



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 65

(2005–2006)

Om lov om endringer i psykisk helsevernloven
og pasientrettighetsloven m.v.

Innhold

Del I	7	4.4.2	Omfang av tvang og frivillighet ved innleggelse	19	
1	Proposisjonens hovedinnhold	9	4.4.3	Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold	20
2	Særskilte hensyn bak lovgivningen innen psykisk helsevern	12	4.4.4	Tvangsmidler	20
2.1	Rettssikkerhetshensyn	12	4.4.4.1	Mekaniske tvangsmidler	20
2.2	Opptappingsplanen for psykisk helse	12	4.4.4.2	Enkeltstående bruk av korttids-virkende legemidler	20
3	Menneskerettslige forpliktelser og anbefalinger	13	4.4.4.3	Isolering	20
3.1	Innledning	13	4.4.4.4	Betydningen av faglig og kulturelt ståsted for bruk av tvangsmidler	21
3.2	Oversikt over relevante menneskerettslige forpliktelser	13	4.4.5	Tvangsbehandling	21
3.2.1	Den europeiske menneskerettskonvensjon	13	4.4.6	Skjerming	21
3.2.1.1	Artikkel 3 – forbudet mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff	13	4.5	Rapport 4/2006 fra Statens Helsetilsyn	21
3.2.1.2	Artikkel 5 – vilkår for frihetsberøvelse	13	4.6	Måling av kvalitet i det psykiske helsevernet	22
3.2.1.3	Artikkel 8 - beskyttelsen av privatlivet	14	4.7	Evaluerings av kontrollkommisjonsordningen	22
3.2.2	Europarådets konvensjon om forebyggelse av tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff	14	4.8	Norges Forskningsråds evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse	23
3.2.3	Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin	15	5	Høring	24
3.2.4	Europarådets rekommendasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, nr. 10 (2004)	15	5.1	Høringsnotat	24
3.2.5	FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 16. desember 1966	16	5.2	Spørsmål som ble drøftet i høringsnotatet som ikke innebærer forslag til lovendringer	24
3.2.6	FN- konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter	17	5.2.1	Videre utvikling av regelverk om tvang på helse- og sosialområdet	24
3.2.7	FN-konvensjonen om barns rettigheter av 20. november 1989	17	5.2.2	Kontrollkommisjonenes overprøvingskompetanse	24
3.2.8	FNs torturkonvensjon	17	5.2.3	Spørsmålet om opphevelse av forbudet mot bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år.	25
4	Erfaringer med psykisk helsevernloven	18	5.2.3.1	Bakgrunn og gjeldende rett	25
4.1	Innledning	18	5.2.3.2	Høringsutkastet	25
4.2	Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002	18	5.2.3.3	Høringsinstansenes syn	25
4.3	Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer	18	5.2.3.4	Vurdering foretatt av Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra departementet	26
4.4	Omfang av tvangsbruk	19	5.2.3.5	Departementets vurdering	26
4.4.1	Innledning	19	Del II		29
			6	Forholdet til pasientrettighetsloven	31
			6.1	Innledning	31
			6.2	Det prinsipielle spørsmål – forholdet mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven	31
			6.2.1	Høringsnotatet	31
			6.2.2	Høringsinstansenes syn	32

