ledd, skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om adgangen til å foreta slike inngrep som er omtalt i paragrafen her.

Kommentarer til § 4-5:

Første ledd: Retten til fri kommunikasjon er en grunnleggende rettighet, og innskrenkninger i denne retten krever hjemmel.

Pasienten har som utgangspunkt rett til å motta besøk og å benytte telefon, samt å sende og motta brev og pakker. Tilsvarende gjelder pasientens rett til å benytte elektronisk kommunikasjon. Innskrenkninger i retten til fri kommunikasjon kan kun iverksettes når § 4-5 annet eller fjerde ledd gir hjemmel for å treffe vedtak om dette.

Annet ledd: Faglig ansvarlig kan treffe vedtak om restriksjoner for en pasients kommunikasjonsrett. For eksempel kan det treffes vedtak om at en pasient ikke skal disponere mobiltelefon, kommunisere via PC/ internett²⁹ eller at en pasient ikke skal

²⁹ [Helsedirektoratets fortolkning 31.3.2011 \(09/1393\)](#)

kunne få besøk.

Begrensingene må ikke gjøres mer omfattende enn nødvendig (jf. § 4-2).

Det kan bare treffes vedtak om begrenset kommunikasjonsrett for inntil 14 dager av gangen.

Bestemmelsen oppstiller to vilkår for at vedtak kan treffes. For det første må pasienten være underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (jf. § 3-3, jf. § 3-5 første ledd). For det andre må det foreligge sterke behandlingsmessige eller velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående personer som anses å gjøre slike restriksjoner nødvendige. Det stilles således kvalifiserte krav til unntakssituasjonen, krav som viser at man nærmer seg området for nødretten. Kravene relaterer seg dels til pasientens egen situasjon, dels til familien eller nærstående persons situasjon. Kommunikasjonsretten er så viktig at det ikke er tilstrekkelig for å vedta innskrenkninger at kommunikasjonen medfører noe ubehag for dem som berøres.

Alternativet "sterke behandlingsmessige hensyn" vil kunne være aktuelt i situasjoner der en pasient er i en slik tilstand at kommunikasjon med omverdenen kan påvirke vedkommendes sykdom på en uheldig måte.

Begrepet "sterke velferdsmessige hensyn" kan omfatte mange ulike situasjoner, for eksempel situasjoner der en pasient foretar økonomiske disposisjoner som kan være til stor skade for pasientens eller dennes familie. Det vil imidlertid ikke være tilstrekkelig at pasienten foretar økonomiske disposisjoner som institusjonen anser som unødvendig eller som sløsing, for eksempel hvis pasienter bruker mer penger enn vanlig på sjokolade og tobakk.

Begrepet "hensynet til nærstående person" er tatt inn for å kunne begrense skadevirkninger på pasientens familie og miljø utenfor institusjon med tanke på mulighet for rehabilitering etter oppholdet. På bakgrunn av dette må også for eksempel arbeidsgiver kunne regnes som "nærstående person" i denne sammenheng. Kontakt mellom pasienten og dennes barn kan også begrenses etter denne bestemmelsen. Forutsetningen må være at det eksisterer klare holdepunkter for at kontakt vil skade forholdet mellom foreldre og barn.

Dersom det vedtas restriksjoner, får institusjonen et spesielt ansvar for å sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon om verden utenfor institusjonen, herunder informasjon om de pårørende og andre forhold som er av betydning for pasienten.

Helsepersonell skal også identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn kan ha som følge av forelderens tilstand, jf. helsepersonelloven § 10a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som gjør barn og foreldre bedre i stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig psykisk syk.³⁰

I akutte nødssituasjoner kan det være grunnlag for å iverksette enkelte

³⁰ Jf. IS-5/2010 [Barn som pårørende](#) – Inneholder veiledning om hvilke plikter helsepersonell har til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

frihetsbegrensninger med hjemmel i nødrett. Nødrett vil imidlertid kun gi hjemmel for kortvarig intervensjon.

Tredje ledd inneholder en oppstilling av instanser som det ikke kan vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensreglementet. En av disse instansene er prest eller tilsvarende sjelesørger. Sistnevnte begrep er ment å fange opp samfunnets mangfoldighet i forhold til tro og livssyn. Begrepet må tolkes med romslighet, men det kreves en sjelesørger som påtar seg sin oppgave med samme tyngde som en prest.

Det følger forutsetningsvis av tredje ledd at et husordensreglement kan inneholde mindre og rimelige begrensninger. Den praktiske utøvelsen av besøksretten og retten til telefonisk kommunikasjon kan til en viss grad reguleres i husordensreglementet (se merknaden til § 4-2). Dette gjelder rimelige begrensninger i kommunikasjonsretten til beboerne ut fra hensynet til drift av institusjon og at mange mennesker skal oppholde seg under samme tak. Som eksempel kan nevnes at besøk som hovedregel skal skje i angitt tidsrom i løpet av dagen og/eller på egnet rom skjermet fra medpasienter. Det er ikke anledning til å fastsette en generell regel om at det skal være personell tilstede når pasientene mottar besøk, eller at pasientene ikke skal ha anledning til å disponere egne mobiltelefoner. Dette er så inngripende tiltak at det kun kan iverksettes med hjemmel i lov (jf. § 4-5 annet ledd). Det kan imidlertid gis *generelle* bestemmelser i husordensreglementet omhandlende bruk av mobiltelefon og internett. Dette vil bare kunne omfatte mindre inngripende regler som for eksempel tidspunkt for når PC på et fellesrom kan benyttes.

Fjerde ledd gir hjemmel for at faglig ansvarlig, jf. § 1-4, kan treffe vedtak om å åpne og kontrollere pasientens post.

Med post forstås også elektronisk post, som e-post og sms.

Det kan kun treffes vedtak dersom det foreligger begrunnet mistanke om innføring eller forsøk på innføring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand. Kravet om "begrunnet mistanke" innebærer at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken. For eksempel kan institusjonen ha mottatt tips som sier at noe slikt skjer eller vil skje, eller det kan ha vært observert aktivitet som tyder på at noen ønsker å få brakt uønskede gjenstander inn til pasienten. Det må til en viss grad også være anledning til å legge vekt på tidligere erfaringer.

Åpning og kontroll av post skal om mulig skje i pasientens nærvær. Det er først og fremst pasientens sinnstilstand som kan begrunne at vedkommende eventuelt ikke skal være tilstede.

Vedtak om postkontroll kan være aktuelt både overfor pasienter som har frivillig eller tvungent døgnopphold på institusjonen.

I **femte ledd** kreves det at vedtak om restriksjoner i kommunikasjonsretten eller vedtak om postkontroll skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig. Slike vedtak kan påklages til kontrollkommisjonen av pasientens selv eller dennes nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i forskriftens § 27 annet ledd med kommentarer.

Sjette ledd forutsetter at Kongen i statsråd gir nærmere regler om adgangen til restriksjoner i kommunikasjonsretten og adgangen til postkontroll. Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

§ 4-6 **Undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon**

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnopphold, kan den faglig ansvarlige med henblikk på dette vedta at pasientens rom og eiendeler skal undersøkes samt at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten. Dersom det er mulig, skal undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skje i pasientens nærvær eller i nærvær av den nærmeste pårørende eller en annen person som pasienten har utpekt.

Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke tillatt.

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om adgangen til å foreta slike inngrep som er omtalt i paragrafen her.

Kommentarer til § 4-6:

Første ledd gir hjemmel for at faglig ansvarlig, jf. § 1-4, i en døgninstitusjon kan treffe vedtak om undersøkelse av en pasients rom og eiendeler og/eller kroppsvisitasjon (ransaking).

Det er ikke en forutsetning for tiltak etter denne bestemmelsen at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Det er ikke anledning til å fastsette regler om rutinemessig ransaking av bagasje eller pasientrom eller kroppsvisitasjon (for eksempel i institusjonens husordensreglement). Det er ikke juridiske hindre for å la alle pasienter rutinemessig gå igjennom metalledetektor ved innkomst til institusjonen, men det kan være faglig betenkelig.

Vedtak om ransaking og/eller kroppsvisitasjon kan bare treffes dersom det foreligger begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand er eller vil bli forsøkt innført i institusjonen. Med "begrunnet mistanke" menes at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken. Det kan for eksempel være konkrete tips om at farlig gjenstand vil bli innført av pasienten, eller at det er observert handlinger og atferd hos pasienten som gir slik mistanke. Eksempel på slik atferd kan være beruselse eller ruspåvirkning, aggressive tendenser eller atferd som gir mistanke om planlegging av suicid. Mistanken skal primært knyttes til ytre forhold, men det kan også tas hensyn til pasientens sinnstilstand eller tidligere erfaringer i forhold til pasienten.

Undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skal om mulig skje mens pasient eller en annen person som pasienten har utpekt er tilstede. Det er først og fremst

pasientens sinnstilstand som kan begrunne at pasienten ikke skal være tilstede.

I forbindelse med kroppsvisitasjon er det ikke tillatt å undersøke kroppens hulrom, herunder munnhulen, jf. **annet ledd**. Slik undersøkelse vil imidlertid i helt spesielle tilfeller kunne foretas med hjemmel i nødrett. Dette forutsetter at det er fare for liv eller alvorlig helseskade.

I tilfeller der det er truffet vedtak etter § 4-6 er det anledning til å benytte metalldetektor for å lokalisere farlige gjenstander.³¹ Det vil normalt være i strid med helsepersonells taushetsplikt å tilkalle politi, eventuelt med narkotikahund i forbindelse med mistanke om oppbevaring, bruk eller salg av narkotika. Unntak gjelder dersom det foreligger særlige grunner som gjør det nødvendig å tilkalle politiet, for eksempel at pasienten utgjør en alvorlig fare for seg selv eller andre, jf. helsepersonelloven § 23 pkt 4.³² Bruk av metalldetektor og politihund kan oppleves krenkende og stigmatiserende av pasienten, og vil kunne påvirke behandlingssituasjonen negativt. Det må alltid foretas en grundig vurdering av om effekten av tiltaket oppveier disse negative konsekvensene.

Tredje ledd fastsetter enkelte saksbehandlingsregler. Det kreves at vedtak om bruk av tiltak etter første ledd skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller dennes nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i forskriftens § 27 annet ledd med kommentarer.

I fjerde ledd gis Kongen i statsråd hjemmel for å gi nærmere forskrifter om adgangen til å foreta inngrep i form av undersøkelse og kroppsvisitasjon. Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

³¹ [Helsedirektoratets fortolkning 16.5.2008 \(08/6391\)](#)

³² [Rundskriv IS-5/2012 fra Helsedir. og Politidir.: Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke](#)

Den faglig ansvarlige kan vedta at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand som blir funnet ved inngrep som nevnt i §§ 4-5 fjerde ledd og 4-6 første ledd, skal beslaglegges. Den faglig ansvarlige kan dessuten vedta at medikamenter, rusmidler eller farlig gjenstand som vedkommende ikke rettmessig kan inneha, skal tilintetgjøres.

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen. Vedtak om tilintetgjøring kan ikke gjennomføres før klagesaken er avgjort.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om adgangen til å bruke tiltak som nevnt i paragrafen her.

Kommentarer til § 4-7:

Dersom det under postkontroll med hjemmel i § 4-5 fjerde ledd eller ransaking eller kroppsvisitasjon med hjemmel i § 4-6 første ledd oppdages gjenstander som det ikke er ønskelig at pasienten er i besittelse av under oppholdet oppstår det behov for ytterligere virkemidler.

Tiltakene kan være aktuelle både overfor pasienter som har frivillig eller tvungent døgnopphold på institusjonen.

Første ledd hjemler at faglig ansvarlig, jf. § 1-4, kan treffe vedtak om beslag av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand. Med rømningshjelpemiddel tenkes først og fremst på gjenstander som direkte kan benyttes til å rømme, eksempelvis lommekniv eller våpen. Førerkort eller pass omfattes ikke da disse utgjør et for indirekte hjelpemiddel til å kunne beslaglegges etter denne bestemmelsen. Beslag av pass og førerkort må skje i henhold til passloven eller vegtrafikkloven. Helsetjenesten må da ha hjemmel for å formidle taushetsbelagte opplysninger til politiet.³³

Dersom ansatte tilfeldig oppdager gjenstander som nevnt i bestemmelsens første ledd uten at det er fattet vedtak etter §§ 4-5 fjerde ledd eller 4-6 første ledd, er det anledning til å fatte vedtak i etterkant.

Bestemmelsen hjemler videre at det kan fattes vedtak om tilintetgjøring av beslaglagte gjenstander som pasienten ikke rettmessig kan inneha.

Hva slags tiltak som skal iverksettes må avgjøres på bakgrunn av en skjønnsmessig vurdering. Ved funn av gjenstand som er vanlig og uproblematisk utenfor institusjon (for eksempel barberblad eller lighter), vil det i ordinære situasjoner ikke være grunnlag for beslag. Forholdene tatt i betraktning vil imidlertid disse gjenstandene

³³ [Rundskriv IS-5/2012 fra Helsedir. og Politidir.: Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke](#)

kunne være farlig for pasienten eller andre på institusjonen. Den beste løsningen her vil kunne være at gjenstandene beslaglegges og oppbevares for pasienten frem til utskrivelse. Tilintetgjøring er et svært inngripende tiltak, og kan kun gjennomføres i tilfeller der pasienten ikke har beskyttelsesverdige interesser i å få gjenstanden tilbake etter beslag. Eksempelvis vil tilintetgjøring kunne være aktuelt ved funn av våpen eller rusmidler.

Vedtak om tilintetgjøring kan ikke gjennomføres før eventuell klagesak er avgjort, jf. annet ledd.

Annet ledd fastsetter enkelte saksbehandlingsregler. Det kreves at vedtak om bruk av tiltak etter første ledd skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller dennes nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i forskriftens § 27 annet ledd med kommentarer.

I **tredje ledd** gis Kongen i statsråd hjemmel for å gi nærmere forskrifter om adgangen til å treffe vedtak om beslag og tilintetgjøring. Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

§ 4-7a Urinprøve

Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan pasienten etter begjæring fra den faglig ansvarlige gi samtykke til at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp. Slik begjæring kan bare fremsettes dersom dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Begrunnelsen for begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige.

Ved mistanke om at en pasient under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern misbruker rusmidler, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp. Slikt vedtak kan bare treffes såfremt dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Vedtaket kan påklages av pasienten eller av pasientens nærmeste pårørende til kontrollkommisjonen.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om gjennomføring av urinprøvetaking, herunder gjennomføring i det psykiske helsevernet av slike vedtak truffet med hjemmel i annen lov.

Kommentarer til § 4-7a:

Bestemmelsen gir hjemmel for at det kan fremsettes begjæring om samtykke til eller treffes vedtak om urinprøvetaking. Dette innebærer at det ikke er anledning til å ta slik prøve rutinemessig.

Første ledd gir hjemmel for faglig ansvarlig, jf. § 1-4, til å be pasienten om å samtykke til å ta urinprøve. Slik forespørsel kan bare fremsettes dersom det foreligger konkret mistanke om at pasienten misbruker rusmidler. Dessuten kreves det at urinprøvetaking fremstår strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Dette innebærer at formålet med tiltaket må være å gi pasienten helsehjelp, og at urinprøvetaking må være et egnet tiltak for kontroll. Begjæring om samtykke til urinprøvetaking kan derfor ikke fremsettes dersom formålet kan oppnås med andre og lempeligere midler, for eksempel gjennom tillitskapende tiltak.

Bestemmelsens første ledd er aktuell både i forhold til frivillig innlagte pasienter og pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (jf. §§ 3-2 og 3-3).

Begjæringen og pasientens samtykke skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og faglig ansvarlig. Dokumentet skal inneholde begrunnelse for tiltaket.

Annet ledd gir hjemmel for at det kan treffes vedtak om urinprøvetaking. Vilklårene for å treffe slikt vedtak er de samme som for å fremsette begjæring om samtykke i henhold til § 4-7a første ledd. Vedtaket treffes av faglig ansvarlig, jf. § 1-4, og kan kun treffes overfor pasienter som er underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (jf. §§ 3-2 og 3-3).

For pasienter som har opphold med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven (jf. unntaket i § 1-1 a) må vedtak om urinprøvetaking treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller dennes nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i forskriftens § 27 annet ledd med kommentarer.

Et vedtak kan gi hjemmel for flere urinprøver gjennom et behandlingsforløp. Det må fremgå av vedtaket for hvor lang periode det skal tas urinprøver. Dersom vedtaket skal omfatte mer enn én enkelt urinprøve, må det fortløpende vurderes om vilklårene i bestemmelsens fremdeles er oppfylt.

Bestemmelsen sier ikke noe om hvordan selve prøvetakingen skal utføres. Dersom pasienten ikke klarer å avgi urinprøve umiddelbart etter at institusjonen har anmodet om eller truffet vedtak om slik prøve, kan personalet for eksempel holde pasienten under oppsyn til prøven er avgitt. Pasienten kan imidlertid ikke anbringes bak låst eller stengt dør uten personale tilstede, da dette vil være et tiltak som krever at vilklårene for isolasjon i § 4-8 er oppfylt.

Tredje ledd gir hjemmel for å gi nærmere forskrifter om gjennomføring av urinprøvetaking (også urinprøvetaking med hjemmel i annen lov). Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

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

Som tvangsmiddel kan anvendes:

- a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- d. kortvarig fastholding.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke tvangsmidler som nevnt i bokstavene a og b i foregående ledd.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om bruk av tvangsmiddel.

Kommentarer til § 4-8:

Første ledd gir hjemmel for bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold. Som hovedregel må institusjonen være godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (jf. § 3-5 første ledd), jf. psykisk helsevernloven § 24 første ledd. I akutte nødsituasjoner er det imidlertid anledning til å benytte tvangsmidler også i andre døgninstitusjoner, jf. forskriften § 24 annet ledd. Tvangsmidler kan som den klare hovedregel ikke benyttes utenfor institusjon. Utenfor institusjon er det kun politiet som har adgang til å utøve makt. Helt unntaksvis vil likevel helsepersonell kunne tenkes å utøve makt utenfor institusjon, da hjemlet i nødrett.³⁴

Tvangsmidler kan benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Bruk av tvangsmidler overfor en person som er frivillig innlagt vil imidlertid kunne aktualisere utskrivelse, slik at det i praksis kan bli tale om meget kortvarig tvangsbruk. I slike tilfeller vil det kunne være aktuelt å vurdere om det er grunnlag for å gjøre unntak fra konverteringsforbudet (jf.

³⁴ [Helsedirektoratets fortolkning 21.11.11 \(11/6238\)](#)

§ 3-4 annet ledd).

Formålet med bestemmelsen er å gi hjemmel for tiltak som kan benyttes i nødrettslignende situasjoner der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd. Bruk av tvangsmiddel er et tiltak som skal avverge en akutt situasjon.

Bestemmelsen fastsetter at tvangsmidler kun skal benyttes når dette vurderes uomgjengelig nødvendig for å hindre en pasient i å skade seg selv eller andre, eller for avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar m.m. Kravet om at det må være uomgjengelig nødvendig å bruke tiltaket er strengt, og innebærer at tiltaket kun skal benyttes når det forligger en nødrettslignende situasjon.

Videre slår bestemmelsen fast at tvangsmidler kun skal brukes når lempeligere midler har vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig.

Enhver bruk av tvangsmidler skal være etisk og faglig forsvarlig og i samsvar med kravene til vern om personlig integritet i § 4-2. Tvangsmidler kan ikke benyttes som straff eller på annen nedverdiggende måte.

Tvangsmidler kan kun benyttes for å avverge at en pasient forvolder skade. Det er ikke anledning til å benytte tvangsmidler i behandlingsøyemed. Behandling uten eget samtykke er i sin helhet regulert i § 4-4.

Annet ledd bokstav a) til og med d) regulerer uttømmende hvilke tvangsmidler som kan benyttes.

Bokstav a):

Bestemmelsen tillater bruk av mekaniske tvangsmidler. Med dette menes innretninger som begrenser pasientens mulighet til å bevege armer og/eller ben. Fortegnelsen over de forskjellige typene av mekaniske tvangsmidler (belte, remmer samt skadeforebyggende spesialklær) er eksempler og derfor ikke uttømmende.

Bokstav b):

At ikke bare låst, men også "stengt" dør omfattes, innebærer at det skal fattes vedtak i akutte nødssituasjoner hvor døren blir holdt lukket mellom pasient og personale ved fysisk makt, ved hjelp av kloss eller lignende.

Bokstav c):

Når det gjelder legemidler vil det være begrunnelsen for bruken som er avgjørende for om det regnes som tvangsmiddel. Bruk av legemidler uten pasientens samtykke i behandlingsøyemed reguleres av psykisk helsevernloven § 4-4. Begrepet "korttidsvirkende" innebærer at valg av medikament og dosering må skje ut fra formålet å dempe akutt uro. Langtidsvirkende preparater kan derfor ikke anvendes.

Det vil som hovedregel ikke være anledning til å benytte legemidler med depotvirkning. Det må ved medisinerings likevel være riktig å ta hensyn til hvilke preparater som må antas å ha en generelt gunstig virkning på pasientens tilstand, og det må aksepteres at det kan ta noe tid før virkningen opphører helt. På denne bakgrunn må det kunne gjøres unntak fra hovedregelen i særlige tilfeller. For eksempel må bruk av Cisordinol Acutard aksepteres i tilfeller der faglig ansvarlig vurderer det sannsynlig at den akutte faren som utløser behovet for tvangsmiddelbruk vil ha en tilnærmet lik varighet som virkningstiden til dette

preparatet (vanligvis to til tre døgn).³⁵

Bokstav d):

Bokstav d gir hjemmel for kortvarig fastholding. Betegnelsen "kortvarig" er tatt inn for å understreke at bruken av tiltaket ikke skal opprettholdes lenger enn strengt nødvendig, jf. § 4-2.

Bestemmelsen er ikke ment å omfatte ethvert tiltak som innebærer at en pasient holdes. Det skal en del til for at tiltak skal vurderes som fastholding i lovens forstand.

Bestemmelsen omfatter kun tiltak som har et skadeavvergende formål (jf. første ledd). I mange situasjoner vil holding være en naturlig del av omsorgen for pasienten og ikke et tvangstiltak, for eksempel hvor helsepersonell holder rundt en pasient for å trygge og trøste vedkommende. I den grad hovedformålet med et tiltak er omsorg og grensesetting (ikke skadeavverging), tiltaket er lite inngripende og pasienten ikke motsetter seg det, vil tiltaket falle utenfor bestemmelsen.

Hvis pasienten aktivt motsetter seg tiltaket verbalt og/eller fysisk tilsier dette at holdingen skal regnes som fastholding i lovens forstand. Samtidig kan et tiltak i seg selv være så inngripende at det faller inn under bestemmelsen uten at pasienten gjør motstand, for eksempel hvis en pasient blir holdt fast i lengre tid for å hindre selvskading. Situasjoner der holdingen er mindre inngripende, for eksempel der en pasient blir holdt i armen og ledet til sitt rom uten å gjøre motstand, vil derimot kunne falle utenfor.

Hvorvidt holding krever vedtak må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering der sentrale momenter vil være tiltakets formål, hvordan pasienten forholder seg til tiltaket, hvor lenge det opprettholdes og hvor inngripende det er.

Fastholding er særlig aktuelt overfor barn under 16 år på grunn av forbudet mot bruk av mekaniske tvangsmidler overfor denne gruppen, jf. § 4-8 tredje ledd.

Psykisk helsevernforskriften § 26 fastsetter nærmere krav til gjennomføringen av tvangsmiddelbruk.

Tredje ledd fastsetter et forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler og kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør overfor pasienter under 16 år. Kun tvangsmidlene beroligende medikamenter og holding er aktuelle overfor denne pasientgruppen. Det er svært viktig å unngå bruk av medikamenter før en forsvarlig utredning og vurdering er gjort. Etter forholdene vil kortvarig fastholding kunne være et alternativ.

For å sikre forsvarlighet krever **fjerde ledd første punktum** at en pasient som underkastes et tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol kreves det at pleiepersonale er tilstede i samme rom som pasienten, med mindre pasienten motsetter seg dette (**annet punktum**). I slike tilfeller må det gjennomføres kontinuerlig tilsyn, jf. første punktum.

Dersom pasienten er rusmiddelavhengig, er det viktig å ta høyde for komplikasjoner dette kan medføre i forbindelse med bruk av tvangsmiddel. Det bemerkes at det kan

³⁵ [Helsedirektoratets fortolkning 23.2.2005](#)

være farlig med beltelegging av personer i abstinens og at bruk av korttidsvirkende legemiddel kan ødelegge for en pågående avrusning.

Femte ledd regulerer hvem som har kompetanse til å treffe vedtak om bruk av tvangsmidler, og retten til å påklage vedtaket.

Som hovedregel skal vedtaket treffes av faglig ansvarlig, jf. § 1-4. Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4-8 annet ledd bokstav c) skal treffes av lege, jf. forskriften § 27 annet ledd. Dersom faglig ansvarlig er lege, vil det være naturlig at det er vedkommende som treffer vedtak om også denne type tvangsmidler. Dersom det er behov for å bruke legemiddel som tvangsmiddel når legen ikke er tilstede kan legen muntlig treffe vedtak og meddele dette over telefon, dersom dette vurderes faglig forsvarlig. Vedtaket må nedtegnes så snart som mulig.

I psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd er det gjort unntak fra lovens hovedregel ved at *den ansvarshavende ved avdelingen* kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler når en akutt nødssituasjon gjør at umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke er mulig. Dette unntaket gjelder ikke i forhold til vedtak om korttidsvirkende legemidler (§ 4-8 annet ledd bokstav c). Slikt vedtak skal alltid treffes av lege.

I tilfeller der tvangsmidler benyttes etter vedtak fattet av ansvarshavende ved avdelingen fastsetter forskriftens § 25 annet ledd at faglig ansvarlig "så snart som mulig" skal underrettes, og dersom ansvarshavende mener situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig må faglig ansvarlig ta stilling til om tvangsbruken skal opprettholdes.

Femte ledd annet punktum fastsetter at vedtaket skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig.

Det kan være et spørsmål om hvor hyppig det skal treffes vedtak dersom det stadig må nyttes tvangsmidler over en lengre periode, for eksempel 2-4 ganger i døgnet. Hvor hyppig tvangsmiddelvedtak skal treffes i en slik situasjon, må vurderes konkret. Momenter i vurderingen vil da være hvorvidt det dreier seg om en "ny episode", eller om tvangsmidlet kun helt midlertidig har opphørt i forbindelse med for eksempel toalettbesøk.

Vedtak om bruk av tvangsmidler kan påklages av pasienten selv og av dennes nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b, jf. femte ledd tredje punktum. Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i forskriftens § 27 annet ledd med kommentarer. Klagen behandles av kontrollkommisjonen.

Sjette ledd gir hjemmel for at bruk av tvangsmidler kan reguleres i forskrift. Dette er gjort i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. (psykisk helsevernforskriften) §§ 24-26.

Når pasient er under tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige sørge for at det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om vilkårene for vernet etter § 3-3 fremdeles er til stede. Vurderingene skal nedtegnes i journalen.

Kongen kan gi forskrifter om slike kontrollundersøkelser.

Kommentarer til § 4-9:

Første ledd pålegger faglig ansvarlig, jf. § 1-4, plikt til å foreta jevnlig kontrollundersøkelser av pasienter som er under tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 3-7 første ledd som fastsetter at ingen kan holdes under tvungent psykisk helsevern uten at vilkårene i § 3-3 er oppfylt. Dette innebærer at det må foretas en fortløpende vurdering av om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Kravet om formelle kontrollundersøkelser er tatt inn som en ekstra rettsikkerhetsgaranti.