6.2.3	Departementets vurdering og forslag	32	7.1.2.2	Gjennomføringsregelverk etter barnevernloven	49
6.3	Reguleringen av samtykke	32	7.1.3	Høringsnotatet	49
6.3.1	Gjeldende rett	32	7.1.4	Høringsinstansenes syn	49
6.3.1.1	Pasientrettighetsloven	32	7.1.5	Departementets vurdering og forslag	50
6.3.1.2	Psykisk helsevernloven	33	7.2	Begrepene tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	51
6.3.2	Samtykke på vegne av barn under 16 år	33	7.2.1	Gjeldende rett	51
6.3.2.1	Gjeldende rett	33	7.2.2	Høringsnotatet	52
6.3.2.2	Høringsnotatet	33	7.2.3	Høringsinstansenes syn	52
6.3.2.3	Høringsinstansenes syn	33	7.2.4	Departementets vurdering og forslag	52
6.3.2.4	Departementets vurdering og forslag	34	7.3	Faglig ansvarlig for vedtak	52
6.3.3	Særlig om representert samtykke på vegne av personer over 16 år uten samtykkekompetanse	35	7.3.1	Innledning og gjeldende rett	52
6.3.3.1	Gjeldende rett	35	7.3.2	Høringsnotatet	54
6.3.3.2	Forslaget i høringsnotatet	35	7.3.3	Høringsinstansenes syn	54
6.3.3.3	Høringsinstansenes syn	36	7.3.4	Departementets vurdering og forslag	54
6.3.3.4	Departementets vurdering og forslag	36	7.4	Advokatbistand for barn mellom 12 og 16 år	55
6.4	Retten til individuell plan	37	7.4.1	Gjeldende rett	55
6.4.1	Gjeldende rett	37	7.4.2	Innspill i forbindelse med høringen	55
6.4.1.1	Planens innhold	37	7.4.3	Departementets vurdering og forslag	55
6.4.1.2	Rettighetssubjektet – hvem har krav på individuell plan?	39	8	Forslag til nytt kapittel 2 – Særlige samtykkebestemmelser	56
6.4.2	Høringsnotatet	39	8.1	Innledning	56
6.4.3	Høringsinstansenes syn	39	8.2	Overprøvingsadgang for kontrollkommisjonen for barn mellom 12 og 16 år	56
6.4.4	Departementets vurdering og forslag	40	8.2.1	Innledning og gjeldende rett	56
6.4.5	Kontroll med at individuell plan er utarbeidet for pasienter under tvungent psykisk helsevern	40	8.2.2	Høringsnotatet	57
6.4.5.1	Bakgrunn og gjeldende rett	40	8.2.3	Høringsinstansenes syn	57
6.4.6	Høringsnotatet	40	8.2.4	Departementets vurdering og forslag	57
6.4.7	Høringsinstansenes syn	41	8.3	Samtykke til tidsbegrenset tilbakehold i institusjon	58
6.4.8	Departementets vurdering og forslag	41	8.3.1	Gjeldende rett	58
6.5	Pasientens valg av pårørende	41	8.3.2	Høringsnotatet	58
6.5.1	Gjeldende rett	41	8.3.3	Høringsinstansenes syn	58
6.5.2	Høringsnotatet	42	8.3.4	Departementets vurdering og forslag	58
6.5.3	Høringsinstansenes syn	43	9	Forslag til nytt kapittel 3 – Forenkling av lovens systematikk og enkelte andre endringer	59
6.5.4	Departementets vurdering og forslag	43	9.1	Omredigering og forenkling	59
6.6	Rett til valg av sykehus	44	9.1.1	Innledning og bakgrunn	59
6.6.1	Gjeldende rett	44	9.1.2	Høringsnotatet	59
6.6.2	Høringsnotatet	45	9.1.3	Høringsinstansenes syn	59
6.6.3	Høringsinstansenes syn	45	9.1.4	Departementets vurdering og forslag	59
6.6.4	Departementets vurdering og forslag	46	9.2	Avskaffelse av et absolutt krav til innleggelsebegjæring (tutorordningen), presisering av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt	60
6.6.5	Oppsummering	46	9.2.1	Innledning og gjeldende rett	60
7	Forslag til andre endringer i kapittel 1 – Alminnelige bestemmelser	48	9.2.2	Rettstilstanden i Sverige og Danmark	60
7.1	Virkeområde - gjennomføring av opphold i institusjon i det psykiske helsevernet med hjemmel i annen lov	48	9.2.3	Høringsnotatet	60
7.1.1	Innledning	48	9.2.4	Høringsinstansenes syn	61
7.1.2	Gjeldende rett	48			
7.1.2.1	Gjennomføringsregelverk etter sosialtjenesteloven	48			