Kontrollundersøkelse skal gjennomføres minst hver tredje måned. Fristen regnes første gang fra tidspunktet for etableringen av tvungent psykisk helsevern og senere ut fra gjennomførte kontrollundersøkelser. Så lenge disse fristene overholdes er ikke noe i veien for at det fastsettes faste frister for gjennomføring av slike undersøkelser (f. eks. 1. februar, 1. mai, 1. august og 1. november).

Kravet om kontrollundersøkelse innebærer at faglig ansvarlig *selv* må foreta en personlig undersøkelse i møte med pasienten. Faglig ansvarlig kan ikke bygge sine vurderinger på informasjon fra samarbeidende/oppfølgende helsepersonell alene. På bakgrunn av undersøkelsen må faglig ansvarlig vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, jf. § 3-3. Herunder må det vurderes om tvungent vern fortsatt er den beste løsningen for pasienten, og om det er mulig å gjennomføre behandlingen på frivillig grunnlag. Den faglig ansvarliges vurderinger skal nedtegnes i pasientens journal.

Kontrollundersøkelser kan helt unntaksvis foregå ved bruk av videokonferanse.³⁶

Annet ledd gir hjemmel for at gjennomføring av kontrollundersøkelse kan reguleres i forskrift. Dette er gjort i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. (psykisk helsevern forskriften) § 13. Bestemmelsen fastsetter blant annet at vurderingen skal inneholde en redegjørelse for pasientens individuelle plan og at vurdering skal sendes i kopi til kontrollkommisjonen.

³⁶ [Helsedirektoratets fortolkning 27.6.2011 \(11/3476\)](#)

§ 4-10 Overføring uten samtykke

Den faglig ansvarlige kan treffe vedtak om overføring av en pasient under tvungent psykisk helsevern til opphold i eller andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-5. Det treffes likevel ikke vedtak ved overføring mellom ulike former for døgnopphold innen samme institusjon.

Overføringsvedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen innen en uke av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende. Kontrollkommisjonen prøver om vedtaket ut fra hensynet til pasienten, plasseringsalternativer og forholdene ellers fremstår som urimelig.

Vedtak om overføring settes ikke i verk før klagefristen er ute eller klagesaken er avgjort, med mindre umiddelbar overføring er strengt nødvendig eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget.

Kommentarer til § 4-10:

I **første ledd** gis anvisning på i hvilke tilfeller det skal treffes vedtak om overføring. Bestemmelsen gjelder pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Ved overføring av pasient under tvungent psykisk helsevern mellom institusjoner, eller mellom ulike tvangsformer (mellom med- og uten døgnopphold), skal det treffes vedtak om overføring. Dette gjelder også når pasienten samtykker til overføringen.

Ved overføring av pasienter under tvungen observasjon skal det ikke treffes vedtak om overføring. Det er imidlertid viktig å påpeke at observasjonsperioden skal være så kort som mulig, og at det kun helt unntaksvis vil være aktuelt å overføre en pasient under tvungen observasjon før vilkårene for tvunget vern er vurdert.³⁷

Det skal ikke treffes vedtak om overføring dersom pasienten har behov for midlertidig opphold i somatisk institusjon etter § 3-5 annet ledd.

Overføringsvedtaket skal grunngis, og bør inneholde særskilt begrunnelse for hvorfor pasienten skal overføres til en annen institusjon, herunder en beskrivelse av behandlingstilbudet. Overføring fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold medfører høyere grad av tvang for pasienten. Dette skjerper kravet til begrunnelse. Det må klart fremgå hvorfor overføring til døgnopphold anses nødvendig. Overføring til annen tvangsform vil kreve samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Overføringer mellom avdelinger innen samme institusjon faller utenfor denne bestemmelsen. Hvorvidt man har med to ulike døgninstitusjoner eller to avdelinger i samme institusjon å gjøre, må vurderes konkret. I tvilstilfeller avgjør fylkesmannen om en overføring omfattes av bestemmelsen, jf. psykisk helsevernloven § 12 første ledd.

Vedtak om overføring til annen institusjon eller annen tvangsform treffes av faglig

³⁷ [Helsedirektoratets fortolkning 07.04.2011 \(11/2335\)](#)

ansvarlig ved den institusjonen som har hatt ansvaret for det tvungne vernet frem til overføringsvedtaket.

Ved overføring vil det opprinnelige vedtaket om etablering av tvungent psykisk helsevern fremdeles gjelde. Det skal ikke treffes nytt vedtak om tvungent vern ved den nye institusjonen. Bestemmelsen i § 3-7 om at ingen skal holdes under tvungent psykisk helsevern uten at vilkårene etter § 3-3 første ledd er oppfylt gjør det likevel naturlig at faglig ansvarlig ved den nye institusjonen undersøker pasienten og skriver et vurderingsnotat i journal. En eventuell klage på opprettholdelse av vernet skal behandles av kontrollkommisjonen ved den nye institusjonen.

Tidspunktet for etablering av tvungent psykisk helsevern er utgangspunkt for fristene i lovens bestemmelser om kontrollundersøkelse, jf. § 4-9 og § 3-8 annet ledd, og for spørsmålet om forlengelse av tvungent psykisk helsevern ut over ett år, jf. § 3-8 tredje ledd. Dette antas i utgangspunktet også å gjelde for lovens 6-måneders sperrefrist for fremsettelse av ny klage, jf. § 6-4 åttende ledd. Overføringen vil imidlertid kunne medføre endring for pasienten som tilsier at det ikke lenger dreier seg om "tilsvarende sak" slik at klage kan fremsettes uavhengig av sperrefristen. Hvorvidt dette er tilfelle må vurderes konkret.

Det anbefales at tidspunktet for kontrollundersøkelse og klagebehandling fremgår av overføringsvedtaket eller vedlegg til dette.

Dersom en pasient begjærer seg overført til annen avdeling eller annen institusjon reguleres ikke dette av denne bestemmelsen. I disse tilfellene er reglene om retten til helsehjelp og til fritt sykehusvalg i pasient- og brukerrettighetsloven kap. 2 aktuelle.

I **annet ledd** fremgår det at klagefristen for overføringsvedtak er én uke. Klageberettiget er pasienten og pasientens nærmeste pårørende, jf. pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b. Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel, jf. § 1-7. Kontrollkommisjonen skal prøve om overføringen etter en helhetsvurdering fremstår som urimelig. I vurderingen bør kontrollkommisjonen se hen til at pasienter under tvungent psykisk helsevern har rett til fritt sykehusvalg, med mindre "*dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet*" jf. pasrl. § 2-4 tredje ledd.

I **tredje ledd** er det fastsatt at vedtaket ikke skal settes i verk før klagefristen er ute, eller klagesaken avgjort. Det kan gjøres unntak dersom umiddelbar overføring er strengt nødvendig, eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget. Eksempel på en situasjon hvor overføringen ikke kan vente er dersom en pasient under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold blir akutt dårligere, med behov for døgnopphold på institusjon.

Klage skal som hovedregel behandles av kontrollkommisjonen for institusjonen som har truffet vedtaket. Dersom pasienten er overført før klagen kommer opp skal kommisjonen ved mottagende institusjon behandle klagen.³⁸

³⁸ [Helsedirektoratets fortolkning 03.10.2007 \(06/1965\)](#)

Kapittel 4A. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå³⁹

I. Alminnelige bestemmelser

§ 4A-1 Formål

Formålet med bestemmelsene i kapitlet er å sørge for tilstrekkelig sikkerhet for pasienter, medpasienter og personell i regionale sikkerhetsavdelinger, herunder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsene skal også ivareta samfunnsvernet.

Kommentarer til § 4A-1:

Bestemmelsen angir de sentrale hensyn som ligger bak bestemmelsene i nytt kapittel 4A.

§ 4A-2 Virkeområde

Bestemmelsene i kapitlet får anvendelse i regionale sikkerhetsavdelinger, herunder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsene i §§ 4A-8 til 4A-14 gjelder bare i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

Med regional sikkerhetsavdeling menes avdeling som på regionalt nivå behandler og utreder pasienter med alvorlig sinnslidelse eller mistanke om dette, og hvor det foreligger aktuell risiko for alvorlig voldelig atferd.

Med enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå menes enhet innenfor regional sikkerhetsavdeling som kan ta imot pasienter der det på grunn av særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter eller personell, er nødvendig med særlig forhøyet sikkerhet.

Departementet bestemmer om en enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal etableres ved en regional sikkerhetsavdeling.

³⁹ [Prop. 108 L \(2011–2012\)](#)

Kommentarer til § 4A-2:

Bestemmelsen slår fast at kapittel 4A bare får anvendelse i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsen definerer hva som etter kapittel 4A menes med regional sikkerhetsavdeling og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Det er et felles kjennetegn ved pasientgrunnlaget ved de regionale sikkerhetsavdelinger at det foreligger aktuell risiko for alvorlig voldelig adferd overfor andre. Det er med andre ord en selektert og begrenset gruppe pasienter som innlegges ved landets regionale sikkerhetsavdelinger. Pasienter som ikke anses å utgjøre en slik fare skal ikke være innlagt ved regionale sikkerhetsavdelinger.

Hele kapittel 4A gjelder for enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå så langt bestemmelsene passer. Dette innebærer for eksempel at bestemmelsen i § 4A-4 tredje ledd om undersøkelse av kroppens hulrom også gjelder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

§ 4A-3 Forholdet til bestemmelsene i kapittel 4

Bestemmelsene i kapittel 4 gjelder så langt de passer, med unntak av § 4-6. I enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå gjelder § 4-3 kun så langt det er nødvendig med skjerming innenfor enheten.

Bestemmelsen om beslag i § 4-7 gjelder tilsvarende for gjenstander som blir funnet ved tiltak som nevnt i §§ 4A-4, 4A-5, 4A-10 og 4A-12 i kapittelet her.

Regionale sikkerhetsavdelinger skal regnes som en egen institusjon etter §§ 4-10 og 5-4. Vedtak om overføring til regional sikkerhetsavdeling kan settes i verk uten hinder av at vedtaket er påklaget til kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 4A-3:

Bestemmelsen angir forholdet mellom bestemmelsene i det nye kapittel 4A og bestemmelsene i kapittel 4 i psykisk helsevernloven.

Første ledd angir at bestemmelsene i kapittel 4 gjelder så langt de passer med unntak av § 4-6. Med formuleringen om at "bestemmelsene gjelder så langt de passer" menes det at bestemmelsene i kapittel 4 også gjelder i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, men at bestemmelsene i kapittel 4A ved motstrid går foran bestemmelsene i kapittel 4.

Dette vil for eksempel ha betydning for bestemmelsen om skjerming i § 4-3 og bestemmelsen om samvær med andre pasienter i § 4A-9. Skjermingsbestemmelsen i § 4-3 vil med andre ord kun være aktuell i de tilfeller hvor det er flere pasienter ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Videre er det viktig at bestemmelsene i §§ 4A-6 og 4A-10 om forbindelse med omverdenen ses i sammenheng med bestemmelsen i § 4-5 om forbindelse med omverdenen da vilkårene for å foreta begrensninger i pasientens kontakt med omverdenen er noe forskjellig. Mens

vilkårene for å begrense en pasients forbindelse med omverdenen kun er begrunnet med sikkerhetshensyn i kapittel 4A, kan begrensinger etter § 4-5 vedtas av hensyn til "sterke behandlingsmessige eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig". Behov for å vedta begrensinger i en pasients forbindelse med omverdenen av slike hensyn vil også være tilstede i regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsen i § 4-5 vil således også få anvendelse her.

Andre ledd regulerer forholdet til bestemmelsen om beslag av gjenstander i § 4-7. Departementet presiserer at den type gjenstander som avdekkes som følge av kontroll etter de nevnte bestemmelsene i kapittel 4A kan beslaglegges etter § 4-7.

Tredje ledd regulerer forholdet til §§ 4-10 og 5-4. Dette er nærmere omtalt i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 4.8.](#)

II. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger

§ 4A-4 Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler

Det kan foretas undersøkelser av pasientens person, rom og eiendeler, ved innleggelse, samt før og etter utganger for å forhindre innføring av farlig gjenstand, medikamenter, rusmidler eller rømningshjelpemiddel, herunder mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler. Undersøkelsen kan skje ved bruk av teknisk utstyr eller hund, eller ved kroppsvistasjon.

Den faglig ansvarlige kan i tillegg vedta undersøkelse som nevnt i første ledd når det er grunn til mistanke om at slike gjenstander eller stoffer, er tilgjengelig i eller vil bli forsøkt innført i avdelingen.

Dersom det foreligger en begrunnet og sterk mistanke om at en pasient i kroppen skjuler slike gjenstander eller stoffer som nevnt i første ledd, kan faglig ansvarlig vedta at det skal foretas kroppslig undersøkelse eller annet tiltak for å bringe gjenstanden eller stoffet frem. Tiltaket kan bare utføres av helsepersonell.

Vedtak etter annet og tredje ledd skal nedtegnes uten opphold og begrunnes. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Departementet kan gi forskrifter om gjennomføringen av tiltak som er omtalt i paragrafen her.

Kommentarer til § 4A-4:

Bestemmelsen regulerer vilkår for når og på hvilken måte undersøkelser av pasientens person, rom og eiendeler kan finne sted, samt hvilke krav som stilles til vedtak om undersøkelser og klageadgang. Det vises til nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 4.4.](#)

§ 4A-5 Undersøkelse av personer og gjenstander

Enhver som skal inn og ut av regional sikkerhetsavdeling kan pålegges kontroll, herunder passering av metalldetektor og visitasjon.

Det er ikke tillatt å ta med gjenstander, herunder mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler, inn og ut av regional sikkerhetsavdeling uten tillatelse fra kontrollerende personell.

Undersøkelse av gjenstander tilhørende offentlig myndighetsrepresentant, diplomatisk eller konsulær representant, advokat og den som opptrer på pasientens vegne i klagesak, må ikke medføre at konfidensielt innhold i brev eller dokumenter avsløres eller ødelegges.

Nektelse av kontrolltiltak, unndragelse eller forsøk på unndragelse fra kontrolltiltak, kan medføre avvisning.

Kommentarer til § 4A-5:

Bestemmelsen regulerer kontroll av alle som skal inn og ut av regional sikkerhetsavdeling og gjenstander, samt konsekvenser av blant annet unndragelse fra kontroll. Det vises til nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 4.5.](#)

§ 4A-6 Forbindelse med omverdenen

Den som har døgnopphold i regional sikkerhetsavdeling har rett til å motta besøk, benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker.

Den faglig ansvarlige kan vedta innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen i inntil fire uker, dersom det er risiko for rømning, alvorlig voldsutøvelse, innføring av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand eller risiko for angrep mot pasienten.

Innskrenkningene må stå i rimelig forhold til hva som er nødvendig for å ivareta sikkerheten.

Innskrenkninger kan gå ut på at:

- a) besøk må foregå med personell til stede eller med glassvegg som skiller pasient og besøkende,
- b) telefonsamtaler må forhåndsgodkjennes, kan avlyttes og avbrytes,
- c) bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler må forhåndsgodkjennes, kan overvåkes og avbrytes,
- d) post åpnes, kontrolleres og helt eller delvis kan inndras,
- e) godkjent tolk oversetter kommunikasjon, dersom denne er på et annet språk enn det personellet behersker.

Det kan i husordensreglementet fastsettes begrensninger med hensyn til hvilke tider og med hvilken varighet kommunikasjon kan finne sted.

Det kan ikke vedtas innskrenkninger i retten til å kommunisere med offentlig myndighetsrepresentant, diplomatisk eller konsulær representant, pasientens advokat, den som opptre på vegne av pasienten i klagesak eller prest eller tilsvarende sjelesørger.

Vedtak om tiltak som nevnt i annet ledd skal nedtegnes uten opphold og begrunnes. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Departementet kan gi forskrifter om gjennomføringen av tiltak som er omtalt i paragrafen her.

Kommentarer til § 4A-6:

Bestemmelsen regulerer vilkår for å foreta innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen av sikkerhetshensyn, samt krav til vedtak om slike begrensninger og klageadgang. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 4.6.](#)

§ 4A-7 Krav om politiattest

Regional sikkerhetsavdeling skal kreve fremleggelse av ordinær politiattest som nevnt i politiregisterloven § 40 av person som utfører eller skal utføre arbeid ved avdelingen.

Personer som utfører eller skal utføre arbeid ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, skal i tillegg legge fram utvidet politiattest i samsvar med politiregisterloven § 41.

Politiattesten skal ikke være eldre enn tre måneder.

Fornytt vandelskontroll kan foretas i samsvar med politiregisterloven § 43.

Person med anmerkning på politiattesten kan ikke tilsettes ved, overføres til eller arbeide ved regionale sikkerhetsavdelinger eller enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, dersom anmerkningen kan skape tvil om vedkommende er egnet for arbeidet.

Departementet kan gi utfyllende forskrifter til bestemmelsen.

Kommentarer til § 4A-7:

Bestemmelsen fastsetter at personer som utfører eller skal utføre arbeid ved regional sikkerhetsavdeling må gjennom en vandelskontroll. Dette skal skje i form av ordinær politiattest som nevnt i politiregisterloven § 40. Personer som utfører eller skal utføre arbeid ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, skal i tillegg legge fram utvidet politiattest etter politiregisterloven § 41. Dersom kontrollen viser anmerkninger om straffbare forhold og anmerkningen kan skape tvil om vedkommende er egnet for arbeidet, skal personen anmerkningen gjelder nektes å utføre arbeid ved regional sikkerhetsavdeling og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Se for øvrig redegjørelsen i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 4.7.](#)

III. Særskilte sikkerhetstiltak i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå

§ 4A-8 Vedtak om overføring til enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå

I særskilte tilfelle hvor det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter eller personell, kan den faglig ansvarlige vedta at pasienten skal overføres til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. I vurderingen skal det både legges vekt på sannsynligheten for en uønsket hendelse og konsekvensene av en slik hendelse, samt om en overføring står i rimelig forhold til hva som er nødvendig for å ivareta sikkerheten.

Faglig ansvarlig skal innhente politiets vurdering av sikkerheten før vedtak om overføring treffes og før pasienten tilbakeføres fra enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå til et lavere sikkerhetsnivå.

Vedtak om overføring skal nedtegnes uten opphold og begrunnes og kan bare treffes for inntil 6 måneder om gangen.

Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen. Klageretten gjelder også vedtak om forlengelse.

Vedtak om overføring kan settes i verk uten hinder av at vedtaket er påklaget til kontrollkommisjonen.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om vilkårene for overføring til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå og gjennomføringen av sikkerhetstiltak etter §§ 4A-10 til 4A-13.

Kommentarer til § 4A-8:

Første ledd i ny § 4A-8 regulerer vilkår for overføring av pasienter til særlig høyt sikkerhetsnivå, herunder hvilke vurderinger som må foretas i den forbindelse. Det vises til nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 5.4.](#)

Andre ledd slår fast at sikkerhetsvurdering fra politiet må innhentes i forbindelse med vedtak om overføring, forlengelse av vedtaket eller ved tilbakeføring av pasienten til et lavere sikkerhetsnivå. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 5.4.](#)

Tredje ledd slår fast at vedtak om overføring er tidsbegrenset til seks måneder og hvilke formelle krav som gjelder for vedtaket. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 5.5.](#)

Fjerde og femte ledd regulerer klageretten. Se nærmere omtale [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt. 5.10.](#)

§ 4A-9 Samvær med andre pasienter

Pasienter i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal holdes adskilt fra pasienter i enheter med lavere sikkerhetsnivå.

Dersom oppholdet innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse eller behandling av og omsorg for pasienten, skal dette kompenseres med kontakt med personell og andre aktivitetstilbud.

Adskillelse som nevnt i annet ledd må stå i rimelig forhold til hva som er nødvendig for å ivareta sikkerheten.

Kommentarer til § 4A-9:

Bestemmelsen regulerer pasientene i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivås samvær med andre pasienter. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 5.6.](#)

§ 4A-10 Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler

I enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal undersøkelse av pasientens person og eiendeler som pasienten bringer med seg, alltid foretas ved overføring, samt før og etter utgang.

Når det er grunn til mistanke om at farlig gjenstand, medikamenter, rusmidler, eller rømningshjelpemiddel, herunder mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler er tilgjengelig i eller vil bli forsøkt innført i institusjonen, skal det foretas nødvendige undersøkelser av pasientens person, rom og eiendeler.

Kommentarer til § 4A-10:

Bestemmelsen regulerer undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Departementet vil understreke at § 4A-4 tredje ledd om undersøkelse av kroppens hulrom også gjelder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Se forøvrig departementets vurderinger i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 4.4](#) og [5.7.](#)

§ 4A-11 Politiets utlevering av opplysninger om personer som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå

Personer som skal utføre arbeid ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå er underlagt vandelskontroll etter § 4A-7.

Regional sikkerhetsavdeling skal innhente uttalelse fra politiet om andre personer som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, med unntak av diplomater og konsulære representanter og offentlig myndighetsperson som i lov er tillagt et særskilt ansvar for å føre tilsyn og kontroll med tvungent psykisk helsevern.

Etter anmodning fra regional sikkerhetsavdeling, skal politiet gi opplysninger om personen er siktet, tiltalt eller ilagt straff etter straffelovens andre del (forbrytelser), med mindre dette kan skade arbeidet med kriminalitetsbekjempelse.

Politiet kan gi tilsvarende opplysninger om straffbare forhold som er blitt utlevert av en annen stats politi- eller justismyndighet.

Personer som etter politiets opplysninger er siktet, tiltalt eller ilagt straff etter straffelovens andre del (forbrytelser), skal nektes adgang, med mindre anmerkningen gjelder forhold som åpenbart ikke har noen relevans for sikkerhetsvurderingen.

Departementet kan gi utfyllende forskrifter til bestemmelsen.

Kommentarer til § 4A-11:

Det fremgår av bestemmelsens **første ledd** at vandelskontroll av personer som utfører arbeid ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå er regulert i § 4A-7. Bestemmelsene i § 4A-11 andre til sjetten ledd gjelder for alle andre personer som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

Bestemmelsen fastsetter at regional sikkerhetsavdeling i utgangspunktet har plikt til å innhente uttalelse fra politiet om enhver person som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Pålegget omfatter imidlertid ikke diplomater og konsulære representanter og offentlig myndighetsperson som i lov er tillagt et særskilt ansvar for å føre tilsyn og kontroll med tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen angir hvilke opplysninger politiet skal utlevere til regional sikkerhetsavdeling. Personen kontrollen gjelder skal nektes adgang til enheten hvis det fremkommer opplysninger om straffbare forhold, med mindre anmerkningen gjelder forhold som åpenbart ikke har noen relevans for sikkerhetsvurderingen. Se forøvrig departementets vurderinger i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 5.8.](#)

§ 4A-12 Undersøkelse av personer og gjenstander

Enhver som skal inn og ut av enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal kontrolleres ved passering av metalldetektor og visiteres ved behov.

Det er ikke tillatt å ta med gjenstander, herunder mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler, inn og ut av enheten uten tillatelse fra kontrollerende personell.

Undersøkelse av gjenstander tilhørende offentlig myndighetsrepresentant, diplomatisk eller konsulær representant, advokat og den som opptrer på vegne av pasienten i klagesak, må ikke medføre at konfidensielt innhold i brev eller dokumenter avsløres eller ødelegges.

Nektelse av kontrolltiltak, unndragelse eller forsøk på unndragelse fra kontrolltiltak, skal medføre avvisning.

Kommentarer til § 4A-12:

Bestemmelsen regulerer kontroll av personer og gjenstander ved passering inn og ut av enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Se forøvrig departementets vurderinger i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 5.7](#).

§ 4A-13 Forbindelse med omverdenen

Opphold i enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå innebærer følgende innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen:

- a) besøk skal alltid foregå med personell til stede eller med glassvegg som skiller pasient og besøkende
- b) telefonsamtaler skal forhåndsgodkjennes, kan avlyttes og avbrytes,
- c) bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler skal forhåndsgodkjennes, skal overvåkes og kan avbrytes,
- d) post skal åpnes, kontrolleres og kan helt eller delvis inndras,
- e) godkjent tolk oversetter kommunikasjon, dersom denne er på et annet språk enn det personellet behersker.

Innskrenkninger som nevnt i første ledd gjelder ikke retten til å kommunisere med offentlig myndighetsrepresentant, diplomatisk eller konsulær representant, pasientens advokat, den som opptrer på vegne av pasienten i klagesak og prest eller tilsvarende sjelesørger.

Vedtak om telefonavlytting og vedtak om inndragelse av post skal nedtegnes uten opphold og begrunnes. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 4A-13:

Bestemmelsen angir ulike innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen som gjelder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Det vises til nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 5.9](#).

§ 4A-14 Avvik eller lettelser i sikkerhetstiltakene

Faglig ansvarlig kan unntaksvis beslutte lettelser i tiltak som reguleres i §§ 4A-10 til 4A-13. Utover dette er bestemmelsene i kapittel 4A om sikkerhetstiltak i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå ufravikelige.

Kommentarer til § 4A-14:

Bestemmelsen gir faglig ansvarlig adgang til unntaksvis å beslutte lettelser i ulike sikkerhetstiltak i enheten. Denne adgangen er nærmere omtalt i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 5.3](#), [5.4](#) og [5.5](#).

Kapittel 5. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven kapittel 5 gir regler om den strafferettslige særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Slik reaksjon kan bare idømmes av domstolene. Vilkårene for å kunne idømmes slik særreaksjon er fastsatt i [straffeloven § 39](#).

Helsedirektoratet har utgitt to informasjonsskriv: "[Informasjon til deg som er dømt til tvungent psykisk helsevern](#)", og "[Informasjon til faglig ansvarlig for person dømt til tvungent psykisk helsevern](#)".

§ 5-1 Forholdet til de øvrige bestemmelsene i loven her

Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39 gjelder bestemmelsene i loven her så langt de passer, med unntak av §§ 3-1 til 3-4 og §§ 3-7 til 3-9.

Straffeloven § 39 b gir regler om opphør av reaksjonen.

Kommentarer til § 5-1:

I **første ledd** fastsettes at psykisk helsevernloven som utgangspunkt skal gjelde så langt den passer ved særreaksjonsformen dom til tvungent psykisk helsevern. Det er imidlertid gjort unntak for enkelte bestemmelser i lovens kapittel 3, som gjelder etableringen av tvungent psykisk helsevern. Bakgrunnen for unntaket fra disse reglene er at det er fastsatt tilsvarende regler for dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i strl. §§ 39 og 39 b.

De øvrige reglene i psykisk helsevernloven, med utdypende bestemmelser i psykisk helsevernforskriften, gjelder så langt de passer. Dette gjelder også rekkevidden av pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser, jf. lovens § 1-5. Ved motstrid eller tolkningstilstand må spesialreglene i kapittel 5 gå foran de øvrige bestemmelsene i loven. Ved tolkningen av bestemmelsen må det legges spesielt vekt på at bakgrunnen for oppholdet er samfunnets behov for vern mot nye alvorlige lovbrudd.

Det nevnes i denne sammenheng at reglene om rettslig overprøving i § 7-1 første punktum ikke kommer til anvendelse overfor denne pasientgruppen, da det er fastsatt egne regler om domstolsprøvelse ved særreaksjoner i straffeloven § 39 b (phvl. § 7-1 annet punktum kommer derimot til anvendelse, da dette er sagt uttrykkelig i bestemmelsen).

I **annet ledd** er det henvist til opphørsreglene i straffeloven § 39 b. Henvisningen er kun tatt med av informasjonshensyn.

§ 5-2 Vedtak om behandlingsansvaret

Det regionale helseforetaket i domfeltes bostedsregion avgjør hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret for den domfelte. Kongen kan ved forskrift overføre kompetansen etter denne bestemmelsen til en annen myndighet.

Det regionale helseforetaket har ansvaret for at det tvungne psykiske helsevernet settes i verk umiddelbart etter at dommen er rettskraftig.

Kommentarer til § 5-2:

Første ledd første punktum bestemmer at det er det regionale helseforetaket i den domfeltes bostedsregion som skal avgjøre hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret for den domfelte. Ved valget av institusjon må det legges vekt på sikkerhetsmessige hensyn og at institusjonen må være egnet til å tilby den domfelte tilfredsstillende hjelp. Institusjonen må være godkjent for å kunne ha ansvar for tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-5 første ledd. Det nevnes i denne sammenheng at den rettspsykiatrisk sakkyndige skal uttale seg om valg av institusjon for den særreaksjonsdømte, jf. straffeprosessloven § 147a. Ansvaret for vedtak etter loven, og for den videre behandlingen, vil i praksis bli delegert til en faglig ansvarlig for vedtak ved institusjonen der tvangsvernet skal institueres.

Forskriftshjemmelen i **annet punktum** er foreløpig ikke benyttet.

I **annet ledd** fastsettes det at reaksjonsformen skal iverksettes umiddelbart etter at dommen er rettskraftig. Dette ansvaret innebærer at det regionale helseforetaket må skjære gjennom ved organisatorisk treghet ved de mottakende institusjonene, slik at vernet kan bli iverksatt.

§ 5-2a Nasjonal koordineringsenhet

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern skal:

- a) utarbeide og oppdatere retningslinjer for å sikre nødvendig samhandling og oppfølging mellom helse- og omsorgstjenesten og justissektoren,
- b) veilede helseforetakene ved valg av behandlingssted og
- c) føre oversikt som beskrevet i § 5-2b.

Kommentarer til § 5-2a:

Ny § 5-2a fastsetter sentrale oppgaver for den nasjonale koordineringsenheten. Se forøvrig departementets vurderinger i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 6.3](#).

§ 5-2b Nasjonal administrativ oversikt over tiltalte og domfelte til tvungent psykisk helsevern

Det skal etableres en nasjonal oversikt over tiltalte og domfelte til tvungent psykisk helsevern. Opplysningene kan registreres og på annen måte behandles uten samtykke fra den registrerte. Formålet med oversikten er å:

- a) gi helse- og omsorgstjenesten nødvendig informasjon for å kunne planlegge tjenestetilbudet til de domfelte,
- b) gi nødvendige opplysninger om de tiltalte og domfelte, slik at helse- og omsorgstjenesten og justissektoren kan ivareta sine lovpålagte plikter, herunder ansvaret for samfunnsvernet og
- c) gi koordineringsenheten nødvendig informasjon om tiltalte og domfelte for bedre å sikre nødvendig samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og justissektoren.

Det skal bare registreres opplysninger som er nødvendige og relevante for å oppfylle formålet.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om den nasjonale oversikten, herunder om opprettelsen, behandlingsansvaret og hvilke opplysninger som skal registreres.

Kommentarer til § 5-2b:

Ny § 5-2b gir hjemmel til etablering av et nasjonalt register med opplysninger om personer som er tiltalt eller dømt til overføring til tvungent psykisk helsevern, uten samtykke fra den opplysningene gjelder. Så lenge det er i tråd med formålet kan opplysninger gis til både justissektoren og helse- og omsorgstjenesten uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Se forøvrig departementets vurderinger i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 6.4](#).

Den som er overført til tvungent psykisk helsevern, skal de første tre ukene ha døgnopphold i en institusjon. Den faglig ansvarlige bør i denne perioden rådføre seg med de rettspsykiatrisk sakkyndige som har observert den domfelte.

Den faglig ansvarlige bestemmer deretter hvordan det tvungne psykiske helsevernet til enhver tid skal gjennomføres. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til behandling av den domfelte, og særlig på behovet for å beskytte samfunnet mot faren for nye alvorlige lovbrudd.

Kommentarer til § 5-3:

Bestemmelsen regulerer hvordan særreaksjonsformen skal gjennomføres.

Første ledd første punktum fastsetter at gjennomføring av særreaksjonsformen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern alltid skal innledes av tre ukers døgnopphold i institusjon. Fristen regnes fra dommen er rettskraftig, og er uavhengig av om den dømte har vært innlagt i institusjon under saksgangen eller i eventuell varetekt.

I **første ledd annet punktum** er det fastsatt at den faglig ansvarlige for vedtak i løpet av den obligatoriske observasjonstiden bør rådføre seg med de rettspsykiatrisk sakkyndige. På denne måten vil avgjørelsesgrunnlaget for den videre gjennomføringen av det psykiske helsevernet bli best mulig. De sakkyndige kan blant annet bidra med opplysninger om den særreaksjonsdømtes tilstand på gjerningstiden og frem til domfellelse, og de har også foretatt prognostiske vurderinger.

Annet ledd regulerer tiden etter den obligatoriske observasjonstiden. Etter dette tidspunktet er det opp til den faglig ansvarlige for vernet å avgjøre hvordan særreaksjonen til enhver tid skal gjennomføres. Reaksjonen kan gjennomføres enten i form av tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold (jf. § 3-5). Den faglig ansvarlige avgjør hvilken avdeling som skal være ansvarlig, og om for eksempel et tvungent vern i form av døgnopphold skal finne sted i åpen eller lukket avdeling.

Annet ledd annet punktum angir hvilke hensyn den faglig ansvarlige skal legge vekt på ved vurderingen av hvordan særreaksjonen skal gjennomføres. Ved siden av behandlingshensynet skal det særlig legges vekt på behovet for å beskytte samfunnet mot ny og alvorlig kriminalitet. Ved valg av behandlingsform må det derfor vurderes hvilken risiko det vil innebære dersom den domfelte får friere forhold. På den annen side må den faglig ansvarlige for vernet våge å prøve nye behandlingsformer, slik at den domfelte gradvis får større frihet, noe som kan gjøre tilbakeføring til samfunnet enklere.

Dersom den domfelte ikke lenger er alvorlig sinnslidende eller ikke trenger

behandling for å unngå å bli alvorlig sinnslidende igjen, kan det bli aktuelt med overføring til kriminalomsorgen.

§ 5-4 Klage til kontrollkommisjonen

Etter at tre ukers døgnopphold i institusjon etter § 5-3 er gjennomført, kan alle vedtak om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-5, påklages til kontrollkommisjonen.

Kontrollkommisjonen prøver om vedtaket ut fra hensynet til den domfelte, plasseringsalternativer og forholdene ellers fremstår som urimelig. Vedtakene meddeles de klageberettigede, som er den domfelte selv, hans eller hennes nærmeste pårørende samt påtalemyndigheten.

Vedtak om overføring fra døgnopphold i en institusjon til psykisk helsevern uten døgnopphold eller til døgnopphold i en annen institusjon, settes ikke i verk før klagefristen er ute eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget. Vedtaket gjennomføres ikke før klagesaken er avgjort, med mindre den domfeltes tilstand gjør det uomgjengelig nødvendig at overføring skjer raskt.

Kommentarer til § 5-4:

Første ledd første punktum fastsetter at alle vedtak om overføringer som treffes etter den obligatoriske observasjonsperioden (jf. § 5-3) kan påklages til kontrollkommisjonen. Med overføring menes i denne sammenheng overføring mellom institusjoner og mellom de to formene for tvungent psykisk helsevern (jf. merknadene til § 4-10). Kontrollkommisjonens vedtak kan bringes inn for domstolene etter reglene i § 7-1.

Første ledd annet punktum angir hva som skal være vurderingstemaet ved kontrollkommisjonens behandling av slike klager. Vurderingstemaet er det samme som ved behandling av klager etter § 4-10, og det vises derfor til merknadene til den bestemmelsen. I disse tilfellene skal det imidlertid i tillegg ses hen til behovet for samfunnsvern, jf. den faglig ansvarliges vurdering i henhold til § 5-3.

Første ledd tredje punktum angir hvem som kan fremsette slik klage som nevnt i første punktum - den domfelte selv, hans eller hennes nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b, og påtalemyndigheten. De klageberettigede skal informeres om at vedtaket er truffet. Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel, jf. § 1-7.

Annet ledd regulerer adgangen til å iverksette vedtak om overføring fra døgnopphold til uten døgnopphold og fra en institusjon til en annen. Slike vedtak kan ikke settes i verk før klagefristen er ute eller eventuelt alle de klageberettigede har akseptert vedtaket. Dette er begrunnet i hensynet til samfunnsvernet. For vedtak om overføring fra tvungent vern uten døgnopphold til med døgnopphold gjelder det ikke noen slik begrensning.

Klagefristen er tre uker, jf. forvaltningsloven § 29.

Annet ledd annet punktum: Dersom vedtak som nevnt i første punktum påklages, kan det som utgangspunkt ikke iverksettes før kontrollkommisjonen har truffet vedtak i saken. Det er imidlertid gjort unntak for tilfeller der den domfeltes tilstand anses å gjøre rask overføring anses som "uomgjengelig nødvendig". Dette må forstås slik at det skal mye til, slik at unntak bare kan gjøres i situasjoner av nødrettslignende karakter.

§ 5-5 Begjæring om endring i gjennomføringen

De klageberettigede etter § 5-4 kan begjære slike endringer i gjennomføringen som er nevnt der. Er det tidligere gitt avslag på en slik begjæring etter klage til kontrollkommisjonen, kan ingen av de klageberettigede sette fram ny klage på grunnlag av de samme faktiske omstendigheter før seks måneder etter at det forrige vedtaket var endelig.

Kommentarer til § 5-5:

Bestemmelsen omhandler de klageberettigedes (jf. § 5-4) adgang til å begjære endringer i gjennomføringen av særreaksjonen. Adgangen er begrenset til vedtak nevnt i § 5-4. Dersom slik begjæring ikke tas til følge, kan den faglig ansvarliges vedtak om ikke å iverksette et tiltak påklages til kontrollkommisjonen.

I **annet punktum** er det satt begrensinger i adgangen til å fremsette ny klage i tilfeller der en av de klageberettigede har fremsatt klage til kontrollkommisjonen uten å få medhold. I slike tilfeller kan ingen av de klageberettigede fremsette tilsvarende klage på nytt før seks måneder etter at kontrollkommisjonen sist traff vedtak i saken. Adgangen til å fremsette ny klage vil derimot ikke være begrenset dersom det oppgis nye omstendigheter som setter saken i et nytt lys.

§ 5-6 Overføring til anstalt under kriminalomsorgen

Etter begjæring fra den faglig ansvarlige, jf. § 5-3, kan retten bestemme at den domfelte skal overføres fra tvungent psykisk helsevern til anstalt under kriminalomsorgen, når særlige grunner taler for det. Overføring kan bare skje når den domfeltes sinnstilstand ikke lenger er som beskrevet i straffeloven § 44 første ledd. Vilkåret om gjentakelsesfare i straffeloven § 39 nr. 1 eller nr. 2 må fortsatt være oppfylt.

Påtalemyndigheten fremmer saken for tingrett, som avgjør den ved dom. Behandlingen av saken skal påskyndes.

Finner retten at vilkåret om gjentakelsesfare i straffeloven § 39 nr. 1 eller nr. 2 ikke er oppfylt, skal reaksjonen opphøre, jf. straffeloven § 39b.

Kommentarer til § 5-6:

Første ledd regulerer vilkårene for å overføre den særreaksjonsdømte til anstalt

under kriminalomsorgen. Sinnstilstanden må ikke lenger være som beskrevet i straffeloven § 44 første ledd, og det må fremdeles være fare for nye lovbrudd, slik dette vilkåret er beskrevet i straffeloven § 39 nr. 1 eller 2. Det må videre foreligge "særlige grunner" som taler for en overføring. Ekstraordinære forhold må gjøre et opphold i det psykiske helsevernet klart urimelig. Ved vurderingen må det legges vekt på hvor lang tid det er gått siden dommen ble avsagt, graden av farlighet, hvilke alternativer til overføringer som finnes, og hvordan et fengselsopphold må antas å virke.

Ved farlighetsvurderingen bør det legges særlig vekt på om hendelser etter domstidspunktet bekrefter farligheten. Vurderingstemaet er om lovbryster er farlig også i tilregnelig tilstand. Først da kan det være aktuelt med overføring til fengselsanstalt. Dersom den særreaksjonsdømte har begått nye straffbare handlinger i tilregnelig tilstand og vilkårene for forvaring er oppfylt, må det vurderes å reise forvaringssak i stedet for å begjære overføring. Overføring etter denne bestemmelsen vil derfor være mest aktuell i de særlige tilfellene der det er tilstrekkelig grunnlag for å konstatere gjentakelsesfare uten at vilkårene for å reise forvaringssak er oppfylt.

Det er den faglige ansvarlige som kan begjære overføring. For å sikre at det psykiske helsevernets syn kommer fram i saken, bør den faglig ansvarlige regelmessig føres som vitne i overføringssaker.

Bestemmelsen er i juridisk teori blitt kritisert for mulig å være i strid med [Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen \(EMK\) art 5](#).⁴⁰ Høyesterett har avsagt en dom på slik overføring, se Rt-2011-1389. Høyesterett kom her til at en overføring ville kunne skje uten å være i strid med EMK.

I **tredje ledd** er det fastsatt enklere saksbehandling dersom retten i en overføringssak mener at vilkårene for å opprettholde reaksjonen ikke lenger er til stede. Domstolen kan da beslutte opphør av reaksjonen uten at det er nødvendig med en egen begjæring om dette.

Det er kriminalomsorgen som avgjør hvilken anstalt den særreaksjonsdømte skal overføres til.

§ 5-6a Opplysninger til påtalemyndigheten og retten

Uten hinder av lovbestemt taushetsplikt skal den faglig ansvarlige gi påtalemyndigheten og retten de opplysninger som er nødvendige for å vurdere om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, jf. straffeloven § 39 b.

Den domfelte skal informeres, om mulig på forhånd, om hvilke opplysninger som gis etter første ledd.

⁴⁰ Aslak Syse: Dømt til behandling – Frikjent til fengsel, Nytt i strafferetten nr. 1 for 1997 s 43. flg.

Kommentarer til § 5-6a:

Ny § 5-6a fastsetter opplysningsplikt overfor retten og påtalemyndigheten. Se for øvrig [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 6.5](#).

§ 5-6b Opplysninger til nasjonal koordineringsenhet

Den faglig ansvarlige og påtalemyndigheten skal uten hinder av taushetsplikt gi koordineringsenheten opplysninger som skal registreres i henhold til psykisk helsevernloven § 5-2b.

Den tiltalte eller domfelte skal informeres, om mulig på forhånd, om hvilke opplysninger som gis etter første ledd.

Kommentarer til § 5-6b:

Ny § 5-2b fastsetter opplysningsplikt til koordineringsenheten. Bestemmelsen pålegger en likelydende opplysningsplikt for påtalemyndigheten og faglig ansvarlig innenfor psykisk helsevern. Innholdet i plikten vil imidlertid være styrt av hvilke opplysninger registeret skal ha fra de enkelte instansene i samsvar med formålet i § 5-2b. Se for øvrig [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 6.5](#).

§ 5-7 Opphør av reaksjonen og prøveløslatelse der domfelte er overført til anstalt under kriminalomsorgen

Er den domfelte overført til anstalt under kriminalomsorgen i medhold av § 5-6, gjelder reglene i straffeloven § 39 b om opphør av reaksjonen så langt de passer. I stedet for opphør kan retten i slike tilfeller beslutte prøveløslatelse etter reglene i straffeloven §§ 39 f og 39 g.

§ 5-8 Tilbakeføring til tvungent psykisk helsevern fra anstalt under kriminalomsorgen

Dersom den domfeltes sinnstilstand etter overføring til kriminalomsorgen igjen blir som beskrevet i straffeloven § 44 første ledd, skal den domfelte tilbakeføres til tvungent psykisk helsevern.

Ved uenighet om vilkåret for tilbakeføring er oppfylt, bringes saken inn for Sosial- og helsedirektoratet for avgjørelse.

Kommentarer til § 5-8:

I **første ledd** fastsettes at dersom den særreaksjondømte igjen kommer i en tilstand som beskrevet i straffeloven § 44 første ledd, skal den særreaksjonsdømte tilbakeføres til det psykiske helsevern. Tilbakeføring til psykisk helsevern *kan* også skje i andre tilfeller, dersom det psykiske helsevernet og kriminalomsorgen bli enige om det.

Av **annet ledd** følger det at uenighet om vilkåret er oppfylt skal avgjøres av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal bare prøve om lovbrysterens sinnstilstand igjen omfattes av utilregnelighetsreglene. Det skal ikke foretas noen skjønnsmessig vurdering av om tilbakeføring skal skje.

§ 5-9 Forskrifter

Kongen kan gi forskrifter om gjennomføringen av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter dette kapitlet.

Kommentarer til § 5-9:

I forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. (psykisk helsevernforskriften) §§ 12, 48 og 52 omtales vedtak om overføringer etter loven § 5-4.

Kapittel 6. Kontroll og etterprøving

§ 6-1 Kontrollkommisjonen

Hvor noen er under psykisk helsevern etter loven her, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den.

I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste pårørende eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Fylkesmannen.

Kontrollkommisjonen oppnevnes av departementet, som også bestemmer hvilket område som skal være tillagt hver kommisjon.

Departementet har det overordnede ansvar for at det i hvert område er en fungerende kommisjon.

Kommentarer til § 6-1:

Første ledd fastsetter at det skal være tilknyttet en kontrollkommisjon ved alle institusjoner i det psykiske helsevernet. Dette gjelder uavhengig av om institusjonen driver døgnbehandling eller poliklinisk behandling, og uavhengig av om pasientene behandles frivillig eller under tvungent psykisk helsevern ⁴¹.

Kontrollkommisjonenes hovedoppgave er å sikre den enkelte pasients rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Gjennom ulike bestemmelser i loven er det fastsatt at kommisjonene skal drive egeninitiert kontroll med vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern og behandle klager på vedtak truffet med hjemmel i loven. Kontrollkommisjonenes virksomhet er også regulert i psykisk helsevernforskriften §§ 43-69.

Helsedirektoratet har utgitt "[Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet](#)" IS-10/2007, brosjyren "[Velkommen som medlem av kontrollkommisjon](#)" IS-1558" og "[Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjonen](#)" IS-1559. Det er også utarbeidet [maler for kontrollkommisjonsvedtak](#).

Annet ledd: Kontrollkommisjonen skal føre den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd. Kontrollen skal foretas "i den utstrekning det er mulig", og denne

⁴¹ Det nevnes i denne sammenheng at kontrollkommisjonene også vil ha et ansvar i forhold til personer som har opphold i det psykiske helsevernet gjennom kontraktinngåelse for privat forpleining, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 8-3](#) og [psykisk helsevernforskriften §§ 35 til 42](#).

oppgaven anses derfor som sekundær i forhold til oppgavene som omtales i første ledd.

Kontrollkommisjonens velferdskontroll er nærmere regulert i psykisk helsevernloven § 63. Temaet er også omtalt i nevnte saksbehandlingsrundskriv IS-10/2007 kapittel 4.

Kontrollkommisjonen har ikke kompetanse til å treffe bindende vedtak eller gi pålegg i saker vedrørende pasientens generelle velferd. Dersom kontrollkommisjonen avdekker alvorlige forhold ved institusjonen skal den varsle Fylkesmannen. Andre forhold kan tas opp med sykehusets ledelse eller faglig ansvarlig.

Tredje ledd: Departementets myndighet til å oppnevne kontrollkommisjonens medlemmer er delegert til landets Fylkesmenn. Se Helsedirektoratets ["Rundskriv for fylkesmennene vedr. oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet" IS-11/2008](#).

Fjerde ledd: Departementet har et overordnet ansvar for at kontrollkommisjonsordningen fungerer tilfredsstillende. Den nærmere faglige og praktiske oppfølgingen av kommisjonene utføres av Helsedirektoratet.

§ 6-2 Kontrollkommisjonens sammensetning

Kontrollkommisjonen skal ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer, og ellers bestå av en lege og to andre medlemmer, alle med personlige varamedlemmer. Av de to sistnevnte faste medlemmer skal det oppnevnes en person som selv har vært under psykisk helsevern eller er eller har vært nærstående til pasient eller som har representert pasientinteresser i stilling eller verv.

Medlemmene oppnevnes for 4 år om gangen. Ved første oppnevning etter lovens ikrafttredelse oppnevnes to av medlemmene for 2 år. Ingen kan gjenoppnevnes mer enn en gang i samme kontrollkommisjon.

Ingen kan være medlem av en kontrollkommisjon som skal føre tilsyn med tiltak og institusjoner for psykisk helsevern som vedkommende har noe ansvar for i sin vanlige stilling.

Kommentarer til § 6-2:

Første ledd regulerer hvordan kontrollkommisjonene skal være sammensatt.⁴²

I **annet ledd første punktum** er det fastsatt at det enkelte kontrollkommisjonsmedlemmet oppnevnes for en periode på fire år. Ingen kan gjenoppnevnes mer enn én gang i samme kontrollkommisjon. Det vil si at

⁴² Se nærmere om kvalifikasjonskrav til medlemmene i ["Rundskriv for fylkesmennene vedr. oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet" IS-11/2008](#)

vedkommende kan sitte sammenhengende 4+4 år i samme kommisjon. Etter å ha vært ute av kontrollkommisjonen en periode, kan likevel samme medlem gjenvelges på nytt.⁴³

Tredje ledd fastsetter krav til habilitet, og innebærer at personer som er ansatt hos eksempelvis fylkesmannen eller ved institusjon kontrollkommisjonen har ansvar for, ikke kan oppnevnes som medlemmer av kontrollkommisjonen.

§ 6-3 Kontrollkommisjonens uavhengighet

Kontrollkommisjonen er uavhengig i sin virksomhet.

Lederen skal påse at kommisjonen ikke følger arbeidsrutiner som undergraver kommisjonens uavhengighet.

Kommentarer til § 6-3:

Bestemmelsen presiserer kontrollkommisjonens uavhengige stilling i forhold til pasienter og institusjonens personale. Kontrollkommisjonenes uavhengige stilling innebærer at den ikke kan instrueres av overordnet myndighet i enkeltsaker. Kontrollkommisjonenes avgjørelser kan bare overprøves av domstolene (jf. § 7-1).

⁴³ Se nærmere om gjenoppnevning av medlemmer i ["Rundskriv for fylkesmennene vedr. oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet" IS-11/2008.](#)

Før kontrollkommisjonen avgjør sak om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt sak om overføring, skal pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, gis adgang til å uttale seg.

Kontrollkommisjonen skal sørge for at saken blir best mulig opplyst. Enhver har plikt til å møte for kommisjonen som vitne eller sakkyndige etter reglene i tvisteloven kapittel 24 og 25.

Kontrollkommisjonen kan begjære bevisopptak ved tingretten, hvis et vitne ikke har møteplikt for kommisjonen eller hvis frammøte for kommisjonen ville være forbundet med uforholdsmessig omkostning eller ulempe, eller hvis et slikt bevisopptak av andre grunner må anses særlig praktisk.

Advokater har rett til å bli kjent med alle opplysninger i saken og til å være til stede under parts- og vitneavhør. I den utstrekning kontrollkommisjonen finner det tilrådelig, gjelder dette også pasienten selv eller den som handler på hans eller hennes vegne.

Kontrollkommisjonen skal prøve alle sider av saken.

Kommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen to uker etter at saken ble brakt inn for den. Kan denne frist ikke overholdes, skal grunnen til dette opplyses i vedtaket.

Vedtaket treffes i møte av fulltallig kommisjon. I tilfelle av stemmelikhet gjør lederens stemme utslaget. Reglene om ugildhet i domstolsloven kapittel 6 gjelder tilsvarende for kommisjonens medlemmer. Lederen fastsetter godtgjørelsen til oppnevnt advokat.

Er en klage blitt avslått av kontrollkommisjonen, kan ikke tilsvarende klage framsettes før minst seks måneder er gått. Har saken vært prøvd for retten etter reglene i tvisteloven kapittel 36, kan det ikke framsettes slik klage for kontrollkommisjonen før det er gått minst seks måneder etter at dommen ble rettskraftig.

For utskrifter og attester som gis av kontrollkommisjonen eller av tingretten, betales ikke gebyr. Heller ikke betales gebyr for bevisopptak. Den som i medhold av paragrafen her møter for å forklare seg for kontrollkommisjonen, har krav på samme godtgjøring som vitner og sakkyndige.

Ved underretning om vedtaket skal kontrollkommisjonen gjøre pasienten, eller den som handler på hans eller hennes vegne, kjent med reglene om domstolprøving, jf. § 7-1 i loven her.

Kommentarer til § 6-4:

Bestemmelsen oppstiller særskilte saksbehandlingsregler for klagesaker knyttet til tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, samt overføring (§§ 3-2, 3-3, 3-7, 4-10, 5-4). Forvaltningslovens generelle regler kommer til anvendelse, jf. § 1-6, men saksbehandlingsreglene i § 6-4 går foran som spesiallov. Reglene er nærmere omtalt i nevnte "Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene" IS-10/2007.

For andre vedtak enn de som er eksplisitt angitt i bestemmelsens første ledd gjelder saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven, jf. § 1-6.

Første ledd fastsetter at pasienten eller den som handler på dennes vegne (det vil si pasientens advokat eller fullmektig) skal gis anledning til å uttale seg før kontrollkommisjonen treffer vedtak. Disse har også anledning til å uttale seg der en sak behandles på grunnlag av klage fra offentlig myndighet (jf. for eksempel § 3-3 tredje ledd).

Bestemmelsen må ses i sammenheng med forvaltningsloven § 16 om forhåndsvarling. Selv om pasientens nærmeste pårørende ikke er gitt særskilt uttalerett i sak vedkommende ikke selv har anlagt, kan det i noen tilfeller være grunn til å innhente slik uttalelse for å sikre sakens opplysning (jf. § 6-4 annet ledd). Innhenting må imidlertid skje i tråd med reglene om taushetsplikt.

Bestemmelsens **annet, tredje og fjerde ledd** inneholder saksbehandlingsregler som gir klageren sterkere partsstilling enn hva som følger av forvaltningsloven.

Annet ledd første punktum pålegger kontrollkommisjonen å påse at saken blir best mulig opplyst. Kontrollkommisjonen er i denne typen saker gitt forsterket mulighet til å sikre dette, jf. **annet ledd annet punktum**, som fastsetter møteplikt for vitner og sakkyndige, og **tredje ledd**, som fastsetter adgang til å begjære bevisopptak for tingretten.

Fjerde ledd: Pasientens advokat har rett til å gjøre seg kjent med alle opplysninger i saken. Pasienten og eventuell annen fullmektig har rett til dette i den utstrekning kontrollkommisjonen finner det tilrådelig. Annen klager (nærmeste pårørende eller eventuelt begjærende offentlig myndighet jf. § 3-6 første ledd, jf. § 1-3) skal ha informasjon i samsvar med reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13 flg, se også merknader til psykisk helsevernforskriften § 10 tredje ledd.

Femte ledd: Kontrollkommisjonen skal foreta rettslig prøving av om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og *plikter* i denne sammenheng å prøve *alle* sider av saken. Dette innebærer at den faglig ansvarliges vurdering kan og skal overprøves fullt ut, og at kontrollkommisjonen også skal prøve relevante forhold som ikke er påberopt av klageren.