9.2.5	Departementets vurdering og forslag	61	10.2.2.1	Utgangspunkt – krav til samtykke ...	73
9.3	Forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern - unntak	62	10.2.2.2	Helsehjelp i akutte situasjoner	73
9.3.1	Bakgrunn og gjeldende rett	62	10.2.2.3	Behandling mot pasientens vilje – pasienter under 16 år	73
9.3.2	Rettstilstanden i andre land	63	10.2.2.4	Etablering av tvungent psykisk helsevern for pasienter over 16 år	74
9.3.3	Høringsnotatet	64	10.2.2.5	Grunnvilkåret – alvorlig sinnslidelse	74
9.3.4	Høringsinstansenes syn	64	10.2.2.6	Tilleggsvilkårene	74
9.3.5	Departementets vurdering og forslag	64	10.2.2.7	Vilkåret om at tvungent psykisk helsevern skal skje i godkjent institusjon	74
9.4	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	65	10.2.2.8	Bruk av tvang i behandlingen – tvangsernæring	74
9.4.1	Innledning og gjeldende rett	65	10.2.2.9	Rettstilstanden i Sverige og Danmark	75
9.4.2	Erfaringer med praktiseringen av ordningen	65	10.2.3	Høringsnotatet	75
9.4.3	«Bopel»- kriteriet – når kan denne tvangsformen benyttes?	65	10.2.4	Høringsinstansenes syn	76
9.4.4	Høringsnotatet	66	10.2.5	Departementets vurdering og forslag	76
9.4.5	Høringsinstansenes syn	66	10.2.5.1	Hjemmel for ernæring uten eget samtykke	76
9.4.6	Departementets vurdering og forslag	66	10.2.5.2	Unntak fra godkjenningskravet	77
9.5	Hjemmel for utvidet observasjonstid i unntakstilfeller	67	10.3	Regulering av urinprøvetaking	77
9.5.1	Bakgrunn og gjeldende rett	67	10.3.1	Bakgrunn og gjeldende rett	77
9.5.2	Høringsnotatet	67	10.3.2	Høringsnotatet	78
9.5.3	Høringsinstansenes syn	67	10.3.3	Høringsinstansenes syn	78
9.5.4	Departementets vurdering og forslag	67	10.3.4	Departementets vurdering og forslag	78
9.6	Opphevelse av bestemmelsen om oppsettende virkning i forbindelse med vedtak om utskrivning uten klage	68	10.4	Lovregulering av fastholding	79
9.6.1	Bakgrunn og gjeldende rett	68	10.4.1	Bakgrunn og gjeldende rett	79
9.6.2	Høringsnotatet	68	10.4.2	Høringsnotatet	79
9.6.3	Høringsinstansenes syn	68	10.4.3	Høringsinstansenes syn	79
9.6.4	Departementets vurdering og forslag	68	10.4.4	Departementets vurdering	79
9.7	Presisering av retten til å uttale seg .	69	10.5	Vedtakskompetansen for bruk av tvangsmidler	80
9.7.1	Bakgrunn og gjeldende rett	69	10.5.1	Innledning og gjeldende rett	80
9.7.2	Departementets vurdering og forslag	69	10.5.2	Høringsnotatet	80
9.8	Opphevelse av klageadgang til Sosial- og helsedirektoratet i psykisk helsevernloven § 3-11	69	10.5.3	Høringsinstansenes syn	80
9.8.1	Gjeldende rett og problemstilling	69	10.5.4	Departementets vurdering og forslag	80
9.8.2	Høringsnotatet	70	10.6	Overføring mellom institusjoner for pasienter under tvungent psykisk helsevern	81
9.8.3	Høringsinstansenes syn	70	10.6.1	Bakgrunn og gjeldende rett	81
9.8.4	Departementets vurdering og forslag	70	10.6.2	Høringsnotatet	81
			10.6.3	Høringsinstansenes vurdering	81
			10.6.4	Departementets vurdering og forslag	82
10	Forslag til endringer i kapittel 4 – Gjennomføring av psykisk helsevern	71	11	Økonomiske og administrative konsekvenser	84
10.1	Skjerming	71	12	Merknader til endringer i psykisk helsevernloven	85
10.1.1	Gjeldende rett	71	13	Merknader til endringer i pasientrettighetsloven	92
10.1.2	Høringsnotatet	71	14	Merknader til endringer i andre lover	93
10.1.3	Høringsinstansenes syn	71			
10.1.4	Innspill fra Sosial- og helsedirektoratet	71	Vedlegg		
10.1.5	Departementets vurdering og forslag	72	1	Høringsinstanser.....	101
10.2	Bruk av tvang i behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser	72			
10.2.1	Innledning	72			
10.2.2	Oversikt over gjeldende rett	73			