Kontrollkommisjonen skal i klagesaksbehandling ta stilling til anførsler om brudd på menneskerettighetene og også ellers vurdere dette dersom forholdene i saken gir grunn til det.⁴⁴

Kontrollkommisjonen kan kun overprøve spørsmålet om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon, samt

⁴⁴ Helse- og omsorgsdepartementets uttalelse av 8.5.2009

overføring. Kontrollkommisjonen kan ikke overprøve det nærmere innholdet i det tvungne vernet, for eksempel hvilken form for tvungent vern en pasient skal være underlagt eller om det skal gis behandling uten eget samtykke.

Sjette ledd pålegger kontrollkommisjonene å tilstrebe rask behandlingstid i saker som behandles etter § 6-4. Saker skal så langt mulig avgjøres innen to uker etter at saken ble brakt inn for den. Fristen er ikke absolutt.

Syvende ledd fastsetter at vedtak må treffes i møte av en fulltallig kommisjon, og at det ved stemmelikhet er lederens stemme som avgjør utfallet i saken. Dersom noen av medlemmene er inhabile (jf. domstolloven kapittel 6) må deres personlige varamedlem delta i avgjørelsen. Godtgjørelse til advokaten som er oppnevnt i saken fastsettes av kontrollkommisjonens leder.

Åttende ledd begrenser adgangen til å fremsette ny klage etter at klage er realitetsbehandlet av kontrollkommisjonen (seks måneder). Med "tilsvarende klage" menes klage over samme type vedtak. Har saken vært prøvd for retten etter reglene i tvistelovens kapittel 36, kan det ikke fremsettes tilsvarende klage for kontrollkommisjonen før det har gått minst seks måneder etter at dommen ble rettskraftig. Kommisjonen må vurdere om en klage skal avvises på dette grunnlag. Bestemmelsen er ikke til hinder for at kontrollkommisjonen behandler en klage i tilfeller der for eksempel endrede forhold tilsier dette.

Niende ledd fastsetter regler om gebyrer og godtgjøring.

Tiende ledd: I saker der pasienten ikke får medhold skal kontrollkommisjonen i vedtaket informere pasienten om adgangen til å få vedtaket overprøvet av domstolene (jf. § 7-1).

§ 6-5 Forskrifter om saksbehandlingen

Kongen kan gi forskrifter om den nærmere saksbehandlingen i kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 6-5:

Dette er gjort i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. (psykisk helsevernforskriften) §§ 43-63.

Kapittel 7. Domstolprøving

§ 7-1 Domstolprøving

Kontrollkommisjonens vedtak i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ 3-2, 3-3 og 3-7, kan av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. §§ 4-10 og 5-4.

Kommentarer til § 7-1:

Første punktum fastsetter at kontrollkommisjonens vedtak i sak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern kan bringes inn for domstolene av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende etter de særlige reglene i tvisteloven kapittel 36, som gir domstolen en utvidet overprøvingskompetanse. Søksmål kan bare reises dersom saksøkeren har et aktuelt tvangsvedtak rett mot seg, jf. tvisteloven § 36-1 annet ledd. Tvungen observasjon er et tiltak av så kortvarig art at det ikke er aktuelt å prøve dette for domstolene etter tvisteloven kap. 36, da tiltaket vil ha opphørt før saken kommer opp for retten.

Søksmål kan reises av pasienten selv eller vedkommende nærmeste pårørende, og skal rettes mot staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet (jf. tvisteloven § 36-3 tredje ledd). Staten bærer alle kostnadene ved saken når ikke annet følger av særskilt lovbestemmelse, jf. tvisteloven § 36-8.

Domstolens kompetanse i saker som behandles etter tvisteloven kap. 36 er begrenset til overprøving av at vilkårene for det aktuelle vedtaket er oppfylt på domstidspunktet. Domstolen kan ikke avgjøre tvangsvedtakets nærmere innhold, for eksempel hvorvidt en pasient skal være underlagt tvungent vern med eller uten døgnopphold, jf. § 3-5, eller om vedkommende skal være underlagt behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4.⁴⁵

Dersom vedtaket er opphevet, kan det kun prøves etter alminnelige prosessregler. Dette forutsetter blant annet at saksøker har rettslig interesse, jf. tvisteloven § 1-3. Den oppreisning en dom i saksøkers favør vil kunne gi, gir ikke alene rettslig interesse etter denne bestemmelsen.⁴⁶ Søksmål som gjelder andre vedtak enn de som er oppregnet i bestemmelsen følger alminnelige prosessregler.

Annet punktum fastsetter tilsvarende mulighet i forhold til vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon (§§ 4-10 og 5-4). Dette omfatter kun vedtak om overføring fra tvungent vern *uten* døgnopphold til tvungent vern *med* døgnopphold. Dette er begrunnet med at det er disse vedtakene som føles mest byrdefulle for pasienten.

⁴⁵ jf. Rt. 1999 s. 637

⁴⁶ jf. Rt. 2001 s. 1123 (som omhandler tidligere bestemmelse i tvistemålloven § 54).

Kapittel 8. Forskjellige bestemmelser

§ 8-1 Forskrifter

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

Kommentarer til § 8-1:

Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

§ 8-2 Ikrafttredelse

Loven her trer i kraft fra den tid Kongen i statsråd bestemmer. Kongen i statsråd kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid. Kapittel 5 trer i kraft i henhold til egen lov.

Fra lovens ikrafttredelse oppheves lov av 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern.

Kommentarer til § 8-2:

Loven trer i kraft 1. januar 2001, med unntak av phvl. § 4-1 (i kraft 1. juli 2001), kapittel 5 (i kraft 1. januar 2002) og kapittel 4A (i kraft 1. juli 2012)

Etter ikrafttredelsen har det vært foretatt en del endringer. Det vises i denne sammenheng særlig til endringene som trådte i kraft 1. januar 2007, se [Ot.prp. nr. 65 \(2005-2006\)](#) og nytt kap. 4A, se [Prop. 108 L \(2011-2012\)](#).

§ 8-3 Endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover: – – –

Psykisk helsevernforskriften med kommentarer

Kapittel 1. Øyeblikkelig hjelp, godkjenning av institusjoner og faglig ansvarlig

§ 1 Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp

Institusjon eller avdeling som er utpekt til å gi øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 andre ledd, skal straks motta pasienter for undersøkelse og om nødvendig behandling dersom pasientens tilstand anses å være livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre.

Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter blant annet:

- a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
- b) psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre
- c) deliriose tilstander der avrusing ikke er en hovedsak
- d) psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

Kommentarer til § 1:

Bestemmelsen regulerer mottak av pasienter til undersøkelse eller behandling i helseinstitusjon eller avdeling som i medhold av [spesialisthelsetjenesteloven](#) har plikt til å motta pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. En avdeling i bestemmelsens betydning kan være en døgn- eller dagavdeling eller en poliklinikk. Bestemmelsen vil også være veiledende for de institusjoner som faller utenfor dens direkte virkeområde, men som likevel yter øyeblikkelig hjelp. Selv om institusjonen eller avdelingen ikke er særskilt utpekt til denne oppgaven, vil helsepersonellet likevel ha plikt til å yte slik hjelp overfor pasienter som er innlagt eller møter opp, jf. [helsepersonelloven](#) § 7.

Bestemmelsen gjelder både pasienter som mottas til frivillig og tvungent psykisk helsevern.

Første ledd: Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer når dette er "påtrengende nødvendig", jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første og annet ledd. Plikten tar sikte på å fange opp situasjoner som krever livreddende innsats eller innsats for å

avverge alvorlig helseskade.

Bestemmelsen omhandler institusjonens/avdelingens ansvar for behandling av pasienten i øyeblikkelig hjelp-tilfeller. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 tredje ledd at plikten til å yte øyeblikkelig hjelp ikke inntreder hvis institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide. Med begrepet "andre" i psykisk helsevernlovens forstand menes andre institusjoner, avdelinger eller annet behandlingspersonell.

En pasient som har behov for øyeblikkelig hjelp skal uten opphold mottas i institusjon eller avdeling med mottaksplikt for nærmere undersøkelse. Undersøkelsen vil i de fleste tilfeller måtte foretas av lege. Hvorvidt annet personell, for eksempel spesialist i klinisk psykologi, kan foreta undersøkelsen, må avgjøres ut fra vanlige krav til forsvarlighet i den konkrete situasjonen. Det er ikke krav om forutgående henvisning av pasienten. For etablering av tvungent psykisk helsevern stilles det imidlertid krav om forutgående undersøkelse hos lege, jf. psykisk helsevernloven § 3-1 første ledd nr. 2.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner hvor det er aktuelt å etablere tvungent psykisk helsevern, kan pasienten mottas på grunnlag av muntlig uttalelse fra lege, under forutsetning av at legeopplysninger vil foreligge skriftlig innen 24 timer etter pasientens ankomst, jf. forskriften § 10 første ledd.

Annet ledd angir nærmere hvilke tilstander som kan gi grunnlag for øyeblikkelig hjelp. Oppregningen i bokstav a-d er ikke uttømmende, og utelukker derfor ikke at også andre akutte og alvorlige psykiske tilstander kan kreve øyeblikkelig hjelp.

Bokstav c: Alvorlige intoksikasjoner forutsettes tatt hånd om i somatisk avdeling. Hvis behovet for psykiatrisk behandling fremdeles er akutt etter at medisinsk behandling er ivarettatt vil tilstanden berette henvi sning til øyeblikkelig hjelp etter bokstav a eller b.

Bokstav d: Psykiske tilstander som krever øyeblikkelig hjelp vil også for barn og unge i de fleste tilfeller falle inn under kriteriene angitt under a-c.

Bestemmelsen i bokstav d omhandler særlige forhold som vedrører denne gruppen. Av bestemmelsen følger at barnets eller den unges behov for øyeblikkelig hjelp også må ses i sammenheng med familiesituasjonen og de totale omsorgsmulighetene. Det vil likevel være nødvendig å skille mellom kriser på grunn av omsorgsproblemer eller skjermingsbehov, og psykiatrisk behandlingsbehov. I mange tilfeller må barn og unge tas hånd om av barnevernet for å dekke omsorgs- og behandlingsbehovet. Det avgjørende for om øyeblikkelig hjelp-plikten inntreder etter denne bestemmelsen er at det foreligger en tilstand hos barnet/ungdommen som gjør det absolutt påkrevet med hjelp fra det psykiske helsevernet.

Institusjoner som skal være ansvarlig for eller kunne anvende tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, skal ha godkjenning av Helsedirektoratet. Med institusjoner menes også avdelinger ved institusjoner i de tilfeller det vil være aktuelt med egen godkjenning av slike avdelinger.

Godkjenning gis til institusjoner som

- a) eies av eller utfører tjenester etter avtale med regionalt helseforetak og
- b) oppfyller kravene i § 3 og § 4.

Dersom det er nødvendig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene, kan institusjoner som ikke oppfyller kravene i § 2 til § 4, likevel gis midlertidig godkjenning. Slik godkjenning kan gis for inntil ett år.

Helsedirektoratets vedtak kan påklages til departementet.

Kommentarer til § 2:

Første ledd: Det stilles formelle, materielle og personellmessige krav til institusjoner som skal ha ansvar for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. De strengeste kravene stilles til institusjoner som skal motta pasienter til døgnopphold. Helsedirektoratet treffer vedtak om godkjenning av institusjoner for bruk av tvungent vern. Institusjonenes søknad⁴⁷ om godkjenning skal rettes til aktuelle Fylkesmann, som gir uttalelse til Helsedirektoratet som deretter behandler saken. Helsedirektoratets vedtak kan påklages til Helse- og omsorgsdepartementet.

Godkjenningsordningens viktigste formål er å sikre at pasienter under tvungent psykisk helsevern tilbys behandling under forsvarlige forhold. Det vises til psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd punkt 4 hvor det slås fast at vedtak om tvungent psykisk helsevern kun kan treffes og gjennomføres dersom ansvarlig institusjon faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende behandling og omsorg.

Det følger av psykisk helsevernloven § 3-5 at tvungent psykisk helsevern kan gis med og uten døgnopphold under ansvar av en institusjon som er godkjent for dette formålet. Det angis ikke konkret i lovteksten hvilken type institusjon som kan være ansvarlig. Formålet med ordningen er å skape fleksibilitet i forhold til den enkelte pasients behov. Institusjoner som kan godkjennes vil eksempelvis være psykiatriske sykehus, psykiatriske avdelinger i sykehus, poliklinikker og distriktpsikiatriske sentre.

Tredje ledd: I noen tilfeller vil hensynet til pasientene tilsi at en institusjon bør godkjennes til å være ansvarlig for tvungent psykisk helsevern til tross for at

⁴⁷ Søknadsskjema kan lastes ned fra www.helsedirektoratet.no

institusjonen ikke innfrir vilkårene i forskriften. Det kan tenkes at institusjonen har tilfredsstillende kompetanse på denne gruppen pasienter, men at institusjonen er gammel og umoderne og at det vil koste uforholdsmessig mye å innfri de materielle kravene. Det kan åpnes for bredere bruk av dispensasjonsadgangen under utbyggings- og omstrukturingsfaser enn i senere faser. Etter tidligere bestemmelse kunne det gis midlertidig godkjenning når "særlige hensyn" tilsa det. Etter nåværende bestemmelse kan godkjenning gis "dersom det er nødvendig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene". Med endringen er det tydeliggjort at eksempelvis økonomiske hensyn eller vanskeligheter med å få besatt stillinger i seg selv ikke er tilstrekkelige hensyn. Endringen innebærer således en innsnevring av hensyn til behovet for økt rettssikkerhet samt kravet til forsvarlighet.

For at det skal være aktuelt å gi midlertidig godkjenning ved bemanningsmessige mangler er det naturligvis en forutsetning at dette vurderes som faglig forsvarlig. Ved vurderingen bør det ses hen til hva som er årsaken til mangelen, hva institusjonen gjør for å få ansatt kompetent personell og hva som er den beste løsning for pasientene.

Midlertidig godkjenning er ment å gi mulighet for en forbigående og relativt kortvarig ordning som enten vil munne ut i en permanent godkjenning eller en avvikling/nedleggelse av tvungent psykisk helsevern ved aktuell institusjon/avdeling.

§ 3 Materielle krav

Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal i tillegg

- a) så langt det er mulig gi tilbud om enerom
- b) ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer
- c) ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål
- d) ha tilgang på egnede utearealer som skal være i rimelig nærhet av institusjonen
- e) være fysisk utformet og materielt utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås
- f) være materielt utrustet slik at anvendelse av tvang er forsvarlig
- g) sørge for at rom som tenkes brukt til isolasjon er egnet til formålet
- h) ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter.

Kommentarer til § 3:

Første ledd: Bestemmelsen i første ledd gjelder generelt, men de nærmere

vilkårene for godkjenning vil være avhengig av om institusjonen skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold eller uten døgnopphold i institusjon.

Pasienter under tvungent psykisk helsevern har ikke mulighet til å motsette seg oppholdet. Bygningene bør derfor ha så god materiell standard at pasientene ikke påtvinges et opphold under forhold som anses uegnede. For eksempel må lokalene ha tilstrekkelig med lys og ventilasjon. For at kravet til forsvarlighet skal være oppfylt bør det være tilstrekkelig sikring av dører, vinduer, uknuselig glass og innredning som for øvrig tar hensyn til sikkerheten. Det bør også være tilstrekkelig tilgang på lydisolerte kontorer.

Institusjonen må sørge for å innfri kravet om god materiell standard innenfor variasjonene i ulike pasientgruppers behov. Institusjoner der barn legges inn må utstyres og utformes slik at de er tilpasset barns behov, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-6. Institusjonen må også ha rom som er egnet for pasienter med nedsatt funksjonsevne.

Annet ledd: Kravene i annet ledd gjelder særlig for institusjoner som skal motta pasienter til døgnopphold.

Bokstav a): Særlige hensyn taler for at pasienter under tvungent psykisk helsevern som hovedregel skal ha eget rom. For mange pasienter er sykdommen relatert til vanskeligheter med å forholde seg til andre. For noen kan det oppleves vanskelig å bli tvunget til å dele rom med en ukjent person. Institusjoner bør derfor unngå at pasienter som ikke ønsker det må dele rom med andre. Så snart som mulig etter innleggelsen må institusjonen sørge for praktiske løsninger slik at pasienten kan tilbys enerom. Kravet om enerom kan fravikes dersom mangel på slike rom kan føre til at pasienter med akutt behov for hjelp ikke får nødvendig undersøkelse og behandling, for eksempel som følge av overbelegg.

Pasientrom som brukes av pasienter under tvungent psykisk helsevern bør som hovedregel ha eget WC og bad/dusj. Institusjonen bør ha et tilstrekkelig antall slike rom. Hva som regnes som tilstrekkelig antall må vurderes konkret i forhold til ulike pasientgruppers behov, hvor mange pasienter som må dele fasilitetene samt om pasientene vanligvis er innlagt over lengre tid.

Bokstav b): Av hensyn til pasienten og dennes pårørende bør institusjonen ha rikelig med fellesareal, inkludert samtalerom, aktivitetsrom og besøksrom. Lokalene bør være tilrettelagt for at barn av innlagte pasienter kan opprettholde direkte kontakt med foreldrene. For å hindre skader på pasienter og personale må planløsningen være oversiktlig.

Bokstav c): Institusjoner der barn og unge legges inn over lengre tid må ha egnede areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn.

Bokstav d): Tilgang til utearealer kan ha stor betydning for den enkelte pasients helse. Institusjonen bør ligge slik til at pasientene ikke må transporteres for å kunne benytte egnede utearealer. Utearealene bør være oversiktlige. Området bør også være tilpasset barn og unges behov for lek og utfoldelse.

Bokstav g): Rom som skal benyttes til isolasjon bør være lydisolert.

Bokstav h): Med tilfredsstillende skjermingsmuligheter legges det til grunn at institusjonen bør ha en egen skjermingsenhet med soverom, bad og oppholdsrom. Enheten/ rommene bør være fysisk separert fra øvrige deler av avdelingen. Skjermingsplasser kan inngå som en del av det ordinære plasstallet. Dette under forutsetning av at den fysiske utformingen av lokalene legger til rette for det og at det er faglig forsvarlig i forhold til pasientsammensetning og institusjonens oppgaver.

§ 4 **Krav til bemanning**

Institusjonen skal ha tilsatt personell med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen til at institusjonen til enhver tid kan tilby diagnostisk kompetanse og de mest sentrale anerkjente behandlingsformer for institusjonens pasientgruppe. Dette skal omfatte

- a) lege som er spesialist i psykiatri
- b) psykolog som er spesialist i klinisk psykologi
- c) kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til at medisinsk eller psykologisk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal alltid

- a) kunne tilkalle lege som er spesialist i psykiatri
- b) ha kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til stede.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av en viss varighet skal i tillegg

- a) ha tilgang på kvalifisert personell for å kunne gi et godt tilbud om miljø- og fritidsaktiviteter
- b) ha tilgang på kvalifisert personell for å sikre tilbud om nødvendig opplæring.

I psykisk helsevern for barn og ungdom skal legen være spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og psykologen være spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde i klinisk barne- og ungdomspsykologi.

Institusjoner som har ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal ha nok personell og faglig kompetanse til i størst mulig grad å kunne forhindre bruk av tvang. Dersom tvang likevel benyttes, skal institusjonen ha tilstrekkelig personell til at tvangen blir forsvarlig.

Kommentarer til § 4:

Første ledd: I første ledd er det gitt felles bestemmelser for institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold. De øvrige leddene stiller opp særskilte personellmessige vilkår for godkjenning av institusjoner som skal motta pasienter til døgnopphold.

Bemanningskravene under bokstav a – c innebærer i utgangspunktet at de aktuelle stillingshjemlene må være besatt for at institusjonen skal kunne bli godkjent. Institusjonen må være bemannet slik at det er gode forutsetninger for aktiv behandling. Det stilles derfor krav om at institusjonen skal ha tilsatt personell slik at det er tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse. For at vilkåret skal være oppfylt må institusjonen ha tilstrekkelig kompetanse innen medisin/psykiatri, klinisk psykologi, relevante psykoterapiformer og miljøterapi.

Institusjoner som mottar barn og unge må ha en bemanning som i kvalifikasjoner og antall ivaretar denne pasientgruppens behov.

Hva som for øvrig er tilstrekkelig bredde i kompetansen vil avhenge av hvilken pasientgruppe institusjonen har ansvar for. Kravene til forsvarlig bemanning i et sykehus og en poliklinikk vil på denne bakgrunn kunne variere.

Bokstav a): Institusjonen må ha tilsatt psykiater. En psykiater vil kunne være faglig ansvarlig for vedtak etter psykisk helsevernloven, jf. § 1-4, og forskriften § 5.

Bokstav b): Institusjonen må ha tilsatt psykolog som er spesialist i klinisk psykologi. En psykolog som er spesialist i klinisk psykologi og som tilfredsstiller kravene i forskriftens § 5 tredje ledd vil kunne være faglig ansvarlig for vedtak etter psykisk helsevernloven, jf. § 1-4.

Bokstav c): For å ivareta medisinsk kompetanse er det nødvendig at institusjonen har tilsatt tilstrekkelig helsepersonell med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Det er opp til godkjenningsmyndigheten og institusjonen å avgjøre hvilken type kompetanse institusjonen trenger for å ivareta kravet til forsvarlig behandling.

Generelt til **første ledd**

Det er ikke konkretisert hvor mange spesialister i psykiatri, psykologspesialister og annet personell som må være tilknyttet en enhet som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. Hva som kreves må avgjøres etter en konkret helhetsvurdering ut fra hensynet til faglig forsvarlighet. I denne vurderingen vil blant annet følgende momenter være relevante:

- Hvorvidt enheten skal anvende tvungent psykisk helsevern med døgn- eller uten døgnopphold.
- Antall pasienter og hva slags diagnosegrupper som er dominerende ved enheten (om det er mye utagering, voldsproblematikk og behov for ulike tvangstiltak).
- Hvorvidt enheten har inngått avtaler med andre enheter om å overføre en pasient dersom det skjer en utvikling hos pasienten som tilsier at det er behov for et høyere omsorgsnivå. Eventuelt om institusjonen/avdelingen har en "back-up"-plan dersom pasienten blir utagerende.

Annet ledd: Virksomheten har ansvar for å utøve forsvarlig praksis, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 2-2. Kravet til tilgjengelighet av lege/psykiater må vurderes på bakgrunn av hvilken type institusjon i det psykiske helsevern det gjelder. Hva som vil være forsvarlig i forhold til vaktordning, vil for eksempel være forskjellig for en akuttavdeling på et sykehus og for en åpen post ved et DPS.

Bokstav a): Det kreves en vaktordning som muliggjør at spesialist i psykiatri alltid kan konsulteres per telefon og komme til institusjonen innen rimelig tid. Når det gjelder akuttavdelinger eller avdelinger som innehar en øyeblikkelig-hjelp funksjon, bør vaktordningen påse at spesialist i psykiatri alltid kan konsulteres per telefon og komme til institusjonen innen 30 minutter.

Når det gjelder åpne poster på DPS skal psykiater alltid være tilgjengelig for konsultasjon per telefon og kunne komme til institusjonen ved behov, men da innen den tid som anses faglig forsvarlig i henhold til virksomhetens art og pasientpopulasjonen ved avdelingen/institusjonen.

Lege må alltid kunne tilkalles. Det forutsettes at legehjelp kan gis på kort varsel, for eksempel når det er nødvendig å avklare om pasientens psykiske tilstand kan ha sammenheng med somatisk sykdom eller for å vurdere pasientens fysiske skader som følge av selvmordsforsøk, skader som vedkommende har påført seg selv etc.

Ved akuttavdelinger eller avdelinger som innehar en øyeblikkelig-hjelp funksjon bør lege alltid være tilstede og tilgjengelig på kort varsel (5 minutter). Ved åpne poster på DPS må lege kunne tilkalles og være tilstede innen rimelig tid / den tid som anses faglig forsvarlig.

§ 5 Faglig ansvarlig

Den enkelte institusjon skal sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell og utpeke en eller flere faglig ansvarlige. Faglig ansvarlig for vedtak etter forskriften skal ha tilfredsstillende kunnskaper i helse- og omsorgslovgivningen, med særlig vekt på psykisk helsevernloven.

Lege som skal være faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven § 1-4, skal være spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Psykolog som skal være faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven § 1-4, skal være spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde i klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi. Psykologen skal ha minst 2 års relevant praksis fra institusjon eller avdeling som er godkjent for å ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Nedre grense for godkjenning av et arbeidsforhold er 6 måneder. Praksisen skal dokumenteres.

Psykolog kan ikke ha det faglige ansvaret for vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd bokstav a og § 4-8 andre ledd bokstav c om bruk av legemidler.

Helsedirektoratet kan dispensere fra andre og tredje ledd når særlige hensyn tilsier det. Helsedirektoratet kan delegere myndigheten til Fylkesmannen.

Kommentarer til § 5:

Første ledd: Institusjonen skal organisere virksomheten slik at det til enhver tid er tilstrekkelig personell med vedtakskompetanse.

Å bli utpekt til faglig ansvarlig medfører tildeling av myndighet til å treffe vedtak som er lagt til faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven. Det er viktig at det til enhver tid er klart hvem som har slik kompetanse, og utnevnelser bør derfor være skriftlige.

Annet og tredje ledd: Faglig ansvarlig kan være faglig ansvarlig både for pasienter som er voksne og for barn/ungdom, uavhengig av spesialitet og praksis.

Femte ledd: Bestemmelsen fastsetter at Helsedirektoratet kan dispensere fra kravene i andre og tredje ledd når særlige hensyn tilsier det. Dette kan for eksempel være ved forbigående mangel på kvalifisert personell. Bestemmelsens andre punktum fastsetter at Helsedirektoratet kan delegere sin myndighet til å gi slik dispensasjon. Direktoratet delegerte 12. mai 2005 denne myndigheten til fylkesmannen.⁴⁸ Vedtak om dispensasjon kan påklages til Helsedirektoratet som overordnet organ, jf. forvaltningsloven.

Leger under spesialistutdanning bør ikke ha mer enn to år igjen av utdannelsen dersom slik dispensasjon skal gis. Vedkommende bør også ha arbeidet med tvungent psykisk helsevern.

En søknad om dispensasjon må inneholde opplysninger om årsaken til behovet for dispensasjon og kvalifikasjonene til de(n) søknaden gjelder.

Dispensasjon fra bestemmelsen gis for en tidsbegrenset periode, og ikke for mer enn ett år av gangen. I denne perioden må institusjonen/avdelingen arbeide med å få på plass nødvendig kompetent personell til å kunne fatte vedtak i tråd med forskriftens krav. Hvis forholdene endrer seg slik at dispensasjon ikke lenger er nødvendig må fylkesmannen informeres om dette.

Dersom vilkårene fortsatt ikke er oppfylt når vedtakets gyldighet utgår må det søkes om fornyet dispensasjon. Slik søknad sendes i god tid før vedtaket utløper.

§ 6 Veiledningsplikt

Den som treffer vedtak etter psykisk helsevernloven plikter å sørge for at pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende får nødvendig informasjon om sine rettigheter, herunder rettigheter etter psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, forvaltningsloven og denne forskriften. Veiledningsplikten gjelder tilsvarende overfor offentlige myndigheter der disse har rettigheter etter psykisk helsevernloven.

⁴⁸ Se [Helsedirektoratets brev av 18.06.2009](#)

Kommentarer til § 6:

Bestemmelsen er ny, og skal tydeliggjøre og fremheve veiledningsplikten institusjonen har overfor pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende og offentlig myndighet.

Bestemmelsen viser til at institusjonen har plikt til å veilede pasient, pårørende og offentlig myndighet om rettigheter etter lov om psykisk helsevern, pasient- og brukerrettighetsloven og forvaltningsloven. Plikten fastsettes i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, forvaltningsloven § 11 og i forhold til de enkelte bestemmelser om vedtak etter psykisk helsevernloven.

Veiledningsplikten vil særlig være aktuell i forbindelse med vedtak etter lov om psykisk helsevern, og omfatte forhåndsvarsling, informasjon om vedtak, opplysning om klagerett, frister osv. Innholdet i bestemmelsen suppleres av bestemmelsene i psykisk helsevernloven og forskriftens enkelte bestemmelser. Se blant annet forskriftens § 10 tredje ledd, § 12 annet ledd, § 27 andre ledd, § 28 og § 29. Se for øvrig lovens § 1-5 og § 1-6.

Kapittel 2. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern m.m.

§ 7 Begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Offentlig myndighet som etter psykisk helsevernloven § 3-6 kan begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, er

- a) kommunelegen eller dennes stedfortreder
- b) den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- c) sosialtjenesten der den på forhånd har hatt kontakt med pasienten
- d) politiet dersom pasienten allerede er i politiets varetekt, eller det dreier seg om å avverge vesentlig fare for pasientens eller andres liv eller helse, eller når politiets bistand er nødvendig for å få han eller henne under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern
- e) ansvarlig fengselsmyndighet når pasienten er innsatt i anstalt under kriminalomsorgen.

Den som fremsetter begjæringen skal ha kjennskap til saken og pasientens situasjon.

Begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal

- a) være skriftlig, datert og adressert til institusjonen
- b) inneholde pasientens navn, fødselsdato og adresse
- c) angi hvem som har fremsatt begjæringen og hvilket forhold vedkommende har til pasienten
- d) mottas av institusjonen senest samtidig med pasienten.

Kommentarer til § 7:

Første ledd: Begjæring fra offentlig myndighet eller pårørende er ikke lenger et vilkår for å kunne etablere tvungent psykisk helsevern. Etter psykisk helsevernloven § 3-6 første ledd har imidlertid offentlig myndighet plikt til å bidra til at personer som antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Offentlig myndighet har som begjærende instans klagerett på vedtak om etablering,

ikke-etablering og opphør av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, og dermed også en rett til informasjon om slike vedtak, se kommentaren til forskriften § 10.

Bestemmelsen utdyper lovens § 1-3 med hensyn til hvilken offentlig myndighet som vil være rette vedkommende til å fremme en begjæring.

Annet ledd: Hvilken offentlig myndighet som vil være rett instans vil være avhengig av den konkrete situasjonen. Det forutsettes i alle tilfeller at vedkommende myndighet har kjennskap til den antatt syke. Dette er viktig for at ordningen skal ha ønsket rettssikkerhetsmessig verdi. *Hvem* hos den offentlige instans som er tillagt myndigheten vil reguleres av instansens egne instruksjoner.

§ 8 Uttalelse etter legeundersøkelse

Legens skriftlige uttalelse etter psykisk helsevernloven § 3-1 skal gi opplysninger om

- a) hvem som har begjært legeundersøkelsen
- b) tidspunkt og sted for undersøkelsen
- c) pasientens syn på tilbud om psykisk helsevern
- d) relevante pasientopplysninger som legen har mottatt fra andre
- e) de observasjoner av medisinsk eller annen art som er gjort, herunder om det antas å foreligge en alvorlig sinnslidelse
- f) hvilket grunnlag som anses å være til stede for å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-2 og § 3-3.

Opplysninger fra legeundersøkelsen skal legges ved i lukket konvolutt, eller sendes direkte fra den lege som har foretatt undersøkelsen.

Kommentarer til § 8:

Det følger av psykisk helsevernloven § 3-1 første ledd at tvungent psykisk helsevern ikke kan etableres uten at en lege personlig har undersøkt pasienten.

Legeundersøkelse kan komme i stand ved at han eller hun selv oppsøker lege, eller ved at vedkommende bringes til lege f.eks. av sine pårørende eller andre.

Legeundersøkelse kan også komme i stand ved at kommunelegen har truffet vedtak om tvungen legeundersøkelse, jf. lovens § 3-1 annet ledd.

Formålet med legeundersøkelsen er å bringe på det rene om lovens vilkår for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt, jf. psykisk helsevernloven § 3-1. Hvis legen etter undersøkelsen konkluderer med at det er grunnlag for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal vedkommende gi en skriftlig uttalelse om dette.

Første ledd: Første ledd inneholder en oppregning av hvilke opplysninger som alltid skal fremgå av legeuttalelsen. I tråd med generelle krav til dokumentasjon skal legen nedtegne sine observasjoner, funn og tiltak uavhengig av utfallet av undersøkelsen. Det vises til helsepersonelloven kap. 8.

Annet ledd: Bestemmelsen fastsetter at uttalelsen skal sendes/følge med til institusjonen hvor vernet søkes etablert.

§ 9 Tvungen legeundersøkelse. Delegering.

Det skal fremgå av kommunelegens vedtak om tvungen legeundersøkelse etter psykisk helsevernloven § 3-1 andre ledd hvem som har fremsatt begjæring om undersøkelsen og hvem som har gitt uttalelse i saken.

Kommunelegen kan, i sitt fravær, delegere sin myndighet til å treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse til kommunalt ansatt lege eller klinisk psykolog. Delegering kan også skje til lege eller klinisk psykolog som den aktuelle kommune har avtale med.

Selve undersøkelsen bør gjennomføres av en annen lege enn den som fattet vedtaket.

Kommentarer til § 9:

Annet ledd: Selv om bestemmelsen gir kommunelegen mulighet til å utstyre annen lege eller klinisk psykolog med vedtaksmyndighet i sitt fravær, vil kommunelegen ha ansvar for at myndigheten utøves forsvarlig. Delegasjon etter denne bestemmelsen bør derfor primært skje til kommunalt ansatt lege eller klinisk psykolog så sant dette er praktisk mulig og hensiktsmessig. Med avtale siktes det her til fastlegeavtale eller annen driftsavtale, for eksempel kommunal eller interkommunal legevaktavtale. Det vises for øvrig også til helse- og omsorgstjenesteloven kap. 3.

Bestemmelsen gir adgang til å delegere myndigheten til kommunal legevakt. Det kreves ikke angivelse ved navn av den enkelte lege som skal fatte vedtak når legen inngår i vaktberedskap. Det vil i disse tilfellene være tilstrekkelig å spesifisere delegasjonen til vakthavende lege ved legevakten.

Tredje ledd: Vedtak om tvungen legeundersøkelse og gjennomføring av undersøkelsen skal så langt mulig utføres av to forskjellige leger. Ved enkelte legevakter er imidlertid situasjonen slik at det kun er en lege på vakt. I disse tilfellene må vedtak om tvungen legeundersøkelse og gjennomføringen av legeundersøkelsen utføres av samme lege.

Den faglig ansvarlige for vedtak skal påse at skriftlig uttalelse fra lege foreligger, jf. § 8. Legeuttalelsen skal ikke være eldre enn 10 dager. Ved øyeblikkelig hjelp kan pasienten mottas på grunnlag av muntlig uttalelse fra lege. En skriftlig uttalelse skal likevel foreligge innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen.

Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen.

Den underretning om vedtaket som skal gis etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal gis både til pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende. Dersom offentlig myndighet har framsatt begjæring etter § 7, skal også denne underrettes om vedtaket. I tillegg til veiledningen som skal gis etter reglene i forvaltningsloven § 17 tredje og fjerde ledd, skal underretningen om vedtaket opplyse om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter psykisk helsevernloven § 1-7.

Gjenpart av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og de dokumenter vedtaket bygger på, skal sendes kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 10:

Første ledd: Bestemmelsen er en konkretisering av forvaltningslovens krav om forsvarlig utredning, jf. forvaltningsloven § 17. Faglig ansvarlig skal kontrollere at det foreligger skriftlig uttalelse fra lege. Faglig ansvarlig bør også vurdere om eventuell begjæring fra offentlig myndighet er fremsatt av korrekt instans.

Bestemmelsen fastsetter at legeuttalelse ikke skal ligge lenger tilbake i tid enn 10 dager før vedtak treffes. På grunn av at pasientens tilstand og situasjon kan ha endret seg er det viktig at legeuttalelsen ikke ligger for langt tilbake i tid. Dette gjelder også en eventuell begjæring, selv om det ikke gjelder et absolutt tidskrav for denne.

Som hovedregel bør legeuttalelsen og eventuell begjæring foreligge samtidig med at pasienten ankommer institusjonen. Dette må ses i sammenheng med at faglig ansvarlig etter bestemmelsens annet ledd skal treffe vedtak innen 24 timer, og at legeuttalelsen og eventuell begjæring er en viktig forutsetning for at faglig ansvarlig kan foreta en forsvarlig vurdering.

Bestemmelsen gjør unntak fra hovedregelen om samtidighet i øyeblikkelig hjelp-tilfeller. Uttalelsen fra legen kan da gis muntlig. Skriftlige dokumenter må foreligge innen 24 timer, som er fristen faglig ansvarlig har for å treffe vedtak, jf. annet ledd.

Annet ledd: 24 timers fristen er absolutt og gjelder uavhengig av helligdager og lignende. Fristen avbrytes ikke av at pasienten overføres mellom avdelinger/

institusjoner. Det skal også treffes vedtak om *ikke* å etablere tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern.

Tredje ledd: Underretning om vedtaket skal gis *både* til pasienten, til dens nærmeste pårørende (pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b), og til eventuell begjærende instans. Nærmeste pårørende og eventuelt begjærende instans har selvstendig klagerett på vedtaket, og skal gis informasjon som er nødvendig for å kunne klage, uavhengig av pasientens samtykke. Dette vil si informasjon om at vedtak er fattet og hva som er bestemt. Det skal videre gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og nærmere fremgangsmåte ved klage. Slik informasjon skal gis så snart som mulig, og skal som hovedregel gis skriftlig. I praksis vil det gis kopi av vedtaksskjema. Denne forståelsen av loven forhindrer at nærmeste pårørendes klagerett blir undergravet og kun en avledet rett på vegne av pasienten. Samtidig skal det ikke åpnes for mer informasjonsutveksling enn strengt nødvendig.

En mer utdypende begrunnelse for vedtaket vil omfattes av pasientens rett til konfidensialitet og helsepersonells taushetsplikt. Slik informasjon kan kun gis nærmeste pårørende og begjærende instans dersom pasienten samtykker, dersom forholdene tilsier det eller pasienten mangler samtykkekompetanse, dvs. åpenbart ikke er i stand til å ivareta sine interesser pga fysisk eller psykisk forstyrrelse. I slike tilfeller vil nærmeste pårørende ha rett til informasjon etter de ordinære bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven.⁴⁹

Fjerde ledd: Underlagsdokumentene som kontrollkommisjonen skal ha kopi av vil være vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (eventuelt avslag), legeuttalelsen og eventuelt begjæring fra offentlig myndighet. Dette gjelder også dersom pasienten overføres fra tvungen observasjon til tvungent psykisk helsevern. Det vises til loven § 3-8 første ledd (kontrollkommisjonenes "dokumentkontroll").

⁴⁹ Se [Helsedirektoratets fortolkning 18.9.2007 \(07/4367\)](#) og Helsedirektoratets veileder: "[Pårørende en ressurs](#)" IS 1512

Den faglig ansvarlige skal vurdere om pasienten behøver døgnkontinuerlig omsorg og behandling, eller om det er bedre for pasienten å bo i egen bolig eller har opphold i annen institusjon, for eksempel i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten, under gjennomføringen av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. I vurderingen skal det legges vekt på om det kan etableres et samarbeid med det lokale behandlingsapparatet som gjør det forsvarlig at pasienten ikke har opphold i godkjent institusjon. Det skal legges særlig vekt på pasientens eget ønske. Det skal også tas hensyn til pasientens sykdom, bo- og familiesituasjon, sosiale situasjon og individuelle behov samt pasientens pårørende og deres situasjon.

I tillegg til vurderingen etter første ledd, må pasienten enten

- a) ha en kjent sykdomshistorie og det på bakgrunn av pasientens symptomer og tidligere kunnskap om pasientens sykdomsforløp, er utvilsomt hvilken behandling pasienten trenger, eller
- b) ha vært observert i institusjon med døgnoophold og observasjonen har klargjort pasientens diagnose og hva slags behandlingsopplegg som må anses nødvendig.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon kan ikke etableres eller gjennomføres dersom pasienten er bostedsløs.

Kommentarer til § 11:

Se kommentarene til lovens § 3-5 tredje ledd.

Ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon har likheter med den tidligere ordningen med tvungent psykiatrisk ettervern. I motsetning til den tidligere ettervernsordningen stilles det ikke krav til forutgående institusjonsopphold. I mange tilfeller vil det likevel være et forutgående institusjonsopphold som ligger til grunn for tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon.

Første ledd: Det er et vilkår for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon at dette er til det beste for pasienten. Tiltaket kan ikke iverksettes eller opprettholdes overfor pasienter som har behov for opphold og tilbakeholdelse på institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnoophold. Det er ikke anledning til å plassere pasienter med slikt behov utenfor godkjent institusjon av ressurs hensyn.

Hva som er det beste for den enkelte pasient vil bero på en helhetsvurdering der en rekke forhold må tas i betraktning og veies mot hverandre. Forskriften gir enkelte føringer i forhold til hvilken vekt de ulike momentene skal tillegges. Det skal særlig legges vekt på pasientens ønske. Det vil likevel kunne tenkes tilfeller hvor tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon vil være det beste for pasienten selv om det er mot vedkommendes vilje. Pasientens ønske må alltid vurderes i sammenheng med andre forhold som inngår i et helhetlig behandlingsperspektiv. Vurderingen bør foretas i samråd med andre som er involvert i behandlingen av pasienten. Videre må det tas hensyn til pasientens barn og andre pårørende. Det bør tas hensyn til hvor alvorlig pasientens tilstand er og hvor belastende det kan være for familie å leve sammen med den som er syk. Etablering av tvungent psykisk helsevern mens pasienten bor hjemme hos pårørende kan vanskelig tenkes dersom pårørende motsetter seg dette.

Annet ledd: Annet ledd bokstav a og b oppstiller alternative tilleggsvilkår for å etablere tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Vilkårene utelukker at denne formen for vern kan velges hvor institusjonen ikke på forhånd har kjennskap til pasienten og hvor det er tvil knyttet til pasientens symptomer, diagnose og behandlingsopplegg.

Bokstav a): For at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres uten direkte tilknytning til opphold i institusjon stilles det krav om at pasienten må ha en kjent sykdomshistorie samt at institusjonen på forhånd har kunnskap om pasientens symptomer og sykdomsforløp. Dette betyr ikke at helsepersonell ved institusjonen nødvendigvis må ha hatt personlig kontakt med pasienten tidligere. Det forutsettes at tilgjengelig og oppdatert journal kan gi nødvendig informasjon om pasienten.

Bokstav b): Pasienten må legges inn i institusjon før det etableres tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon hvis undersøkelsen som skal foretas før det iverksettes behandling uten eget samtykke gjør slikt opphold nødvendig, jf. kravet om tilstrekkelig undersøkelse i psykisk helsevernloven § 4-4 og forskriften § 20.

Tredje ledd: Pasienten kan kun pålegges å møte til behandling i det psykiske helsevernet. Behandling uten eget samtykke kan ikke gjennomføres i pasientens hjem med mindre pasienten ønsker det, se forskriften § 22 annet ledd.

Denne begrensningen gjelder ikke fullt ut hvor pasienten har frivillig opphold ved institusjon godkjent for tvungent vern med og/eller uten døgnopphold.⁵⁰ Gjennomføringstiltak etter lovens kapittel 4 vil som utgangspunkt kunne anvendes overfor pasienter under tvungent vern uten døgnopphold som har frivillig opphold på institusjon i det psykiske helsevernet. Innskrenking i forbindelse med omverdenen (§ 4-5 annet ledd) kommer imidlertid ikke til anvendelse da bestemmelsen forutsetter at pasienten er underlagt tvungent vern *med* døgnopphold. Tvangsmidler (§ 4-8) kan som hovedregel kun benyttes ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern *med* døgnopphold, jf. forskriften § 24 første ledd, men i bestemmelsens annet ledd er det gjort unntak ved akutte situasjoner.

Fjerde ledd: Tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er ikke en aktuell tvangsform dersom pasienten er bostedsløs. I disse tilfellene vil ikke tvang uten døgnopphold være et bedre alternativ enn døgnopphold.

⁵⁰ [Helsedirektoratets fortolkning 20.05.2010 \(10/2219\)](#)

Ved overføring til annen døgninstitusjon eller annen form for tvungen psykisk helsevern i eller under ansvar av institusjon som nevnt i psykisk helsevernloven § 3-5, skal det treffes særskilt vedtak. Fylkesmannen avgjør i tvilstilfeller om en overføring omfattes av bestemmelsen her.

Den underretning om vedtaket som skal gis etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal straks gis både til pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende og påtalemyndigheten. I tillegg til veiledningen som skal gis etter reglene i forvaltningsloven § 17 tredje og fjerde ledd, skal underretningen om vedtaket opplyse om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter psykisk helsevernloven § 1-7.

Kommentarer til § 12:

Første ledd: Bestemmelsen omhandler overføring i to forskjellige sammenhenger - overføringer mellom forskjellige institusjoner og overføringer til annen tvangsform. Med overføring til annen tvangsform menes overføring fra tvang med opphold i døgninstitusjon til tvang uten døgnopphold eller omvendt, jf. loven § 3-5 første og tredje ledd.

Bestemmelsen fastslår at det skal treffes særskilt vedtak ved overføringer. Vedtak om overføring treffes av faglig ansvarlig.

Overføringer mellom avdelinger innen samme institusjon faller utenfor denne bestemmelsen. Hvorvidt man har med to ulike døgninstitusjoner eller to avdelinger i samme institusjon å gjøre må vurderes konkret. Det at avdelingene inngår i én organisatorisk enhet er ikke avgjørende. Det avgjørende må være hvilken betydning overføring vil få for pasienten med hensyn til oppbrudd fra vante omgivelser, skifte av behandlingsmiljø, nærhet til familie mv. En avdeling vil etter forholdene kunne anses som en egen døgninstitusjon etter bestemmelsen her dersom den er geografisk atskilt eller fremtrer som en driftsmessig selvstendighet enhet.

I tvilstilfeller er det fylkesmannen som avgjør om en overføring omfattes av bestemmelsen.

I de tilfeller fylkesmannen avgjør at det må fattes overføringsvedtak vil pasienten ha klageadgang på institusjonens overføringsvedtak til kontrollkommisjonen. I de tilfeller hvor fylkesmannen avgjør at det ikke skal fattes overføringsvedtak har ikke pasienten slik klageadgang.

§ 13 Kontrollundersøkelser

Undersøkelse etter psykisk helsevernloven § 4-9 skal gjennomføres av den faglig ansvarlige. Undersøkelsen skal omfatte en redegjørelse for pasientens individuelle plan. Dersom det ikke er utarbeidet individuell plan for pasienten, skal årsaken til dette oppgis.

Resultatet av kontrollundersøkelsen skal inntas i pasientens journal og sendes kontrollkommisjonen i kopi.

Kommentarer til § 13:

Bestemmelsen understreker at institusjonen fortløpende skal ha fokus på arbeidet med pasientens individuelle plan, jf. lovens § 4-1. Se for øvrig merknad til lovens § 4-9.

§ 14 Begjæring om forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Begjæring om samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern skal være mottatt av kontrollkommisjonen senest 4 uker før det tvungne vernet opphører, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd.

Kommentarer til § 14:

Tvungent psykisk helsevern opphører ett år etter at det ble etablert med mindre kontrollkommisjonen samtykker til forlengelse av vernet.

Dersom institusjonen etter kontrollundersøkelse mener at pasienten fortsatt bør være under tvungent vern må den fremme begjæring om dette. Slik begjæring skal være kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før vernet opphører. Tidligere var fristen tre uker. Den er nå forlenget til fire uker for å sikre at kommisjonen har tilstrekkelig tid til å behandle saken.

Kapittel 3. Skjerming, undersøkelse og behandling uten eget samtykke og tvangsmidler

I. Innledende bestemmelse

§ 15 Vern om personlig integritet. Pasientens rett til medvirkning

Restriksjoner og tvang skal ikke være mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for tiltaket. Tiltaket kan bare iverksettes dersom det gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket, jf. psykisk helsevernloven § 4-2.

Før det iverksettes tiltak etter dette kapittelet, skal pasienten gis så stor innflytelse som mulig. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom ulike tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, jf. pasientrettighetsloven § 3-1. Forsøk på å etablere frivillig samarbeid med pasienten skal fortsette også etter at tiltaket er iverksatt.

Kommentarer til § 15:

Annet ledd: Tiltak etter dette kapittelet vil kunne innebære en innskrenking i pasientens rett til innflytelse. Bestemmelsen presiserer at pasienten likevel skal gis så stor innflytelse som mulig. Det vises til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Om pasienten er uenig i behovet for tiltakene, vil vedkommende likevel kunne mene noe om for eksempel formen for tiltak, og dette bør man så langt det er mulig ta hensyn til. Det skal tas hensyn til hvor og hvordan pasienten ønsker at tiltaket skal gjennomføres. Bestemmelsen understreker at det er pasienten og dennes behov som skal stå i sentrum. Ved valg av tvangsmiddel skal det for eksempel legges vekt på hvilken type tvangsmiddel pasienten opplever som minst inngripende. I den grad det er forsvarlig, bør det også tas hensyn til pasientens ønsker om personalet skal være tilstede eller ikke.

Opplysninger om pasientens syn på ulike tiltak bør nedtegnes i journalen og eventuelt i individuell plan/kriseplan.

Det skal fortløpende forsøkes å etablere frivillig samarbeid med pasienten, både forut for vedtaket og under gjennomføringen.

II. Skjerming

§ 16 Vilkår for skjerming

Skjerming skal være begrunnet i behandlingsmessige hensyn eller i hensyn til andre pasienter, jf. psykisk helsevernloven § 4-3. Behandlingsmessige hensyn vil blant annet kunne foreligge dersom det er nødvendig å begrense pasientens sanseinntrykk, eller i situasjoner der pasienten utviser tiltagende uro eller angst og skjerming vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Hensynet til andre pasienter kan danne grunnlag for skjerming når pasientens oppførsel er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre pasienter. Det kreves ikke at pasienten utgjør en fare for andre pasienter.

Ved skjerming av hensyn til pasienten selv, må det vurderes om tiltaket vil ha en gunstig behandlingseffekt. Ved skjerming av hensyn til andre, må medpasientenes behov vurderes opp mot de uheldige konsekvenser skjerming kan få for pasienten.

Kommentarer til § 16:

Første ledd: Skjerming av behandlingsmessige hensyn kan være nødvendig for eksempel for å begrense pasientens sanseinntrykk. Skjerming kan også brukes forebyggende dersom pasienten utviser tiltagende uro eller angst, og tiltaket vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand. Tilfeller hvor pasientens psykiske tilstand kan gjøre skjerming påkrevd kan, i tillegg til sterk uro, blant annet omfatte tilfeller hvor vedkommende er kataton. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Hvorvidt pasienten utviser tilstrekkelig sterk uro må avgjøres etter en konkret faglig vurdering.

Annet ledd: Skjerming av hensyn til andre pasienter kan for eksempel være nødvendig når en svært dårlig pasient utviser ukritisk og støyende atferd. Skjerming av hensyn til andre pasienter kan også ha et fare- eller skadeavvergende formål. Dette kan særlig være tilfelle hvor pasienten utagerer i miljøet ved avdelingen. Utagering kan kun begrunne skjerming dersom denne er av et slikt omfang at den er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for de andre pasientene. Utageringen må være av kvalifisert art, men det kreves ikke at pasienten utgjør en fare. Bruk av skjerming vil i slike situasjoner kunne forhindre at bruk av tvangsmidler blir nødvendig, jf. lovens § 4-8.

Skjerming vil være et mindre inngripende tiltak enn for eksempel isolasjon. Det forutsettes derfor at det skal vurderes om skjerming vil være tilstrekkelig i en konkret situasjon, også i situasjoner med et visst element av fare. Sentrale momenter for om tiltaket anses som skjerming eller isolasjon vil være bakgrunnen for tiltaket og hvilket

innhold det har. Som eksempel nevnes at en pasient utviser utagerende og aggressiv oppførsel i fellesarealet, og at en pleier leder pasienten til dennes rom i den hensikt å skjerme andre pasienter og å hindre at situasjonen utarter seg, samt å få roet ned pasienten. Hvis dette tiltaket viser seg tilstrekkelig i den konkrete situasjonen, må det regnes som skjerming. Er pasienten derimot så utagerende at det er behov for å ha stengt dør mellom pasient og helsepersonell må tiltaket regnes som isolasjon, jf. lovens § 4-8. Dette gjelder også i tilfeller der situasjonen tilspisser seg etter at pasienten er ledet til rommet for skjerming.

Skjerming kan ikke settes i verk av hensyn til personal/bemanningssituasjon.

§ 17 Vedtak om skjerming som opprettholdes utover 12 timer

Ved vurderingen av om skjermingen innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet, jf. psykisk helsevernloven § 4-3 andre ledd andre punktum, må det foretas en sammenligning av pasientens situasjon under skjerming og uten slikt tiltak. Sentrale momenter i vurderingen vil være hvilke restriksjoner pasienten blir underlagt, for eksempel om det settes strenge begrensinger for tilgang til bestemte ting eller utgangsmuligheter, og hvordan lokalet som skjermingen gjennomføres i, er innredet.

Kommentarer til § 17:

I lovens § 4-3 annet ledd andre punktum fremgår at "Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer."

Med «skjermet enhet eller lignende» menes lokale som er atskilt fra fellesarealer og pasientrom i avdelingen. Bestemmelsen gir for øvrig anvisning på vurderingstema her.

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. En pasient som er under frivillig psykisk helsevern, kan ikke holdes tilbake eller på annen måte forhindres i å forlate institusjonen dersom han eller hun ønsker dette. Pasienten skal informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen.

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.

Innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen forutsetter at det treffes eget vedtak om dette, jf. psykisk helsevernloven § 4-5.

Kommentarer til § 18:

Første og annet ledd: Skjerming innebærer at pasienten ikke får ta del i aktivitetene i fellesmiljøet på vanlig måte, og at han eller hun får begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelsesrett. Tiltaket kan også innebære restriksjoner for eksempel ved begrensning av tilgang til bestemte ting eller utgangsmulighet. Innskrenkning i pasientens forbindelse med omverdenen forutsetter imidlertid at det treffes eget vedtak om dette, jf. **fjerde ledd**.

Fotfølging - at helsepersonell ved institusjonen til enhver tid har visuell kontakt med pasienten - vil ikke i seg selv anses som skjerming. Fotfølging innebærer normalt ikke at pasienten gis restriksjoner på hvor vedkommende kan oppholde seg. Pasienten kan bevege seg fritt også blant andre pasienter og helsepersonell, og tiltaket faller derfor i utgangspunktet ikke inn under definisjonen av skjerming.

At pasienten ved skjerming kan "henvises til eget rom" skal ikke tolkes slik at det regnes som skjerming dersom helsepersonell ber en pasient om å gå til rommet sitt. Derimot vil det være skjerming dersom pasienten etter anmodningen motsetter seg å gå på rommet, men likevel pålegges å gjøre det.