Del I
Innledning



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 65

(2005–2006)

Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 7. april 2006,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Realisering av lovfestede pasientrettigheter i det psykiske helsevernet er en sentral forutsetning for å nå de mål som ligger i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Med denne proposisjonen fremlegger departementet forslag til lovendringer hvor ett av hovedformålene er å styrke ivaretagelsen av pasientrettigheter innen det psykiske helsevernet. Det foreslås at dette gjøres ved å fjerne dagens begrensning om at pasientrettighetsloven gjelder «så langt det passer» for pasienter i det psykiske helsevernet. Opphevelse av denne begrensningen er også ment å bidra til å normalisere synet på personer med psykiske lidelser ved større grad av rettslig likestilling mellom pasienter med psykiske lidelser og pasienter med somatiske lidelser.

I tillegg til dette inneholder foreliggende proposisjon forslag til materielle endringer eller presiseringer av bestemmelser i gjeldende lov som har vist seg problematiske i praktiseringen av loven, samt forslag til et mer oversiktlig og tilgjengelig regelverk.

Gjennomgang av psykisk helsevernloven ble varslet i St.prp. nr. 1 (2002-2003) s.173. Bakgrunnen for lovforslagene er både enkeltsaker som har avdekket uheldige konsekvenser av regelverket, tilsynsrapporter og innspill fra bruker- og profesjonsorganisasjoner. Selv om departementet fore-

slår endret en rekke bestemmelser i psykisk helsevernloven er det ingen ny lov som foreslås. Gjeldende psykisk helsevernlov er av forholdsvis ny dato, og har etter departementets syn stort sett fungert i tråd med intensjonene. De endringene som foreslås er derfor i hovedsak presiseringer, forenklinger, hamoniseringer og mindre endringer av gjeldende rett.

I kapittel 6 behandles forholdet mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Den overordnede problemstillingen er om forbeholdet i psykisk helsevernloven § 1-5 om at pasientrettighetsloven gjelder «så langt det passer» i det psykiske helsevernet skal oppheves. I den forbindelse foretas det en gjennomgang av aktuelle pasientrettigheter med berøringsflater til psykisk helsevernloven. Felles for drøftelsene under de ulike pasientrettigheter er spørsmålet om konsekvensen av å legge pasientrettighetsloven til grunn, herunder om det er behov for særskilt regulering av konkrete unntak innen det psykiske helsevernet.

Det prinsipielle spørsmålet om forholdet mellom lovene behandles i punkt 6.2. Departementet konkluderer her med at det er grunnlag for å endre virkeområdet for pasientrettighetsloven, slik at denne også gjelder i det psykiske helsevernet. I punkt 6.3 behandles ulike spørsmål om samtykke,

herunder samtykke på vegne av barn under 16 år og representert samtykke. Det foreslås at samtykkereglene som hovedregel bare skal være regulert i pasientrettighetsloven, men med enkelte unntak som videreføres i kapittel 2 i psykisk helsevernloven under overskriften «særlige samtykkebestemmelser». Dette gjelder muligheten for barn mellom 12 og 16 år til å bringe spørsmålet om etableringen av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen og institusjonenes mulighet for å kunne stille vilkår om tidsbegrenset tilbakeholdelse i forbindelse med frivillig psykisk helsevern. Det foreslås en endring av pasientrettighetsloven § 4-4 slik at barneverntjenesten også gis kompetanse til å samtykke på vegne av barnet i tilfeller hvor det har skjedd en midlertidig omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-6 annet ledd.