Det er ikke adgang til å låse døren til rommet der pasienten befinner seg eller på annen måte holde døren fysisk stengt, for eksempel ved fysisk makt eller ved hjelp av en kloss eller lignende. Det er imidlertid anledning for helsepersonell som er inne i rommet med pasienten å hindre pasienten i å ta seg ut av døren, for eksempel ved at helsepersonellet stiller seg slik at de blokkerer/stenger utgangen.

Det er adgang til å bruke fysisk makt for å iverksette og opprettholde skjerming. Ved skjerming på egen enhet er det adgang til å holde døren ut mot øvrige lokaler stengt.

Dette må imidlertid praktiseres slik at pasienter under frivillig psykisk helsevern opplever at de har mulighet til å be seg utskrevet og forlate institusjonen.

Tredje ledd: Hvorvidt og i hvilken grad helsepersonell skal være tilstede avgjøres etter en faglig vurdering. Dersom pasienten ikke ønsker tilstedeværelse skal dette respekteres i den grad det er forsvarlig og tilstedeværelse ikke er nødvendig av behandlingsmessige hensyn.

III. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke

§ 19 Vurdering av alternative tiltak

Før vedtak kan treffes etter psykisk helsevernloven § 4-4, skal det alltid vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til behandling uten eget samtykke.

Kommentarer til § 19:

Det vises til forskriften § 15 og merknadene til denne. Pasienten skal så langt mulig tas med på råd og gis innflytelse over innholdet i behandlingen. Så langt det er forsvarlig må pasientens ønske om å avstå fra eller avslutte medikamentell behandling respekteres. Pasienten må gis mulighet til å treffe et selvstendig og informert valg om behandling, basert på god og tilpasset informasjon om ulike behandlingsalternativer.

Før det treffes vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke, skal den faglig ansvarlige for vedtaket personlig ha undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timer. Den totale undersøkelsestiden kan ikke settes til mindre enn 3 døgn, med mindre pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.

Før det treffes vedtak om ernæringstilførsel uten eget samtykke, skal pasienten undersøkes av lege. Legeundersøkelsen må foretas i direkte tilknytning til at vedtaket skal fattes.

Institusjonen skal gjennom hele undersøkelsesperioden søke å få pasientens tillit slik at behandling kan gjennomføres med pasientens samtykke.

Undersøkelsen skal alltid skje ved observasjon i godkjent institusjon, med mindre det av hensyn til forsvarlig helsehjelp bør skje i annen institusjon, jf. psykisk helsevernloven § 3-5 andre ledd. Ved vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke skal undersøkelsen skje ved døgnopphold, med mindre den ansvarlige institusjon har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende medikasjon og virkningen av denne på pasienten.

Kommentarer til § 20:

Første ledd: Bestemmelsen oppstiller krav til undersøkelse ved behandling med legemiddel. For det første kreves det at faglig ansvarlig selv har undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timer. For det andre skal undersøkelsestiden være minimum tre døgn.

Kravet om tre døgns undersøkelsestid er et minimumskrav. Dersom tre døgn ikke er nok til at pasienten blir tilstrekkelig undersøkt må undersøkelsestiden forlenges. Fra kravet om tre døgns undersøkelsestid gjør forskriften to unntak:

Dersom det er uforsvarlig å vente med behandling fordi pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade kan undersøkelsestiden fravikes. Det siktes her til alvorlig og akutt risiko for at pasientens helsetilstand forverres betydelig. Alvorlig fysisk helseskade, selvbeskadigelse eller forsøk på suicid omfattes også. Vurderingen må foretas på grunnlag av skjønn, hvor både somatiske og psykiske følger av utsettelse skal vurderes. Det kreves at risikoen for helseskade er overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt).

Det andre unntaket er hvor pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen. Dette unntaket kan være særlig praktisk der pasienten allerede er under behandling, men hvor det må treffes nytt vedtak.

Annet ledd: Bestemmelsen presiserer kravet om legeundersøkelse ved vedtak om

tvangsernæring. Legeundersøkelsen må foretas i direkte tilknytning til at slikt vedtak treffes. I tilfeller hvor faglig ansvarlig er lege kan vedkommende selv forestå undersøkelsen.

Tredje ledd: Det kreves at institusjonen gjennom hele undersøkelsesperioden søker å oppnå pasientens tillit og få pasientens samtykke slik at vedtak blir unødvendig. Det vises for øvrig til forskriften § 15 og merknaden til denne.

Fjerde ledd første punktum: Undersøkelsen skal alltid foregå i institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Tvungent psykisk helsevern kan gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent for dette formålet dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten kan få forsvarlig helsehjelp, jf. loven § 3-5 annet ledd. Dette vil typisk være aktuelt ved ernæringstilførsel uten eget samtykke. Forutgående undersøkelse kan da utføres i institusjon som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Andre punktum: Fra kravet om at undersøkelse må skje ved døgnopphold før legemiddelbehandling gjør bestemmelsen unntak dersom institusjonen har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon, og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende medikasjon og virkningen av denne for den aktuelle pasienten. Dette er aktuelt dersom pasienten har hatt opphold på institusjonen tidligere eller vært behandlet med medisiner, men så sluttet å ta disse. Hovedkravet om tilstrekkelig undersøkelse gjelder like fullt. Unntaket gjelder ikke dersom pasienten har liten tidligere erfaring med legemidler.

§ 21 Vedtak om behandling uten eget samtykke

Når behandling uten eget samtykke omfatter flere behandlingsformer, kan det treffes et helhetlig vedtak som inneholder de behandlingselementer som er aktuelle for den enkelte pasient. Behandling med legemidler skal likevel alltid vedtas særskilt.

Vedtaket skal angi planlagt begynnelse og varighet av behandlingen. Den planlagte varigheten kan maksimalt settes til 3 uker. Ved vedtak om behandling med legemidler kan varigheten maksimalt settes til 3 måneder. Av vedtaket skal det også fremgå at kravene til tilstrekkelig undersøkelse etter § 20 er oppfylt.

Behandlingen kan tidligst iverksettes 48 timer etter at pasienten er underrettet om vedtaket. Unntak fra dette kan bare skje hvis den faglig ansvarlige for vedtaket av tungtveiende behandlingsmessige grunner finner at behandlingen ikke kan utsettes.

Begrunnelsen for slik umiddelbar iverksettelse skal fremgå av vedtaket.

Kommentarer til § 21:

Annet ledd: Vedtaket skal være tidsbegrenset. Behandling uten eget samtykke kan kun vedtas for inntil tre uker om gangen, så fremt det ikke gjelder behandling med legemidler. Ved behandling med legemidler kan varigheten settes til inntil tre

måneder.

Når henholdsvis tre uker/tre måneder er gått opphører vedtaket. Behandlingen kan da kun fortsette dersom pasienten samtykker til dette eller dersom det treffes nytt vedtak.

Tredje ledd: Begrunnelsen for at det skal gå 48 timer fra pasienten er underrettet om vedtaket til behandling starter, er at pasienten skal ha anledning til å vurdere om han eller hun vil klage på vedtaket. Klage i løpet av disse 48 timene har oppsettende virkning, jf. forskriften § 28 tredje ledd. Annet punktum gjør unntak fra kravet om 48 timers ventetid dersom tungtveiende behandlingsmessige grunner tilsier at behandling må starte tidligere. Dette kan for eksempel være tilfelle dersom man ved utsettelse risikerer at pasientens tilstand blir vesentlig forverret eller det er overhengende fare for at sjansen til vellykket behandling forspilles. Det er faglig ansvarlig som vurderer om det er uforsvarlig å vente med å iverksette behandlingen.

§ 22 Gjennomføring av behandling med legemidler

Behandling ved injeksjon skal bare gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta legemiddel gjennom munnen. Depotinjeksjoner skal ikke gis ved behandling av akutte sinnslidelser.

Under forutsetning av faglig forsvarlig tilsyn og veiledning, kan den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler etter avtale med den ansvarlige institusjon som har truffet vedtaket, overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet. Dette kan bare skje hvis pasienten ønsker det.

Pasienten skal ikke tilføres legemidler uten å bli informert, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Herunder skal det opplyses om den faktiske dosering og mulige bivirkninger. Informasjon kan unnlates overfor pasienter som på grunn av langt fremskreden sløvhets ikke er i stand til å forstå omstendighetene knyttet til bruken av legemidlene.

Kommentarer til § 22:

Første ledd: Med uttrykket «ikke er mulig» menes blant annet det ikke er mulig å få pasienten til å forstå behovet for medisiner. Forbudet mot depotinjeksjoner ved akutte lidelser antas ikke å ramme medikamenter med relativt begrenset depoteffekt (opp til to-tre dager). En lidelse med hyppig tilbakefall vil normalt ikke regnes som en akutt sinnslidelse etter forskriften.

Annet ledd: Behandling skal skje ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Dette gjelder også pasienter som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Imidlertid åpner annet ledd for behandling med legemidler utenfor institusjon, for eksempel i pasientens hjem ved at kommunens hjemmesykepleie sørger for at pasienten tar medisiner. Det stilles tre vilkår for en slik ordning: Pasienten må ønske

dette, det må være inngått avtale mellom institusjonen og helsetjenesten som sørger for den praktiske gjennomføringen, og gjennomføringen må skje under forsvarlig tilsyn og veiledning av institusjonen.

Tredje ledd: Pasienten har rett til informasjon om faktisk dosering og mulige bivirkninger, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, og helsepersonell skal så langt mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. God informasjon om mulige gjennomføringsmåter vil være en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne benytte sin rett til medvirkning.

§ 23 Gjennomføring av behandling med ernæringstilførsel

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, kan ernæringstilførsel gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent for bruk av tvang. I slike tilfeller er den godkjente institusjonen ansvarlig for det tvungne vernet.

Pasienten skal ikke tilføres ernæring uten å bli informert, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Herunder skal det opplyses om den faktiske dosering. Informasjon til pasienten kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten, jf. pasientrettighetsloven § 3-2 tredje ledd.

Kommentarer til § 23:

Første ledd: Pasienten kan ha opphold utenfor institusjon som er godkjent for bruk av tvang, jf. lovens § 3-5 annet ledd. Unntaket er utformet generelt, men vil særlig være aktuelt for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelse. Dersom ernæringstilførselen gis ved midlertidig døgnopphold i annen institusjon er den godkjente institusjonen ansvarlig for det tvungne vernet. Institusjonene må etablere samarbeid som gjør det mulig å ivareta dette ansvaret.

Vedtak om ernæringstilførsel uten eget samtykke treffes av faglig ansvarlig, jf. lovens § 1-4. Denne vil være ansvarlig for vedtaket også der behandlingen gjennomføres på somatisk avdeling. Dette innebærer blant annet at det er faglig ansvarlig som må foreta den løpende vurderingen av om lovens vilkår for bruk av tvang er oppfylt. Faglig ansvarlig har også ansvar for at pasienten får nødvendig psykiatrisk behandling og oppfølging mens han eller hun er innlagt på somatisk avdeling. Behandlingsansvaret for selve den medisinske gjennomføringen av næringstilførselen og somatiske komplikasjoner vil på vanlig måte ligge hos den somatiske avdelingen der pasienten er innlagt. Den somatiske avdelingens ansvar vil omfatte de somatiske sidene ved behandlingen (det vil si ernæringstilførselen) som for eksempel plassering av sonde, veneflon, bruk av intravenøs væsketilførsel, overvåkning, blodprøvetaking og så videre.

Den somatiske avdelingen er ikke underlagt faglig ansvarliges instruksjonsmyndighet. Pasienten må henvises til somatisk avdeling på vanlig måte, og den somatiske avdelingen må foreta en selvstendig vurdering av om

gjennomføring av behandlingen som faglig ansvarlig tar initiativ til kan skje i overensstemmelse med lovverkets krav til forsvarlighet, jf. helsepersonelloven §§ 4 og 16 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Opphold på somatisk avdeling i forbindelse med tvangsernæring forutsetter et nært samarbeid med den psykiatriske avdelingen. Avdelingene bør derfor ligge i geografisk nærhet til hverandre, og aller helst innenfor samme sykehusområde. Videre må den nærmere gjennomføringen av samarbeidet tilpasses den enkelte pasients tilstand og behov, og det må settes klare rammer for samarbeidet i forhold til den enkelte pasient.

Når det gjelder forholdet mellom klinisk psykolog som faglig ansvarlig for vedtaket og legen som foretar den forutgående legeundersøkelsen (forskriften § 20 annet ledd) bemerkes det at begge har et selvstendig ansvar for å sikre at deres vurdering foretas i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven § 4. Dette innebærer at de selv må vurdere om de har tilstrekkelige kvalifikasjoner til henholdsvis å foreta undersøkelse og treffe avgjørelse om tvangsbruk. Den kliniske psykologens ansvar omfatter også at de somatiske sidene ved avgjørelsen er vurdert. En faglig ansvarlig psykolog må derfor overlate vurderingen til en faglig ansvarlig psykiater i de tilfeller der vedkommende ikke finner det forsvarlig å gjøre vurderingen selv.

Annet ledd: Pasienten har rett til informasjon, både om at ernæring tilføres og faktisk dosering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, og helsepersonell skal så langt mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. God informasjon om mulige gjennomføringsmåter vil være en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne benytte sin rett til medvirkning.

Informasjon til pasienten kan unnlates dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven 3-2 tredje ledd.

IV. Tvangsmidler

§ 24 Hvilke institusjoner som kan anvende tvangsmidler

Tvangsmidler som nevnt i psykisk helsevernloven § 4-8, kan bare anvendes i institusjon som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

I akutte situasjoner kan likevel tvangsmidler anvendes overfor pasienter som er under psykisk helsevern i andre institusjoner enn de som er nevnt i første ledd. Det skal i slike situasjoner straks vurderes om pasienten bør ha opphold i godkjent institusjon. Viser det seg nødvendig å bruke tvangsmidler gjentatte ganger, skal den som har ansvaret for vernet snarest mulig søke om overføring eller innleggelse av pasienten ved en institusjon der tilstanden kan vurderes og behandles mer effektivt og om mulig uten tvangsmidler.

Kommentarer til § 24:

Første ledd: Tvangsmidler kan kun anvendes i institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Det vises til forskriften kapittel 1, §§ 2-4.

Annet ledd: Unntaksvis kan det forekomme situasjoner hvor det er nødvendig å bruke tvangsmidler overfor pasienter i andre typer institusjoner, og i annet ledd åpnes det for dette. Det kan for eksempel være aktuelt ved en avdeling som kun har frivillige innleggelser.

Bruk av tvangsmidler utenfor godkjent institusjon skal meldes til kontrollkommisjonen, jf. § 30 fjerde ledd.

§ 25 Avgjørelse om bruk av tvangsmidler

Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandlingsøyemed.

Dersom en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, kan ansvarshavende ved avdelingen fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. I slike tilfeller skal den faglig ansvarlige så snart som mulig underrettes. Dersom situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes.

Kommentarer til § 25:

Første ledd: Tvangsmidler skal ikke brukes i behandlingsøyemed eller som straff.

Annet ledd: Faglig ansvarlig, jf. loven § 1-4 og forskriften § 27, treffer vedtak om bruk av tvangsmidler. Det vil imidlertid kunne oppstå situasjoner hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. I slike unntakstilfeller vil det tilstedeværende personalet som er ansvarshavende, f. eks lege, avdelingssykepleier eller psykolog, kunne vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding.

Hvis vedtak er truffet av en annen enn faglig ansvarlig, skal faglig ansvarlig underrettes snarest.⁵¹ Faglig ansvarlig skal da vurdere om bruk av tvangsmidler skal opprettholdes. Hvorvidt faglig ansvarlig må kontaktes umiddelbart eller underretningen kan vente til faglig ansvarlig er tilstede ved avdelingen, må avgjøres etter en *konkret vurdering i det enkelte tilfelle*. Ved denne vurderingen vil sentrale momenter være hvilken type personell som er tilstede (formelle og reelle kvalifikasjoner), hvor godt disse kjenner pasienten, hvordan situasjonen utarter seg (herunder hvor lenge det er nødvendig å opprettholde tvangsmiddelbruken), hvor lenge det er til faglig ansvarlig vil være tilstede, tidligere tvangsmiddelbruk overfor pasienten osv.

Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler treffes av lege. Dersom faglig ansvarlig er lege vil det være naturlig at det er vedkommende som treffer vedtak om også denne type tvangsmidler. Dersom det er behov for å bruke legemidler som tvangsmiddel når legen ikke er tilstede kan legen muntlig treffe vedtak og meddele dette over telefon dersom dette er forsvarlig. Vedtaket må nedtegnes så snart som mulig.

§ 26 Gjennomføring av bruk av tvangsmidler

Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Isolering skal maksimalt benyttes i inntil to timer av gangen. Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, skal det så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes.

Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn. Ved fastspenning i seng eller stol skal personellet oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig.

Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

Kommentarer til § 26:

Første ledd: Mindre inngripende tiltak bør forsøkes i den grad det er mulig. Før et tvangsmiddel tas i bruk skal pasienten i den grad det er mulig informeres om at

⁵¹ Se [Helsedirektoratets fortolkning 4.7.2007 \(07/947\)](#)

tiltaket vil bli iverksatt og hvorfor dette blir gjort. Tiltaket skal gjennomføres på en så lite inngripende måte som mulig. Hva som er minst inngripende gjennomføringsmåte må vurderes konkret for den enkelte pasient. For enkelte pasienter bør fastholding for eksempel bare gjennomføres av personale av samme kjønn som pasienten. Tilsvarende kan det tenkes at fastholding bør unngås overfor pasient som har vært utsatt for seksuelt misbruk.

Tvangsmidler skal ikke brukes lenger enn det som er ytterst nødvendig. Det vises også til bestemmelsens siste ledd om at bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende.

Anbringelse av pasienten bak låst dør uten personale til stede kan maksimalt anvendes i inntil to timer om gangen. Isolasjon bør brukes med forsiktighet. Etter to timer skal andre tiltak prøves ut før man eventuelt startet ny periode med isolasjon. Det vil si at en ny periode ikke kan følge etter kun en liten pause, men etter noen timer der man vurderer mindre inngripende tiltak eller eventuelt andre type tvangsmidler.

Ved sammenhengende bruk av tvangsmiddel ut over 8 timer skal det så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres skal årsaken til dette nedtegnes. Dette skal gjentas hver 8 time.⁵²

Annet ledd: Med uttrykket kontinuerlig tilsyn forstås visuelt tilsyn. Dette innebærer at personalet skal være innen synsrekkevidden til pasienten så lenge tvangsmiddelet er i bruk. Personalet skal ikke oppholde seg lenger unna enn at pasienten straks kan tilkalle vedkommende. Ved fastspenning til seng eller belte skal personale oppholde seg i samme rom som pasienten. Hvis pasienten sover eller gir uttrykk for at vedkommende ønsker å være alene kan pleiepersonalet forlate rommet dersom dette er forsvarlig. Pasienten må likevel hele tiden være under tilsyn.

Tredje ledd: At bruk av tvangsmiddel skal vurderes fortløpende innebærer at man kontinuerlig må veie pasientens situasjon og den fare han eller hun representerer opp mot de ulemper tvangsmiddelet innebærer for pasienten. Bruken skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.

⁵² Se [Helsedirektoratets fortolkning 30.09.2011 \(11/5503\)](#)

V. Generelle bestemmelser

§ 27 Vedtakskompetanse. Underretning m.m.

Vedtak etter dette kapitlet treffes av den faglig ansvarlige, med mindre annet er særskilt bestemt, jf. andre ledd i paragrafen her og § 25 andre ledd. For vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd bokstav a kreves det at den faglig ansvarlige er lege med spesialistutdanning som nevnt i denne forskriften § 5 andre ledd.

Vedtak om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd bokstav c, treffes av lege.

Den underretning om vedtaket som skal gis etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal gis både til pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende, med mindre pasienten motsetter seg dette. I tillegg til veiledningen som skal gis etter reglene i forvaltningsloven § 17 tredje og fjerde ledd, skal underretningen om vedtaket opplyse om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter psykisk helsevernloven § 1-7.

Det må fortløpende vurderes om vedtaket skal opprettholdes. I vurderingen skal det tas hensyn til pasientens syn på saken og eventuelle negative konsekvenser tiltaket kan ha for han eller henne. Dersom det foretas vesentlige endringer i innholdet i behandlingsopplegget, skal det treffes nytt vedtak.

Kommentarer til § 27:

Første ledd første punktum: I § 25 annet ledd er det gjort unntak fra kravet om at faglig ansvarlig skal treffe vedtak om tvangsmidler. I akutt nødsituasjon kan dette gjøres av ansvarshavende ved avdelingen.

Første ledd andre setning: Denne type vedtak kan ikke treffes av faglig ansvarlig som er psykologspesialist.

Annet ledd: Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler treffes av lege. Dersom faglig ansvarlig er lege vil det være naturlig at det er vedkommende som treffer vedtak om også denne type tvangsmidler.

Tredje ledd: Pasient og nærmeste pårørende skal underrettes om vedtaket så snart som mulig. Underretning skal i utgangspunktet gis skriftlig, det vil i praksis si i form av en kopi av vedtaket. Det skal gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåten ved klage.

Bestemmelsen presiserer at pasienten kan motsette seg at nærmeste pårørende informeres om vedtak etter dette kapitlet (forskriften kapittel 3). Forskriften kapittel 3 omfatter tiltakene skjerming, undersøkelse og behandling uten eget samtykke og

tvangsmidler, men den samme reservasjonsretten må antas å gjelde andre tiltak etter lovens kapittel 4 (bortsett fra vedtak om overføring i § 4-10).

Fjerde ledd: Det må fortløpende tas stilling til om vedtak skal opprettholdes. Bestemmelsen er et utslag av det generelle forsvarlighetskravet nedfelt i helsepersonelloven § 4. I vurderingen skal det tas hensyn til pasientens syn på saken, jf. forskriften § 15. Dersom det foretas vesentlige endringer i behandlingsopplegget skal det treffes nytt vedtak.

§ 28 Klage

Klage på vedtak etter dette kapittelet kan fremsettes skriftlig eller muntlig for den faglig ansvarlige for vedtaket eller annet helsepersonell, eller direkte til Fylkesmannen eller kontrollkommisjonen. Muntlig klage skrives ned av den som mottar den. Dersom det etter forholdene er grunn til det, kan den som tar imot en muntlig klage be om at pasienten gir skriftlig uttrykk for at han eller hun vil klage. Helsepersonellet skal bistå med nedtegning av klage og straks oversende klagen til Fylkesmannen eller kontrollkommisjonen.

Klageinstansen skal behandle klagen selv om tiltaket har opphørt, med mindre klageren skriftlig har gitt uttrykk for at klagen trekkes tilbake.

Klage har ikke oppsettende virkning. Klage på vedtak om behandling med legemidler som blir inngitt innen 48 timer etter at pasienten har fått underretning om vedtaket, har likevel oppsettende virkning inntil klagesaken er avgjort. Dette gjelder likevel ikke hvis pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade.

Kommentarer til § 28:

Første ledd: Klage kan fremsettes for helsepersonell der pasienten oppholder seg. Dette åpner for at klage kan fremsettes for eksempel for sykepleier, og ikke bare for den som har truffet vedtaket.

Annet ledd: Klagen skal behandles selv om tiltaket har opphørt. Selv om klageadgangen i slike tilfeller ikke får direkte betydning for bruken av det aktuelle tiltaket vil den likevel være egnet til å avdekke eventuelt misbruk eller feil bruk av gjennomføringstiltak.

Tredje ledd: En klage har som hovedregel ikke oppsettende virkning. Dette innebærer at vedtaket skal iverksettes selv om det er påklaget.

Dersom pasienten klager innen 48 timer etter at vedkommende får melding om vedtak om legemiddelbehandling har klagen oppsettende virkning. Dette innebærer at vedtaket ikke kan iverksettes før klagesaken er avgjort. Vil slik utsettelse av behandlingen kunne gi pasienten alvorlig helseskade vil ikke vedtaket ha slik oppsettende virkning. Med uttrykket «alvorlig helseskade» menes en alvorlig og akutt risiko for at pasientens helsetilstand forverres betydelig. Utrykket kan også innbefatte alvorlig fysisk helseskade, selvbeskadigelse eller forsøk på suicid. Det må utøves skjønn hvor både somatiske og psykiske følger av utsettelse skal vurderes.

Det er faglig ansvarlig som vurderer om det er uforsvarlig å vente med å sette i gang behandlingen, se § 21.

Den alminnelige klagefristen på vedtak etter lovens kapittel 4 er ellers tre uker, jf. forvaltningsloven § 29, med unntak av overføringsvedtak etter § 4-10 hvor klagefristen er én uke. Fristen for å klage er tre uker fra det tidspunkt underretning om vedtaket er kommet frem til den klageberettigede.

For klager som fremsettes etter fristens utløp vises det til forvaltningsloven § 31 om oversittelse av klagefrist. Et pågående tvangstiltak vil i de fleste tilfeller gi grunnlag for oppreisning for fristoversittelse. Dersom pasienten eller pasientens nærmeste pårørende mener at vilkårene for bruk av vedtak etter lovens kapittel 4 ikke lenger er tilstede vil vedkommende ha rettslig interesse av å få overprøvd institusjonens vurdering av dette spørsmålet.

§ 29 Klagebehandling

Kontrollkommisjonens behandling av klage reguleres i kapittel 7.

For Fylkesmannens behandling av klage gjelder reglene i forvaltningsloven med de tilføyelser som følger av neste ledd.

Fylkesmannen skal treffe avgjørelser uten ugrunnet opphold. Dersom det anses påkrevet, skal det engasjeres sakkyndig hjelp. Det skal tas personlig kontakt med pasienten, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Dersom klagen tas til følge, skal det treffes vedtak om øyeblikkelig opphør av eventuell iverksatt behandling. Underretning om avgjørelsen skal sendes til klageren med gjenpart til den faglig ansvarlige for vedtaket.

Kommentarer til § 29:

Første ledd: Kontrollkommisjonens behandling av klage reguleres i loven § 6-4 og forskriften §§ 51-56.

Annet ledd: Fylkesmannens behandling av klage reguleres av forvaltningsloven med de tilføyelser som følger av bestemmelsens tredje ledd. Bestemmelsene utfylles av forvaltningsloven kapittel VI, jf. psykisk helsevernloven § 1–6.

§ 30 Registrering av vedtak om skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler

Opplysninger om vedtak om skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler, skal føres inn i protokoller godkjent av Helsedirektoratet. Ved legemiddelbehandling skal det gis en nøyaktig oppregning over den medisinerings som er foretatt.

Fylkesmannen og kontrollkommisjonen skal på forespørsel forelegges protokollene.

Bruk av skjerming eller tvangsmidler over lengre tid skal uoppfordret meldes til kontrollkommisjonen.

I tilfeller som nevnt i § 24 andre ledd, skal tvangsmiddelets art, begrunnelse for bruken, tidspunktet for iverksettelse og opphør samt navn på den som har truffet vedtaket, nedtegnes. Melding om tvangsmiddelbruken skal snarest sendes til kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 30:

Første ledd: Ved legemiddelbehandling skal det fremgå hvilken mengde medisin som er gitt over hvor lang tid.

Helsedirektoratet gir ut papirversjoner av protokoller for registrering av skjerming, behandling uten eget samtykke og skjerming (en rød, en grønn og en blå). Helsedirektoratet ønsker imidlertid at disse papirprotokollene avvikles ved at institusjonene går over til "elektroniske protokoller": Helsedirektoratet har i samarbeid med Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) utarbeidet en standard for registrering av vedtak om tvang i det psykiske helsevern i elektronisk pasientjournal (EPJ). Standarden kan lastes ned fra KITH sin hjemmeside www.kith.no. KITH rapportnummer er 02/07 og den fulle tittelen er: "EPJ standard: Enkelte vedtak om tvang i det psykiske helsevern".

Standarden skal legge forholdene til rette for en enhetlig og korrekt dokumentasjon av vedtak etter psykiske helsevernloven ved at prosessen knyttet til registrering av vedtak forenkles. Ved å bruke standarden unngår en blant annet dobbeltregistrering ved at en registrering i EPJ både inngår i en "elektronisk tvangsprotokoll" og skrives ut i form av et vedtaksskjema. Ettersom vedtaksskjemaene og tvangsprotokollene er en del av pasientjournalen kan de føres elektronisk, jf. helseregisterloven § 6. Dette innebærer at det er unødvendig å ha papirversjoner i tillegg.

Standarden for registrering kan gi god oversikt over bruk av tvang innen den enkelte institusjon og ovenfor den enkelte pasient. Det kan tas ut oversikt for den enkelte pasient, for en avgrenset del av virksomheten, eller for virksomheten som helhet.

Standarden vil gi kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet bedre mulighet for kontroll av tvangsbruk, og den enkelte institusjon vil få betydelig bedre grunnlagsdata for bruk i egen fag- og kvalitetsutvikling. Videre vil den enhetlige formen for registrering gi direkte sammenlignbare tall for alle institusjoner innen psykisk helsevern, noe som vil forenkle og forbedre rapporteringen til Norsk Pasientregister (NPR).

Tredje ledd: Gjentatt eller vedvarende bruk av skjerming eller tvangsmidler kan si noe om institusjonens evne til å håndtere pasienten. Etter tredje ledd skal institusjonen derfor uoppfordret melde fra til kontrollkommisjonen ved bruk av skjerming eller tvangsmidler over lengre tid. Med lengre tid forstås ikke kun sammenhengende bruk av tvangsmiddel over flere dager eller bruk av skjerming utover den tidsperiode som etter psykisk helsevernloven § 4-3 krever nytt vedtak (utover to uker), men også gjentatt bruk over et lengre tidsrom.

Dette kan for eksempel være tilfelle der en pasient gjentatte ganger holdes skjermet over en periode på flere uker uten at dette medfører noen forandring i forholdet som gjorde skjermingen nødvendig. Dette kan tilsa at pasienten har behov for annen form for behandling enn avdelingen kan tilby. Over hvor lang tidsperiode skjerming kan brukes før det skal meldes til kontrollkommisjonen vil avhenge av hvor hyppig bruken av skjerming er i perioden og hvor inngripende tiltakets innhold og gjennomføring er i det enkelte tilfellet.

Kapittel 5. Gjennomføring av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

§ 31 **Kontaktperson**

Pasienter som er under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, skal ha en kontaktperson blant institusjonens behandlingspersonell på dagtid. Institusjonen må påse at pasienten og hans eller hennes pårørende vet hvem de kan kontakte utenom institusjonens åpningstid.

Kommentarer til § 31:

Kravet om at pasienten skal ha en kontaktperson blant institusjonens behandlingspersonell på dagtid, bør ses i sammenheng med kravet om at det utpekes en koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a og forskrift av 16.12. 2011 nr 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Det er imidlertid ikke noe i veien for at kontaktpersonen kan være en annen enn den som er utpekt som koordinator, for eksempel en sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Pasienten og dennes pårørende må videre gis informasjon om hvem som kan kontaktes utenom dagtid. Dette behøver ikke nødvendigvis være en bestemt person. Det behøver heller ikke være personell ved institusjonen, men kan f. eks være vakthavende lege i kommunen. Det vises til forskriftens § 32.

§ 32 **Samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten**

Den ansvarlige institusjon skal etablere et samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten om å lage et opplegg for vernet for pasienter som er under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Et slikt samarbeid skal nedfelles i pasientens individuelle plan.

Kommentarer til § 32:

I hvilken grad tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon vil være bedre for pasienten enn et institusjonsopphold vil i mange tilfeller være avhengig av i hvilken grad pasienten har et nettverk rundt seg. I mange tilfeller vil bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten være nødvendig for en forsvarlig

gjennomføring av vernet. Tjenestetilbudet fra kommunen kan også utgjøre store deler av pasientens nettverk. Det skal derfor etableres samarbeid mellom den behandlingsansvarlige institusjon og kommunens helse- og omsorgstjeneste som skal nedfelles i en eventuell individuell plan.

§ 33 Samarbeid med pasientens pårørende

Under forutsetning av at pasienten ikke motsetter seg det, skal den ansvarlige institusjon søke å etablere et samarbeid med pasientens pårørende.

Kommentarer til § 33:

Med pasientens pårørende menes de personer som er nevnt i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Utgangspunktet er at institusjonens behandlingspersonell har taushetsplikt overfor pasientens pårørende.

Pasienten kan samtykke til at institusjonen etablerer samarbeid med pårørende. Det viktigste er at pårørende blir informert i forbindelse med etableringen av vernet. Dersom pasienten ikke samtykker til slikt samarbeid, men skal bo hos pårørende, vil det i mange tilfeller ikke være forsvarlig å etablere tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon, jf. også § 11 med merknader.

§ 34 Henting

Dersom pasienten ikke møter til undersøkelse eller behandling, kan institusjonens personell om nødvendig hente vedkommende. Henting skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten. Henting kan eventuelt skje med bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Dersom det er behov for bruk av fysisk makt, skal det benyttes bistand fra politiet.

Dersom pasienten etter en henting likevel ikke møter til undersøkelse eller behandling, skal det på nytt vurderes om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold er det beste for pasienten.

Kommentarer til § 34:

Første ledd: Dersom pasienten ikke møter til behandling er det institusjonen som har ansvar for å vurdere om det er nødvendig å hente pasienten. Det forutsettes at det er helsepersonell med selvstendig behandlingsansvar som foretar vurderingen av om pasienten skal hentes og om det er nødvendig med tvang og eventuelt bistand fra andre. Dette fordi det er behandlingspersonellet som kjenner pasienten og som står nærmest til å foreta de faglige vurderingene. Institusjonen kan for øvrig bestemme hvilket personell som faktisk skal utføre avhenting ut fra hva som er

hensiktsmessig i det enkelte tilfelle.

Institusjonen kan be om bistand fra offentlig myndighet ved henting. Dersom det er behov for bruk av fysisk makt skal bistand fra politiet benyttes. Det vises til [Helsedirektoratet og Politidirektoratets rundskriv om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke, IS-5/2012.](#)

Det skal fortløpende vurderes om den vedtatte formen for tvungent psykisk helsevern er til det beste for pasienten, jf. loven § 3-5 tredje ledd og § 3-7 første ledd. Dette skal alltid vurderes dersom pasienten etter henting ikke selv møter til behandling.

Kapittel 6. Pasienter i privat forpleining

§ 35 Virkeområde

Dette kapittelet omfatter forpleining av pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet i henhold til forpleiningskontrakter inngått før 1. januar 2001.

Kommentarer til § 35:

I bestemmelsen presiseres at forskriften regulerer forpleining av pasienter som er under privatpleieordningen ved tidspunktet for lovens ikrafttredelse, d.v.s. 1. januar 2001. Det følger av bestemmelsen at forpleiningskontrakter som inngås etter 1. januar 2001 ikke reguleres av denne forskriften. Privatforpleining er på vei ut av spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsene i forskriften er videreført for å sikre at pasienter som fremdeles er under privat forpleining og som ønsker å være under slik omsorg skal få være det under gode forhold.

§ 36 Krav til privat forpleining

Pasient i privat forpleining skal tilbys

- a) nødvendig pleie og omsorg,
- b) undersøkelse og behandling i samsvar med pasientens behov,
- c) enerom av tilfredsstillende størrelse med tilgang til stue, kjøkken, bad og toalett,
- d) et tilrettelagt aktivitetstilbud.

Kommentarer til § 36:

Bestemmelsen oppstiller enkelte minimumskrav til forpleiningen. Pasienten skal tilbys nødvendig pleie, omsorg, undersøkelse og behandling i samsvar med behov. Det stilles videre krav om tilrettelagt aktivitetstilbud, samt krav om at pasienten skal kunne tilbys enerom med tilgang til øvrige rom, som stue, kjøkken bad og toalett.

Ved behov for helsetjenester må kommunalt personell tilkalles på vanlig måte.

Dersom forpleiningsstedet drives i strid med lov eller forskrift vil tilsynsmyndighetene ved Statens helsetilsyn kunne gi pålegg om å rette mangler eller om stengning, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-1. I sistnevnte tilfelle må regionalt helseforetak ta ansvaret for at virksomheten blir forsvarlig avviklet, herunder sørge for at pasienten

innen rimelig tid får et alternativt og bedre kommunalt bo- og omsorgstilbud i samarbeid med kommunen.

§ 37 Forpleiningskontrakt

Ved privat forpleining skal det foreligge en forpleiningskontrakt mellom det regionale helseforetaket og forpleieren. Fylkesmannen, kontrollkommisjonen og kommunelegen i den kommunen der forpleiningsstedet ligger skal ha gjenpart av kontrakten.

Det regionale helseforetaket kan heve kontrakten med øyeblikkelig virkning dersom forpleieren åpenbart setter seg ut over bestemmelser i kontrakten eller denne forskriften. For øvrig kan begge parter si opp kontrakten med én måneds varsel.

Dersom pasientens tilstand forverres vesentlig og ikke lenger er i samsvar med

forutsetningene for forpleiningsforholdet, kan forpleieren kreve pasienten snarest mulig overført til annen omsorg. Kravet fremsettes overfor vedkommende regionale helseforetak.

Kommentarer til § 37:

Forpleiningskontrakten regulerer forholdet mellom forpleier og regionalt helseforetak. Kontraktene er regionalt helseforetaks virkemiddel for å sikre at pasientene får forsvarlig oppfølging. Fordi forskriften ikke regulerer inngåelse av nye kontrakter, slår bestemmelsen innledningsvis fast at slik forpleiningskontrakt skal foreligge.

Det er viktig at kontrollkommisjon, fylkeslege og kommunelege er orientert om pleieforholdet, og det er derfor særlig uttalt at disse instansene skal ha gjenpart av og melding om endringer i kontrakten.

Hvis pasientens tilstand forverres vesentlig plikter det regionale helseforetak som har ansvaret for pleieforholdet så snart som mulig å ta de nødvendige skritt for å få pasienten under annen egnet omsorg.

Forpleieren skal holde øye med pasientens allmenntilstand, og plikter å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved behov for legetilsyn eller sykepleie for somatisk sykdom.

Forpleieren skal føre tilsyn med pasientens personlige eiendeler.

Helsedirektoratet kan gi nærmere retningslinjer for forpleierens regnskap over pasientens personlige andel av folketrygdens ytelser.

Pasienten må ikke settes til arbeid som medfører risiko for at han eller hun kan komme til skade. Pasienten skal ha godtgjørelse for produktivt arbeid.

Dersom pasienten blir borte fra forpleiningsstedet, skal forpleieren straks varsle den institusjon eller lege som har ansvaret for pasienten. Dersom pasienten ikke kommer til rette innen rimelig tid, skal hans eller hennes verdisaker og effekter oversendes institusjonen eller den institusjonen bestemmer.

Ved pasientens død skal forpleieren straks melde fra til den institusjon eller lege som har ansvaret for pasienten som sender melding til det regionale helseforetaket. Forpleieren melder fra til tingretten eller lensmannen i lensmannsdistrikt. Forpleieren plikter å ta vare på pasientens eiendeler til boet er registrert og tingretten har truffet avgjørelse om disponeringen.

Kommentarer til § 38:

I **første ledd** slås det fast at forpleier plikter å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved behov for legetilsyn eller sykepleie for somatisk sykdom. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at enhver som bor eller oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig helsehjelp.

Forpleieren, hans eller hennes husstand og andre personer i forpleierens tjeneste har taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven kapittel 5.

Bruk av tvangsmidler eller andre restriktive tiltak er ikke tillatt.

Forpleieren skal straks varsle den institusjon eller lege som har ansvaret for pasienten dersom det oppstår vansker i tilknytning til oppholdet eller betydelige forandringer i pasientens tilstand.

Kommentarer til § 40:

Psykisk helsevernloven kapittel 4 inneholder bestemmelser om restriktive tiltak, som restriksjoner i pasientens kontakt med omverdenen, skjerming, og bruk av tvangsmidler. Bestemmelsen forbyr all bruk av restriktive tiltak overfor pasienter i privat forpleining.

Pasienter i privat forpleining og forpleiningsstedet skal være under nærmere faglig oppfølging av den institusjon som det regionale helseforetaket peker ut. Personell fra institusjonen skal besøke forpleiningsstedet så ofte det er nødvendig for å sørge for at pasienten får tilfredsstillende behandling, omsorg og pleie, og for å påse at forpleiningsstedet oppfyller kravet til forsvarlig tjeneste. Rapport fra hvert besøk med vurdering av pasienten og forpleiningsstedet nedtegnes i pasientens journal.

Institusjonen skal gi forpleiningsstedet nødvendig opplæring og veiledning slik at kravet til forsvarlig tjeneste kan oppfylles.

For pasienter som per 1. januar 2001 står under tilsyn av offentlig lege, gjelder første og andre ledd tilsvarende for hans eller hennes leges oppfølging av pasienten frem til oppfølgingsansvaret er overført til en institusjon under det psykiske helsevernet.

Kommentarer til § 41:

Første ledd første punktum: Forsvarlighetskravet og den enkelte pasients behov er avgjørende for hvilken oppfølging som skal gis fra institusjonen eller behandleren som har ansvar for oppfølging av pasienten. Det fastsettes derfor ikke et minimumskrav til antall ganger helsepersonell skal besøke forpleiningsstedet. Tilsvarende vil det være opp til den ansvarlige institusjonen å avgjøre hva slags personell som skal besøke pasienten.

Første ledd annet punktum: Helsepersonell som gjennomfører slike besøk skal innta opplysninger om pasienten i pasientens journal i tråd med dokumentasjonsplikten, jf. helsepersonelloven kapittel 8.

Oversikt over pasienter i privat forpleining skal inngå i institusjonens statistikk.

Institusjonen eller den lege som har ansvaret for pasienten, skal hvert år sende Fylkesmannen en oversikt over pasienter under privat forpleining og redegjøre for pasientenes tilstand, behandling og forpleining.

Kapittel 7. Kontrollkommisjonens virksomhet

I. Generelle bestemmelser

§ 43 Kontrollkommisjonens ansvarsområde

Helsedirektoratet fastsetter ansvarsområdet til den enkelte kontrollkommisjon.

Kommentarer til § 43:

Første ledd: I henhold til psykisk helsevernloven § 6-1 tredje ledd bestemmer departementet hvilket område som skal være tillagt hver kommisjon. Forskriftens § 43 er en delegasjonsbestemmelse hvor denne myndigheten delegeres til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet avgjør dette i samråd med aktuelle fylkesmann. For liste over kontrollkommisjoner, medlemmer og ansvarsområder, se www.helsedirektoratet.no

§ 44 Taushetsplikt

Kontrollkommisjonens medlemmer har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 til § 13e. Taushetsplikten gjelder også pasientens fødselssted, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.

Brudd på taushetsplikten straffes etter straffeloven § 121.

§ 45 Møter

Kontrollkommisjonens leder skal beramme tid og sted for møter. Et medlem som ikke kan møte, skal straks melde dette til kontrollkommisjonens leder, som innkaller varamedlemmet.

Møtene skal holdes for lukkede dører. Kontrollkommisjonen kan likevel gi adgang for andre enn dem som er berørt av saken, dersom særlige grunner taler for det.

Kommentarer til § 45:

Første ledd: Bestemmelsen regulerer berammelse av kontrollkommisjonens møter. Det oppstilles ikke krav om at kontrollkommisjonen skal avholde et visst antall møter. Dette vil være opp til den enkelte kommisjons nærmere behov. Det følger imidlertid av forskriftens § 54 siste ledd at det skal holdes møter når kontrollkommisjonen skal behandle saker etter psykisk helsevernloven § 6-4.

Annet ledd: Møter skal holdes for lukkede dører. Bestemmelsen åpner imidlertid for at det kan gis adgang for andre enn dem som har med saken å gjøre dersom særlige grunner tilsier det. Det må foretas en konkret skjønnsmessig vurdering. Det vises også til domstolsloven § 127. Som særlige grunner etter domstolslovens § 127 har Høyesterett blant annet lagt vekt på om det foreligger samtykke fra sakens parter og om det er faglige grunner som tilsier adgang, jf. Rt. 1998 side 28. I en annen sak ble det lagt vekt på vedkommendes tilknytning til saken og at de opplysningene som ville fremgå av saksdokumentene allerede var kjent for den det gjaldt, jf. Rt. 1998 side 727.

§ 46 Protokoll

Kontrollkommisjonen skal føre protokoll over sin virksomhet.

Protokollen skal blant annet inneholde opplysninger om tid og sted for kontrollkommisjonens møter, kontrollkommisjonens sammensetning og hvilke saker som er behandlet. Dersom det er behandlet klagesak, skal det fremgå hvem som er varslet, hvem av de varslede som har møtt og avgitt forklaring eller uttalelse, og hvilke dokumenter som har vært fremlagt.

Avgjørelser som treffes i kontrollkommisjonens møter skal protokolleres. I protokollen skal det også redegjøres for kontrollkommisjonens kontroll med pasienters opphold ved institusjonen.

Kommentarer til § 46:

Se nærmere om kontrollkommisjonens protokollering i Helsedirektoratets ["Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern" IS 10/2007 kap. 3.1.5.](#)

Kontrollkommisjonen skal innen 1. april hvert år gi Helsedirektoratet en rapport med oversikt over foregående års møte- og tilsynsvirksomhet og de saker som er behandlet.

Helsedirektoratet utferdiger nærmere retningslinjer om hva rapporten skal inneholde.

Kommentarer til § 47:

I henhold til psykisk helsevernloven § 6-1 fjerde ledd har departementet det overordnede ansvaret for at det er i hvert område er en fungerende kontrollkommisjon. Den nærmere oppfølgingen er delegert til Helsedirektoratet. Den årlige rapporten er et av direktoratets virkemidler for å ivareta denne oppgaven. Årsrapporten skal gi et mest mulig dekkende bilde av kontrollkommisjonens virksomhet.

Helsedirektoratet sender kopi av aktuelle rapporter til landets Fylkesmenn.

Helsedirektoratet har utviklet et elektronisk innrapporteringssystem for kommisjonene.⁵³ Direktoratet utgir årlig en rapport om omfanget av bruk av tvang i det psykiske helsevernet, bl.a. basert på årsrapportene fra kommisjonene.

På forespørsel fra kontrollkommisjonen, skal helsepersonell gi opplysninger og fremlegge dokumenter som kontrollkommisjonen vurderer som nødvendig for utøvelsen av sin virksomhet, herunder

- a) dokumenter utarbeidet i forbindelse med vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern
- b) oppgave over pasienter som er overført til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i psykisk helsevernloven § 3-5, jf. loven § 4-10 og § 5-4
- c) pasientjournal
- d) individuell plan, jf. psykisk helsevernloven § 4-1
- e) protokoll for bruk av skjerming, jf. psykisk helsevernloven § 4-3
- f) protokoll for behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4
- g) protokoll for bruk av tvangsmidler, jf. psykisk helsevernloven § 4-8.

⁵³ Kontrollkommisjonene logger seg inn via <http://www.helsedirektoratet.no/>

Kommentarer til § 48:

Bestemmelsen regulerer kontrollkommisjonenes rett til å få opplysninger og dokumenter på forespørsel. Listen over dokumenter som følger av bokstavene a- g er ikke uttømmende. Det er kontrollkommisjonen som avgjør om opplysninger skal gis. Kontrollkommisjonen skal ha tilgang på opplysninger eller et dokument som inneholder informasjonen som er nødvendig for at kontrollkommisjonen skal kunne utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Da dokumentene inneholder sensitive opplysninger må det i hvert enkelt tilfelle vurderes om en slik forespørsel er nødvendig. Kontrollkommisjonene må særlig vise tilbakeholdenhet i saker som angår pasienter under frivillig psykisk helsevern.

Bestemmelsen åpner for at kontrollkommisjonen også kan be om å få opplysninger og dokumenter utenom besøk i institusjonen.

Se Helsedirektoratets ["Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevern" IS 10/2007 kap. 3.1.3.1](#) for beskrivelse av kommisjonenes tilgang til elektronisk pasientjournal.

§ 49 Meddelelser til pasienten

Meddelelser til pasienten skal skje i lukket brev til han eller henne personlig.

Meddelelsen kan sendes ved bruk av elektronisk kommunikasjon såfremt pasienten samtykker til det, og det er benyttet en betryggende metode for å sikre konfidensialitet.

Kommentarer til § 49:

Bestemmelsen gjelder meddelelser i alle saker hvor kontrollkommisjonen treffer avgjørelser og vedtak. Meddelelser skal gis skriftlig. Kontrollkommisjonen bør forvisse seg om at pasienten forstår dokumentenes innhold.

Kontrollkommisjonen skal treffe de avgjørelser og føre den kontroll med pasienter i privat forpleining som følger av psykisk helsevernloven og denne forskriften.

Kontrollkommisjonens besøk skal vanligvis være uanmeldt, og bør skje til ulike tider på dagen. Finner kontrollkommisjonen at behandling og forpleining ikke er tilfredsstillende, eller at pasientens tilstand krever forandring i forpleiningen, skal det meldes fra til den institusjon eller lege som har ansvaret for pasienten, som straks skal ta de nødvendige skritt for å rette på forholdet eller få pasienten overført til institusjonen eller annet egnet sted. Underretning skal samtidig sendes Fylkesmannen.

Kommentarer til § 50:

Ordningen med pasienter i privat forpleining er under avvikling, og det vil være svært sjelden at kontrollkommisjoner vil ha oppgaver i form av klagebehandling for denne gruppen.

Kontrollkommisjonens funksjon i forhold til å føre kontroll med pasientens velferd er av like stor betydning for disse pasientene. Det vil blant annet være behov for at kontrollkommisjonene i samtale med pasientene forsikrer seg om at de forstår grunnlaget for oppholdet, og følger opp i de tilfeller pasienten f.eks. gir uttrykk for et ønske om å bo i egen bolig.

II. Saksbehandlingsregler i klagesaker

Dette avsnittet gjelder for alle klagesaker. Ved behandling av klage i sak om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt sak om overføring, kommer også bestemmelsene i psykisk helsevernloven § 6-4 til anvendelse.

Kommentarer til § 51:

Dersom kontrollkommisjonen behandler klage i sak om tvungen observasjon, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt sak om overføring, må reglene som er oppstilt i forskriften anvendes sammen med reglene i psykisk helsevernloven § 6-4.

Kontrollkommisjonen kan be om at den faglig ansvarlige for vedtak gir en skriftlig redegjørelse innen en frist fastsatt av kontrollkommisjonen. I klagesaker etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og klage på overføringsvedtak etter § 4-10 og § 5-4, skal den faglig ansvarlige på eget initiativ gi skriftlig redegjørelse.

Redegjørelsen skal inneholde opplysninger om den avgjørelse som er påklaget, herunder den faglig ansvarliges vurdering av lovens vilkår. Det skal også redegjøres for de opplysninger som den faglig ansvarlige har bygget sin avgjørelse på.

Når redegjørelsen er kommet inn til kontrollkommisjonen, skal den snarest gjøres kjent for pasienten og den som eventuelt handler på pasientens vegne.

Kommentarer til § 52:

Første ledd: Bestemmelsen fastsetter at faglig ansvarlig i klagesaker etter loven kapittel 3 og klage på overføringsvedtak etter loven § 4-10 skal gi en skriftlig redegjørelse for saken. I andre saker kan kontrollkommisjonen be om å få slik redegjørelse skriftlig. Regelen om at faglig ansvarlig har plikt til å gi skriftlig redegjørelse i førstnevnte klagesaker er ny. Bakgrunnen for endringen er at kontrollkommisjoner har gitt tilbakemelding om at dette er et nødvendig tiltak overfor faglig ansvarlige som eventuelt ikke belyser saken godt nok. Samtidig viser en evaluering av kontrollkommisjonene⁵⁴ at disse redegjørelsene er av stor verdi i forhold til å få belyst klagesakene godt.

Saksbehandlingen i alle ledd er avgjørende for at den totale saksbehandlingstiden i klagesaker skal bli kortest mulig. Dette gjelder blant annet fristen faglig ansvarlig gis for sin redegjørelse. Bestemmelsen oppstiller en regel om at kontrollkommisjonen fastsetter fristen for faglig ansvarlig til å gi uttalelse. Fristens lengde vil avhenge av den enkelte sak. Dersom det er nødvendig kan kontrollkommisjonen forlenge fristen.

Annet ledd: Pasienten og/eller den som handler på hans eller hennes vegne må gis anledning til å imøtegå redegjørelsen. Dette vil som hovedregel skje under det senere møtet til behandling av saken, men kan også skje ved at det fastsettes en nærmere frist for å gi uttalelse, jf. forskriften § 53 bokstav c.

⁵⁴ Evaluering av kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern IS-1338

§ 53 Informasjon til pasienten

Kontrollkommisjonen skal underrette pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne om

- a) navnet på kontrollkommisjonens medlemmer
- b) at pasienten og/eller den som handler på hans eller hennes vegne, har rett til å være til stede, jf. § 56
- c) tidspunktet for berømmelse og at pasienten har anledning til å uttale seg før kontrollkommisjonen avgjør saken
- d) at pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, må gi beskjed snarest mulig dersom det vil anføres at noen av kontrollkommisjonens medlemmer er inhabile.

Kommentarer til § 53:

Bestemmelsen må sees i sammenheng med reglene om veiledning, forhåndsvarsling og om utrednings- og informasjonsplikt i forvaltningslovens §§ 11, 16 og 18.

§ 54 Sakens opplysning

Kontrollkommisjonens leder skal påse at saken blir så godt opplyst som mulig.

Skal vitner eller sakkyndige forklare seg for kontrollkommisjonen, sørger lederen for at de blir innkalt. Begjæring fra pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, om å få innhentet opplysninger eller avhørt vitner, kan avvises av kontrollkommisjonen dersom opplysningene synes å være uten betydning for saken.

Kontrollkommisjonens avgjørelse skal begrunnes.

Forklaringer som avgis til lederen alene skal skrives ned. For øvrig avgjør kontrollkommisjonen i hvert enkelt tilfelle i hvilken utstrekning protokollering av forklaringer skal finne sted.

I saker etter psykisk helsevernloven § 6-4 skal det holdes møter. Forvaltningsloven § 17 gjelder tilsvarende.

Kommentarer til § 54:

Første ledd: Bestemmelsen er i overensstemmelse med psykisk helsevernloven §

6-4 annet ledd og forvaltningsloven § 17 første ledd. Kontrollkommisjonens leder skal av eget tiltak sørge for at saken blir best mulig opplyst. Innhenting av redegjørelse fra faglig ansvarlig og uttalelse fra pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne vil være et viktig ledd i dette. Det kan etter forholdene også være naturlig å be om uttalelse fra pasientens nærmeste pårørende. Dette må eventuelt skje i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt. Det vises også til forskriftens § 48 om kontrollkommisjonens tilgang på opplysninger.