Reguleringen av individuell plan behandles i punkt 6.4. Det foreslås her en fullstendig harmonisering med reguleringen av dette i øvrig lovgivning. I punkt 6.5 drøftes reguleringen av pårørende, hvor det foreslås at pasientrettighetslovens bestemmelser legges til grunn, men med en særbestemmelse i pasientrettighetsloven § 1-3 når det gjelder pasienter under tvungent psykisk helsevern. I punkt 6.6 behandles spørsmålet om retten til valg av sykehus. Her foreslås det kriterier for i hvilke tilfeller en person kan nektes å velge sykehus eller behandlingssted i forbindelse med tvungent psykisk helsevern.

I kapittel 7 behandles andre endringer i psykisk helsevernloven kapittel 1 enn de som behandles i proposisjonen kapittel 6. I punkt 7.1 foreslås en ny bestemmelse om virkeområdet for psykisk helsevernloven. Formålet med bestemmelsen er å sikre at pasienter innenfor institusjoner i det psykiske helsevernet er underlagt samme gjennomføringsregelverk, også om opphold i institusjonen har hjemmel i annen lov. I punkt 7.2 foreslås endringer i begrepsforklaringer. Det foreslås en presisering av begrepene tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. I punkt 7.3 behandles spørsmålet om å utvide adgangen for barn mellom 12 og 16 år som motsetter seg institusjonsopphold i det psykiske helsevernet til dekning av utgifter til egen advokat uten behovsprøving.

I kapittel 8 er det foreslått ny tittel på lovens kapittel 2 og enkelte andre endringer i bestemmelsene i kapitlet. Endringsforslagene er gjennomgående en konsekvens av departementets forslag når det gjelder forholdet til pasientrettighetsloven. Adgangen for barn mellom 12 og 16 år til å bringe spørsmålet om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen videreføres som en særregel. Det presiseres samtidig at denne prøvings-

adgangen er begrenset til spørsmål om døgnopphold i institusjon. Også muligheten til å samtykke til inntil tre ukers tilbakehold i institusjon videreføres.

I kapittel 9 redegjøres det for forslag til nytt kapittel 3 i psykisk helsevernloven. Gjeldende lovs kapittel 3 gir i hovedsak vilkår for etablering og opphør av tvungen undersøkelse, observasjon og psykisk helsevern. Det foreslås at dette oppheves og erstattes av et nytt. Formålet med forslaget er først og fremst at lovverket skal bli mer oversiktlig og tilgjengelig. Det er ikke foreslått endringer i grunnvilkåret om at det må foreligge en alvorlig sinnslidelse, og heller ikke i de såkalte tilleggskriteriene i § 3-3 i gjeldende psykisk helsevernlov. Det foreslås imidlertid i punkt 9.2 en avskaffelse av det obligatoriske kravet til begjæring om tvungen psykisk helsevern (tutorordningen) og i sammenheng med dette en lovfesting av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt. Forslaget skal ivareta de hensyn som ligger bak tutorordningen i dag, men samtidig unngå situasjoner hvor dette kravet blir en unødvendig formalitet.

Videre er det i punkt 9.3 foreslått lovfestet et snevert unntak fra forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern. Unntaket foreslås for tilfeller hvor utskrivning innebærer at pasienten vil utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Hensynet til pasientens rettssikkerhet skal ivaretas i slike situasjoner.