Annet ledd: I saker etter loven kapittel 3, samt sak om overføring, har vitner eller sakkyndige møteplikt for kontrollkommisjonen etter de regler som gjelder for hovedforhandling ved tingretten, jf. psykisk helsevernlovens § 6-4 annet ledd og tvisteloven kapittel 24 og 25. Begjæring om bevisopptak for tingretten i disse sakene er regulert i psykisk helsevernloven § 6-4 tredje ledd, jf. tvisteloven kapittel 28. Tvisteloven er ikke gitt tilsvarende anvendelse for de øvrige sakene etter psykisk helsevernloven.

Femte ledd: Kontrollkommisjonen skal avholde møter i saker som faller inn under psykisk helsevernloven § 6-4. Sakene etter lovens § 6-4 gjelder spørsmålet om etablering og opprettholdelse av tvungent vern. Slike klager skiller seg fra klager som faller utenfor bestemmelsen ved at det dreier seg om vedtak om frihetsberøvelse.

Når kontrollkommisjonens leder finner at saken er tilstrekkelig forberedt, tas saken opp til avgjørelse.

Vedtaket treffes av fulltallig kommisjon. Før vedtak treffes, holder kontrollkommisjonen rådslagning og stemmegivning. Når stemmene står likt, gjør lederens stemme utslaget.

Vedtaket skal inneholde

- a) opplysning om kontrollkommisjonens sammensetning samt tid og sted for det avsluttende møtet
- b) en kort fremstilling av hva saken gjelder, avgjørelsesgrunnene og slutningen
- c) de faktiske forhold som har vært avgjørende for vedtaket samt de hensyn som er lagt vekt på ved en eventuell skjønnsutøvelse
- d) opplysning om vedtaket er enstemmig
- e) grunner for de forskjellige standpunkter dersom vedtaket ikke er enstemmig.

Kontrollkommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen 2 uker etter at saken ble brakt inn for den. Dersom fristen ikke kan overholdes, skal grunnen til dette fremgå av vedtaket.

Vedtaket skal underskrives av kontrollkommisjonens medlemmer eller av kontrollkommisjonens leder etter fullmakt. Dersom det foreligger slik fullmakt, skal det fremgå av vedtaket.

Kopi av vedtaket skal snarest mulig sendes pasienten, den som handler på pasientens vegne og den faglig ansvarlige for vedtaket. Dersom klageren er en annen enn pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, skal også denne underrettes om vedtaket.

Kommentarer til § 55:

Første ledd: I saker om etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, opprettholdelse og opphør av tvungent psykisk helsevern, samt sak om overføring, skal kontrollkommisjonen prøve alle sider av saken, jf. loven § 6-4 femte ledd. Dette innebærer at kontrollkommisjonen også kan ta opp til prøving forhold som ikke er påberopt av klager. For øvrige saker etter loven vises det til forvaltningsloven § 34 annet ledd.

Fjerde ledd: Bestemmelsen fastsetter nærmere saksbehandlingstid for behandling

av klage. Utgangspunktet for fristen på to uker er tidspunktet saken kommer inn til kontrollkommisjonen. Hvis fristen ikke kan overholdes skal grunnen til dette opplyses i vedtaket.

For at klageadgangen skal være reell og for å unngå at tiltak gjennomføres over en relativt lang periode uten overprøving, bør kontrollkommisjonen behandle klager så raskt som mulig.

Femte ledd: Bestemmelsen fastsetter at vedtak skal underskrives av kontrollkommisjonens medlemmer, eventuelt av kontrollkommisjonens leder etter fullmakt. Dersom vedtaket kun underskrives av leder må det fremgå av vedtaket at leder er gitt fullmakt til å underskrive på vegne av kontrollkommisjonen, for eksempel ved at det står "for kontrollkommisjonen, leders navn, etter fullmakt".

Sjette ledd andre setning: Når det gjelder spørsmålet om innsyn i vedtaket eller dokumenter i saken, vises det til forvaltningsloven § 19 annet ledd.

§ 56 Pasientenes rett til å være til stede

Pasienten og den som handler på hans eller hennes vegne, har rett til å være til stede i møter der det skal opptas forklaringer eller gis muntlige redegjørelser til bruk i saken.

Dersom sterke grunner taler for det, kan kontrollkommisjonen bestemme at pasienten skal forlate møtet. Når pasienten kommer tilbake til møtelokalet skal han eller hun gjøres kjent med det som er opplyst under hans eller hennes fravær. Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, jf. pasientrettighetsloven § 3-2.

Kommentarer til § 56:

Bestemmelsen regulerer pasientens rett til å være til stede i møter hvor det opptas forklaring eller gis muntlig redegjørelse til bruk i klagesaken. Dette vil særlig være aktuelt i saker etter psykisk helsevernloven § 6-4. I øvrige klagesaker vil det etter forholdene være anledning til skriftlig saksforberedelse. Retten til å være til stede omfatter også pasientens advokat eller andre som opptrer på pasientens vegne. I de tilfeller klage er fremsatt av pasientens nærmeste eller offentlig myndighet vil tilstedeværelse være betinget av pasientens samtykke.

Annet ledd oppstiller en regel om at pasienten kan bes om å forlate møtet dersom sterke grunner tilsier det. Sterke grunner vil kunne være tilsvarende hensyn som begrunner at pasienten ikke skal gjøres kjent med hva som er opplyst under hans eller hennes fravær. Bestemmelsens andre ledd er i overensstemmelse med prinsippene bak pasient- og brukerrettighetslovens regler om informasjon til

pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 tredje ledd.

III. Etterprøving av vedtak uten klage

§ 57 Dokumentkontroll

Når noen er undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal kontrollkommisjonen snarest mulig forvisse seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-2 eller § 3-3, jf. loven § 3-8 første ledd.

Dersom kontrollkommisjonen på bakgrunn av de fremlagte dokumenter finner at vedtaket lider av alvorlige formelle eller materielle feil, kan vedtaket kjennes ugyldig.

Resultatet av dokumentkontrollen skal protokolleres.

Kommentarer til § 57:

Det følger av psykisk helsevernloven § 3-8 første ledd at underretning sendes kontrollkommisjonen når tvungent psykisk helsevern er opprettet. Kommisjonen skal deretter foreta kontroll av dokumentene i saken. Lovens ordlyd er ikke til hinder for at den enkelte kontrollkommisjon inngår avtale med institusjonen om rutiner for dokumentkontrollen. Hvor kontrollkommisjonen holder jevnlige og hyppige møter i institusjonen kan det etter forholdene være hensiktsmessig at dokumentene ikke sendes kontrollkommisjonen, men gjennomgås og vurderes i institusjonen.

Kontrollkommisjonen skal utføre formell kontroll med at etableringsrutinene er fulgt. Det må vurderes om det foreligger uttalelse fra lege, jf. psykisk helsevernloven § 3-1, og eventuelt begjæring om tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-6. Det skal videre vurderes om det er foretatt ny legeundersøkelse på institusjonen, og om pasienten og eventuelt andre er gitt anledning til å uttale seg, jf. psykisk helsevernloven § 3-9. Kontrollkommisjonen skal videre kontrollere at den faglig ansvarliges vedtak bygger på en vurdering av vilkårene for tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-3, dvs. vurderinger i forhold til hovedvilkår, tilleggsvilkår, helhetsvurdering m.v.

Dersom det foreligger alvorlige materielle eller formelle feil kan vedtaket kjennes ugyldig. Et eksempel på feil som kan føre til ugyldighet er vedtak opprettet ved overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern i strid med psykisk helsevernloven § 3-4. Det bør også vurderes om vedtaket skal kjennes ugyldig hvis det mangler legeopplysninger, eller hvis slike opplysninger ikke er i tråd med gjeldende regelverk. Imidlertid vil ikke enhver feil resultere i ugyldighet. Feil som for eksempel at vedtaket mangler underskrift eller uriktig paragrafhenvvisning bør etter forholdene kunne rettes. Det vises til forvaltningsloven § 41. Eventuelle feil bør tas opp med faglig ansvarlig.

Resultatet av dokumentkontrollen skal protokolleres, og omfanget av feil bør fremgå i kontrollkommisjonens årlige rapportering til Helsedirektoratet.

Se for øvrig Helsedirektoratets ["Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevern" IS 10/2007 kap. 3.2 1.1 Dokumentkontroll.](#)

§ 58 Etterprøving etter 3 måneder

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det er gått 3 måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 andre ledd.

Kontrollkommisjonen skal vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern fremdeles er til stede. Hensiktsmessigheten av vernet skal særlig vurderes. Kontrollkommisjonen skal samtidig kontrollere at pasienten har fått individuell plan.

Kontrollkommisjonen skal påse at saken er så godt opplyst som mulig, og kan prøve alle sider av saken. Pasienten har rett til å uttale seg, jf. psykisk helsevernloven § 3-9. Vedtaket treffes av fulltallig kommisjon.

Kopi av vedtaket sendes pasienten, den som handler på pasientens vegne og den faglig ansvarlige for vedtaket snarest mulig.

Kommentarer til § 58:

Første ledd: Det følger av psykisk helsevernloven § 3-8 andre ledd at kontrollkommisjonen av eget tiltak skal vurdere om det er behov for tvungent vern dersom det er gått tre måneder etter vedtaket og pasienten ikke selv har klaget. Kontrollkommisjonens etterprøving vil være et enkeltvedtak i henhold til forvaltningsloven. Kontrollen skal bare foretas én gang.

Annet ledd: Gjenstanden for etterprøving uten klage er videre enn det som er gjenstand for dokumentkontroll etter psykisk helsevernloven § 3-8 første ledd og forskriftens § 57. På den annen side vil ikke etterprøving uten klage utløse de samme prosedyrer som klagebehandling etter psykisk helsevernloven § 6-4.

At kontrollkommisjonen særlig skal vurdere hensiktsmessigheten av vernet innebærer at kommisjonen skal påse at vernet etter en helhetsvurdering fremtrer som det klart beste for pasienten, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet er for vedkommende, og om institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. For pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon bør kontrollkommisjonen vurdere pasientens totale situasjon, herunder hvordan samarbeidet med primærhelsetjenesten fungerer.

I tillegg skal kontrollkommisjonen kontrollere at pasienten har fått individuell plan, jf

psykisk helsevernloven § 4-1. Dersom Kontrollkommisjonen mener planen er åpenbart mangelfull vil dette være forhold som kan utløse den generelle varslingsplikten til fylkesmannen i forskriftens § 63 fjerde ledd.

Mangel på individuell plan vil ikke alene være grunnlag for å oppheve det tvungne vernet, men det vil kunne være en indikasjon på manglende planlegging av pasientens behandling og videre oppfølging. Dette kan sammen med andre momenter tilsi opphør av vernet etter hensiktsmessighetsvurderingen.

Se for øvrig Helsedirektoratets "Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet IS 10/2007 kapittel 3.2.1.2 og 4.2.2.

Tredje ledd: I tråd med forvaltningsloven § 17 skal kontrollkommisjonen påse at saken er så godt opplyst som mulig. Grunnlaget for kontrollkomisjonens etterprøving vil blant annet være faglig ansvarliges vurdering, jf. psykisk helsevernloven § 4-9, og øvrige dokumenter i saken. Det vises også til forskriften § 13 annet ledd hvor det fremgår at resultatet av faglig ansvarliges kontrollundersøkelse skal inntas i pasientens journal og sendes kontrollkommisjonen i kopi. Pasienten skal som hovedregel gis anledning til å uttale seg, jf. psykisk helsevernloven § 3-9 og forvaltningsloven § 16. Kontrollkommisjonen bør i hvert enkelt tilfelle vurdere hvordan forhåndsvarslingen skal skje.

Vedtaket skal treffes av fulltallig kommisjon. Det betyr at alle kommisjonens medlemmer skal involveres i vurderingen, og at vedtaket skal underskrives av alle kontrollkommisjonens medlemmer, eller av leder ved fullmakt.

Det kreves imidlertid ikke at saken behandles i møte slik regelen er ved behandling av enkelte typer klager, jf. loven § 6-4 første og syvende ledd.

Se for øvrig Helsedirektoratets maler for kontrollkommisjonsvedtak på www.helsedirektoratet.no

§ 59 Samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Dersom tvungent psykisk helsevern skal ha varighet utover 1 år, må kontrollkommisjonen samtykke til dette, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd.

Saksbehandlingen ved forlengelse vil være tilsvarende den etterprøving som følger av § 58.

Kommentarer til § 59:

I henhold til psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd kreves kontrollkommisjonens samtykke hvis tvungent psykisk helsevern skal ha varighet utover ett år. Det er ansvarlig institusjon som må ta initiativ til forlengelse av vernet. Kontrollkommisjonen skal vurdere om behovet for vern fremdeles er til stede på tilsvarende måte som ved

behandling etter forskriften § 58. Pasientens uttalelse kan etter forholdene måtte vurderes som en begjæring om opphør, jf. loven 3-7 tredje og fjerde ledd. Kontrollkommisjonen skal i slike tilfeller behandle saken som en klage etter reglene i psykisk helsevernloven § 6-4.

Vedtak om samtykke til forlengelse av vernet må treffes innen ett år fra etableringen av tvungent psykisk helsevern. Denne fristen er absolutt slik at konsekvensen av eventuell forsinkelse er at vedtaket opphører. Nytt tvungent vern må eventuelt etableres.

Se for øvrig Helsedirektoratets ["Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern IS 10/2007 kapittel 3.2.1.3.](#)

§ 60 Psykisk helsevern for barn under 16 år

Psykisk helsevern for barn under 16 år som ikke er enig i tiltaket, kan iverksettes selv om kontrollkommisjonen ikke har behandlet saken etter psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd og § 2-2 fjerde ledd.

Barnet kan når som helst be om at det psykiske helsevernet skal opphøre. Dersom det besluttes at vernet skal opprettholdes, kan spørsmålet bringes inn for kontrollkommisjonen til etterprøving. Kontrollkommisjonen skal snarest mulig ta saken til behandling.

Kommentarer til § 60:

Første ledd: I henhold til lovens § 2-1 annet ledd og § 2-2 fjerde ledd kreves kontrollkommisjonens vedtak for opprettelse av psykisk helsevern med opphold i institusjon overfor barn og unge mellom 12-16 år som motsetter seg vernet. Vernet kan likevel etableres før kontrollkommisjonen har behandlet saken. Kontrollkommisjonen bør behandle saken raskt.

Kontrollkommisjonen skal i sin behandling av saken la barnet uttale seg. Det bør også innhentes uttalelse fra barnets foreldre og institusjonen. Kontrollkommisjonens avgjørelse vil måtte bygge på foreldrenes og barnets oppfatninger sammenholdt med foreliggende medisinske og psykiatriske opplysninger. Kontrollkommisjonen må ta sin avgjørelse på bakgrunn av hva som etter en helhetsvurdering må anses å være til beste for barnet.

Andre ledd: Barnet kan også senere ta opp spørsmålet om opphør av vernet med institusjonen. Hvis det besluttes at vernet skal opprettholdes kan barnet bringe denne beslutningen inn for kontrollkommisjonen. Kommisjonen må prøve saken på tilsvarende måte som beskrevet i første ledd. Det bør ses hen til pågående behandlingsopplegg og til pasientens individuelle plan, jf. psykisk helsevernloven § 4-1.

IV. Kontroll med pasientens opphold ved institusjonen

§ 62 Besøk

Kontrollkommisjonen skal minst 1 gang per måned besøke institusjoner eller avdelinger som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. I andre institusjoner og steder med privat forpleining skal besøk skje minst 4 ganger i året. Besøket kan skje ved ett eller flere av kontrollkommisjonens medlemmer. Noen av besøkene bør skje uanmeldt.

Helsedirektoratet kan gi dispensasjon fra første ledd.

Kommentarer til § 62:

Kontrollkommisjonene er tillagt oppgaver både med klagebehandling og kontroll med institusjonenes bruk av tvangstiltak. For å kunne utføre oppgavene hensiktsmessig bør kontrollkommisjonene jevnlig besøke institusjonene det føres kontroll med. Det understrekes at tilsynet med institusjonene skal ivaretas av Fylkesmannen og Statens helsetilsyn. Det sentrale med kontrollkommisjonenes besøk ved institusjonene er således å skaffe tilstrekkelig oversikt til å kunne utføre egne oppgaver på forsvarlig måte. Besøkshyppigheten vil måtte variere etter type institusjon og antall pasienter.

Bestemmelsen oppstiller minimumskrav til antall besøk. Det skilles mellom institusjoner som er godkjent for å ha ansvar for pasienter til tvungent psykisk helsevern til døgnopphold og institusjoner som ikke har slik godkjenning. Dette innebærer at minimumskravet til besøk ved f. eks et distriktpspsykiatrisk senter som bare har ansvar for pasienter under frivillig psykisk helsevern og/eller pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold vil være fire ganger i året.

Kontrollkommisjonen skal ikke drive besøksvirksomhet direkte i forhold til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Kontrollkommisjonen må imidlertid ha oppmerksomheten rettet mot også disse pasientene ved besøk i institusjonen som har ansvar for pasienten. Hvis pasienten ønsker det vil det også være naturlig at det under besøket avsettes til samtale med pasienten.

Kontrollkommisjonen skal føre kontroll med bruken av restriktive tiltak.

Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gjennomgå protokollene om bruk av skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler. Kontrollkommisjonen skal undersøke om det er husordensreglement ved institusjonen og påse at dette er i overensstemmelse med gjeldende lovgivning.

Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gi pasientene anledning til å fremsette klager over vedtak etter psykisk helsevernloven, og ellers ta opp forhold av betydning for pasientens opphold ved institusjonen eller forpleiningsstedet. Pasienter som er innlagt i institusjonen uten eget samtykke etter siste besøk, skal få tilbud om samtale med kontrollkommisjonen. For øvrig kan kontrollkommisjonens medlemmer så vidt mulig bistå pasientene med råd og hjelp.

Kontrollkommisjonen skal varsle Fylkesmannen om alvorlige forhold ved institusjonen. Ellers kan kontrollkommisjonen ta forholdet opp med institusjonens ledelse eller den faglig ansvarlige for vedtak.

Kommentarer til § 63:

Bestemmelsen regulerer det generelle innholdet i kontrollkommisjonens kontroll med pasientens opphold i institusjon. Bestemmelsen angir ikke uttømmende hva kontrollen kan bestå i, men gir kun retningslinjer. Bestemmelsen gjelder tilsvarende for pasienter i privat forpleining.

Kontrollkommisjonens fremste oppgave er å føre kontroll med bruk av integritetsinngripende tiltak, og med at dette skjer i henhold til bestemmelsene i psykisk helsevernloven. Bruk av skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler skal kontrolleres ved gjennomgang av tvangsprotokollene, se også § 30 første ledd med merknad.

Kontrollkommisjonene har et visst ansvar for kontroll av disse tiltakene. Ansvarer begrenser seg til løpende tilsyn på grunnlag av opplysninger som umiddelbart fremgår av protokollen, eksempelvis i hvilket omfang tiltakene benyttes og at det ved bruk av medikamenter benyttes registrerte preparater og vanlige doser (jf. kravene i loven § 4-4 annet ledd bokstav a). Ansvarer omfatter ikke en nærmere gjennomgang av hvorvidt medikamenter er egnet i behandlingen av en pasient.

Kontrollkommisjonens ansvar ved gjennomgang av protokoller under gjennomføring av velferdskontroll begrenser seg til å "slå alarm" dersom det fremgår av protokollene at institusjonen benytter et tiltak i påfallende stort omfang, herunder at bruk av preparat eller doser fremstår som påfallende. I tilfeller der forholdene fremstår som alvorlige har kontrollkommisjonen plikt til å varsle Fylkesmannen jf. **fjerde ledd**.

Ellers bør kontrollkommisjonen ha oppmerksomhet rettet mot institusjonens

generelle bruk av andre restriktive tiltak, som for eksempel restriksjoner i forbindelse med omverdenen, jf. loven § 4-5.

Pasienter som er innlagt uten eget samtykke skal etter innleggelsen gis mulighet for samtale med kontrollkommisjonen. Det må også sørges for at pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon får dette tilbudet. Kontrollkommisjonen bør også være oppmerksom på barn og unge under 16 år som er uenig i opphold i institusjon jf. psykisk helsevernloven §§ 2-1 og 2-2.

Når det gjelder kvaliteten på behandlingen, og tilfeller av uheldig atferd fra helsepersonell vises det til den tilsynsmyndighet som ved lov er pålagt Fylkesmannen og Statens helsetilsyn. Når det gjelder generell informasjon, råd og veiledning til pasientene, kan pasient- og brukerombudsordningen fremheves. Det vises til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8 om pasient- og brukerombudets formål og nærmere oppgaver. Hvis pasienten tar opp forhold som ligger utenfor kontrollkommisjonens område, bør pasienten vises til rette organ.

Se for øvrig Helsedirektoratets ["Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern IS 10/2007 kapittel 4"](#) om kommisjonenes velferdskontroll.

V. Godtgjøring m.m.

§ 64 Omfang

Godtgjøring gis for faktisk medgått tid til møteforberedelse, arbeid i møter, klagebehandling, tilsynsreiser m.m. Det skal være den samme godtgjøring for arbeid i og utenfor møter. Det gis godtgjøring for hver påbegynte halvtime. Godtgjøring for forberedende arbeid og reisefravær avrundes under ett oppover til nærmeste halvtime.

Kommentarer til § 64:

Når kontrollkommisjonene er høringsinstans ved endringer i regelverk som kommisjonene jobber innenfor vil arbeid med å skrive høringssvar utløse honorar for medgått tid etter denne bestemmelsen. Kommisjonene må selv vurdere om de vil bidra ut fra kapasitet og om kommisjonen sitter på erfaringer/ synspunkter som bør videreformidles.

Kontrollkommisjonens medlemmer får godtgjøring per time. Satsen beregnes i prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen fastsatt av Justisdepartementet etter forskrift 3. desember 1997 nr. 1441 om salær fra det offentlige til advokater m.v. § 2.

Det skal ikke utbetales feriegodtgjøring i tillegg til godtgjøringssatsene. Annet fravær som for eksempel sykdom, godtgjøres heller ikke.

Eventuelle vikarer under ferie- eller sykefravær for kommisjonens leder eller øvrige medlemmer gis godtgjøring tilsvarende for leder og øvrige medlemmer.

Godtgjøringssatsene reguleres uten særlig varsel i samsvar med de reguleringer som til enhver tid fastsettes av Justisdepartementet.

Leder og varaleder:

- a) jurist som er i dommerembete eller som er ansatt i annen stilling, godtgjøres per time med 75 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen
- b) advokat som er selvstendig næringsdrivende godtgjøres per time med 100 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

Lege og varamedlem for lege:

- a) lege i lønnet stilling godtgjøres per time med 75 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen
- b) lege som er selvstendig næringsdrivende godtgjøres per time med 100 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

Øvrige medlemmer:

- a) øvrige medlemmer og varamedlemmer godtgjøres per time med 37,5 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen
- b) medlem og varamedlem som er selvstendig næringsdrivende som hovedstilling, godtgjøres per time med 50 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

Sekretærhjelp:

Sekretærer som bistår kommisjonen godtgjøres per time med 25 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

Kommentarer til § 65:

Formålet med forhøyet sats til selvstendig næringsdrivende er å kompensere for merutgifter til kontorhold.

Det er et spørsmål hvilken sats som skal gjelde når et kontrollkommisjonsmedlem

både er ansatt i lønnet stilling og i tillegg driver som selvstendig næringsdrivende/privatpraktiserende lege:

Leder og legemedlem

Det avgjørende for om forhøyet sats skal gis eller ikke er om det aktuelle medlemmet i sin private legepraksis eller selvstendige næringsvirksomhet som advokat i vesentlig utstrekning har utgifter til eget kontor m.m. Hvorvidt dette er tilfelle må avgjøres konkret. Typiske vesentlige utgifter til kontorhold vil kunne være løpende leie, drifts- og vedlikeholdsutgifter knyttet til kontorlokaler, som strøm, internett, vask, administrasjons-, lønns- og personalutgifter knyttet til kontordriften, investeringer, drifts- og vedlikeholdsutgifter knyttet til typiske kontormaskiner som pc, kopimaskin, prosjektor osv.

Det kan neppe stilles krav om at medlemmet kan påvise konkrete kontorholdsutgifter knyttet til den enkelte kontrollkommisjonssak. Det må være tilstrekkelig å dokumentere at medlemmet i sin selvstendige næringsvirksomhet som advokat eller privatpraksis som lege i vesentlig utstrekning faktisk har utgifter til eget kontor m.m.

Dette innebærer på den annen side at et medlem som i tillegg til stilling som ansatt er selvstendig næringsdrivende advokat eller privatpraktiserende lege, men som ikke i vesentlig utstrekning har utgifter til kontor m.m. knyttet til den private virksomheten, kun skal gis ordinær sats for godtgjøring.

Øvrige kontrollkommissjonsmedlemmer som er selvstendig næringsdrivende skal anses å ha sin hovedstilling i den selvstendige næringsvirksomheten og gis forhøyet sats dersom den selvstendige næringsvirksomheten trekker skatt etter del A i skattekortet.

§ 66 Beregning av timeantall som det skal gis arbeidsgodtgjøring for

I tidsrommet kl. 0800-1600 på hverdager (mandag til fredag) gis godtgjøring for reisetid og annet fravær. Til andre tider gis godtgjøring for reisetid.

Finner Fylkesmannen at det er benyttet lengre tid enn hva som er rimelig og nødvendig, skal salæret settes ned. Før dette skjer skal vedkommende som har innlevert arbeidsoppgaven, gis mulighet til å uttale seg. Hvilket tidsforbruk som er rimelig og nødvendig må avgjøres etter et konkret skjønn. Dersom det finnes nødvendig, kan Fylkesmannen innhente sakens dokumenter for vurdering av saksforberedelsens omfang. Settes salæret ned, skal dette begrunnes.

§ 67 Tapt arbeidsfortjeneste

Dersom deltagelse i kommisjonen medfører tapt arbeidsinntekt, kan Fylkesmannen i det enkelte tilfelle samtykke til at det gis erstatning i tillegg til godtgjøringen. Tap i arbeidsinntekt kan dekkes med inntil det beløp som til enhver tid er bestemt i Statens personalhåndbok og kongelig resolusjon om styrer, råd og utvalg m.v.

§ 68 Reisegodtgjøring

For reiser i kontrollkommisjonens tjeneste gjelder særavtale for reiser innenlands for statens regning.

Søknader om å benytte eget transportmiddel sendes til og avgjøres av Fylkesmannen.

§ 69 Regnskapsrapport og årsregnskap

Fylkesmannen skal innen 10. september hvert år sende regnskapsrapport for kommisjonens samlede utgifter per 31. august til Helsedirektoratet.

Fylkesmannen skal innen 10. januar det påfølgende året sende avsluttet årsregnskap for kommisjonens samlede utgifter til Helsedirektoratet.

Kapittel 8. Sluttbestemmelser

§ 70 Overgangsbestemmelse

Endringen i vilkåret for midlertidig godkjenning etter § 2 tredje ledd gjøres gjeldende for nye søknader. Eksisterende midlertidige godkjenninger gjelder ut den fastsatte tidsfristen.

Forskriften trer i kraft 1. januar 2012.

Fra samme tidspunkt oppheves:

1. Forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet
2. Forskrift 3. november 2000 nr. 1098 om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern
3. Forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke
4. Forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet
5. Forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
6. Forskrift 21. desember 2000 nr. 1409 om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet
7. Forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet
8. Forskrift 21. desember 2000 nr. 1407 om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet
9. Forskrift 13. september 2004 nr. 1260 om godtgjøring m.m. til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet
10. Forskrift 15. desember 2006 nr. 1423 om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet
11. Forskrift 15. desember 2006 nr. 1424 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv.



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