Det har vært usikkert hvorvidt bestemmelsen om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er til hinder for at et slikt vedtak treffes overfor pasienter som har opphold i institusjon i spesialisthelsetjenesten. I praksis har det vist seg å slå uheldig ut for pasienter å ikke åpne for en mulighet for midlertidig opphold i institusjon i spesialisthelsetjenesten samtidig som vedtaket om pålegg om møte til behandling opprettholdes. I punkt 9.4 foreslår derfor departementet at kriteriet om at pasienten har opphold på egen bopel fjernes fra bestemmelsen. I punkt 9.5 behandles spørsmålet om utvidelse av fristen for tvungen videre undersøkelse (observasjon) i særlige tilfeller. Det foreslås at det i unntakstilfeller skal kunne gis en utvidelse på inntil 10 dager.

I kapittel 10 behandles endringer i lovens kapittel 4 ut over det som gjelder individuell plan, jf. punkt 7.4. Det foreslås endringer i skjermingsbestemmelsen i punkt 10.1. Her foreslås en endring av kriteriene for når skjerming kan iverksettes. Av hensyn til pasientens rettssikkerhet er det også foreslått differensierte frister for hvor lenge skjerming kan opprettholdes uten at det treffes vedtak.

I de mest inngripende tilfeller skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 12 timer. For øvrig foreslås det en reduksjon av fristen for å treffe vedtak fra 48 til 24 timer. Den maksimale lengden på skjermingsvedtak før nytt vedtak eventuelt må treffes foreslås redusert fra tre til to uker.

I punkt 10.2 behandles spørsmålet om tvangsernæring i forbindelse med behandling av alvorlig spiseforstyrrelse. Det foreslås en særskilt lovhjemling av ernæring uten eget samtykke dersom dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ. På bakgrunn av de særlige hensyn som

gjør seg gjeldende i forhold til undersøkelse og behandling av denne pasientgruppen er det også foreslått unntak fra kravet til at tvungent psykisk helsevern bare skal skje med opphold i godkjent institusjon. Unntaket skal bare gjelde i dersom opphold utenfor godkjent institusjon er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp.

I punkt 10.3 foreslås det en lovhjemling av urinprøvetaking. I punkt 10.4 behandles spørsmålet om regulering av fastholding. Det foreslås at inngripende tilfeller av fastholding reguleres som tvangsmiddel.

2 Særskilte hensyn bak lovgivningen innen psykisk helsevern

2.1 Rettssikkerhetshensyn

I begrepet rettssikkerhet ligger at borgeren skal være beskyttet mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetenes side, at vedkommende skal ha mulighet til å forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine rettslige interesser. For å bidra til at disse forhold ivaretas kan det blant annet gis lovbestemte saksbehandlingsregler og materielle vilkår for inngrep, samt rettigheter knyttet til klage- og overprøving.

Jo mer inngripende vedtak det er tale om, desto sterkere gjør rettssikkerhetshensynene seg gjeldende. Rettssikkerhetshensyn vil være helt grunnleggende for utforming av regelverk om bruk av tvang i det psykiske helsevernet.

2.2 Opptrappingsplanen for psykisk helse

Som en oppfølging av St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudet, vedtok Stortinget å be Regjeringen fremme forslag om en forpliktende handlingsplan for psykisk helsefeltet, herunder en økonomisk forpliktende opptrappingsplan. En slik plan ble lagt frem ved St.prp. nr. 63 (1997-98). Ved behandling av St.prp. nr. 63 sluttet Stortinget seg til alle hovedlinjene i det foreliggende planforslaget. Ved behandlingen av budsjettet for 2004 ga Stortinget sin tilslutning til en utvidelse av planperioden med to år fram til 2008.

Overordnet målsetting for Opptrappingsplanen er å bidra til å fremme selvstendighet og evnen til

å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Planen har derfor som siktemål å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk for pasienter med psykiske lidelser der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. I planen redegjøres for verdigrunnlaget som ligger til grunn for styrkingen av alle ledd i behandlingsnettverket som det legges opp til.

Planen omfatter følgende hovedgrupper av tiltak:

- styrking av brukerrettede tiltak
- styrking av tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp
- omstrukturering og utbygging av voksenpsykiatrien, med satsing på kommunenære tiltak som distriktpsikiatriske sentre (DPSer)
- utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien
- stimulering av utdanning og forskning

Innen hver av disse hovedgruppene er det angitt konkrete tiltak med tilhørende behovsanslag. I tillegg er det skissert en rekke ulike tiltak for grupper med særskilte behov.

Opptrappingsplanens tiltak er i hovedsak av faglig, organisatorisk og økonomisk karakter. Rettslige virkemidler er ikke særskilt omtalt. Selv om forslagene som fremmes i proposisjonen ikke er en del av selve Opptrappingsplanen, er verdiene som ligger bak planen viktige premisser for lovarbeidet. Dette kommer særlig til uttrykk når det gjelder forslaget om endring av forholdet til pasientrettighetsloven, se punkt 6.2. Hensikten med lovforslaget er å styrke pasientrettighetene i det psykiske helsevernet og å bidra til normalisering av psykiske lidelser.

3 Menneskerettslige forpliktelser og anbefalinger

3.1 Innledning

Psykisk helsevernloven åpner for bruk av tvang ved tilbakeholdelse i institusjon, i behandling, eventuell avhenting til behandling og i skadeavvergende tiltak. Bruk av tvang er svært inngripende i forhold til enkeltmenneskers integritet. Det er derfor viktig å forsikre seg om at vilkårene for tvangsbruk, gjennomføringen av tvangen, saksbehandlingen og overprøvningsmulighetene er i samsvar med menneskerettighetene.

Relevante menneskerettighetsdokumenter består rettslig sett av to typer. På den ene siden har man konvensjoner som er folkerettslig bindende for Norge og på den andre siden resolusjoner, anbefalinger og rekommendasjoner som ikke er bindende på samme måte, men som veier tungt ved utformingen av de norske regler.

3.2 Oversikt over relevante menneskerettslige forpliktelser

3.2.1 Den europeiske menneskerettskonvensjon

Europarådets konvensjon av 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter, også kalt «Den europeiske menneskerettskonvensjon» (EMK), står sentralt i det internasjonale vern av menneskerettighetene. Konvensjonen ble gjort til norsk lov ved menneskerettsloven av 21. mai 1999 nr. 30 § 2 nr. 1.

Konvensjonen inneholder blant annet bestemmelser om beskyttelse av retten til liv, personlig frihet og sikkerhet, rettferdig rettergang og andre rettssikkerhetsgarantier, respekt for familieliv og privatliv, tankefrihet, ytringsfrihet og organisasjonsfrihet. Konvensjonens forbud mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff står sentralt i forhold til tvungen psykisk helsevern. Konvensjonen gir den enkelte borger adgang til å innklage konvensjonsbrudd for Den europeiske menneskerettsdomstolen.

3.2.1.1 *Artikkel 3 – forbudet mot tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff*

I EMK artikkel 3 er det fastslått at ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Dette er en bestemmelse som er av stor viktighet for mennesker som er undergitt frihetsberøvelse eller andre tvangsmessige inngrep.

Ut fra aktuelle problemstillinger i dagens norske samfunn, er det først og fremst forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff som kan komme i fokus. Etter menneskerettsdomstolens praksis innebærer umenneskelig behandling eller straff at den person det dreier seg om er gjenstand for tiltak som fører til en urettmessig og sterk fysisk eller psykisk lidelse. Nedverdiggende behandling eller straff foreligger blant annet når den aktuelle person utsettes for tiltak som ydmyker ham eller henne overfor andre og som er egnet til å skape en følelse av frykt og mindreverdiget.

Det må understrekes at artikkel 3 i seg selv ikke forbyr rettmessig bruk av tvang, for eksempel for å kunne gjennomføre en helt nødvendig psykiatrisk behandling. Behandlingen må imidlertid være medisinsk indisert, og ikke ha som formål å nedverdige pasienten på noen som helst måte.

Etter departementets vurdering er EMK artikkel 3 tilfredsstillende ivaretatt i gjeldende rett, jf. mer utførlig redegjørelse i Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 4.2.2. Det foreslås ikke lovendringer i høringsnotatet her som svekker de hensyn som ligger bak EMK artikkel 3. Betydningen av pasientens synspunkter er ytterligere understreket i forslaget til nytt § 3-9 annet ledd. Her fremgår det at det skal legges særskilt vekt på opplysninger om tidligere erfaring med bruk av tvang.

3.2.1.2 *Artikkel 5 – vilkår for frihetsberøvelse*

EMK artikkel 5 (1) slår fast den klare og selvsagte hovedregel at enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet. Det står videre at ingen må bli berøvet sin frihet unntatt i nærmere angitte tilfeller og i samsvar med en fremgangsmåte foreskrevet ved

lov. Mellom flere alternativer nevner så bestemmelsen i artikkel 5 (1) bokstav e. det alternativ som er aktuelt i forhold til dagens lov om psykisk helsevern:

«lovlig frihetsberøvelse av [...] sinnslidende, [...]»

Grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern i lovens § 3-3 første ledd – «alvorlig sinnslidelse» oppfyller konvensjonens krav om at personen må anses som «sinnslidende», se nærmere drøfting i Ot.prp. nr. 11, (1998-99), punkt 7.3.4.1, s. 77. Departementet foreslår ikke endringer i grunnvilkåret i proposisjonen.

Kravet om en framgangsmåte foreskrevet ved lov er oppfylt i lovens kapittel 3, som har forholdsvis detaljerte regler om etableringen av tvungent psykisk helsevern. Som det fremgår under punkt 9 foreslår departementet et nytt kapittel 3 i loven. Dette er likevel i hovedsak en videreføring av gjeldende rett.

Artikkel 5 (4) i EMK omhandler retten til rettslig overprøving av frihetsberøvelse. Bestemmelsen sier at enhver som er pågrepet eller berøvet sin frihet, skal ha rett til å anlegge sak slik at lovligheten av frihetsberøvelsen raskt kan bli avgjort av en domstol, og til at hans løslatelse blir beordret dersom frihetsberøvelsen er ulovlig.

Det er gitt særskilte bestemmelser om domstolsprøving av administrative vedtak om frihetstap og andre tvangsinngrep i tvistemålsloven kapittel 33. Reglene er i all hovedsak foreslått videreført i den nye tvisteloven, kapittel 36. Denne loven har foreløpig ikke trådt i kraft.

Under behandlingen av disse sakene skal retten påskynde saken mest mulig, og innenfor rammen av vedkommende lov skal retten prøve alle sider av saken.

3.2.1.3 Artikkel 8 - beskyttelsen av privatlivet

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

messighetsvurdering av inngrepets art i forhold til hva som kan oppnås med tiltaket.

Reglene om begrensninger i forbindelse med omverdenen (§ 4-5), undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon (§ 4-6) og beslag (§ 4-7) er vurdert å være i samsvar med EMK artikkel 8. Slike tiltak kan bare tillates med det formål å hindre ulovlige handlinger, handlinger som kan føre til uorden i institusjoner, eller handlinger som kan være til fare for pasienten selv eller andre. Inngrepshjemlene er vurdert å være nødvendige og dermed i samsvar med de krav som stilles i artikkel 8.

Etter departementets vurdering er også forslaget til regulering av urinprøvetaking i lovforslaget § 4-7 a, samt lovreguleringen av tvangsernæring i forbindelse med alvorlige spiseforstyrrelser, i samsvar med artikkel 8. Forslaget til regulering av urinprøvetaking er begrenset til å gjelde personer hvor det er mistanke om rusmiddelmissbruk og det stilles krav til at kontrollen skal være strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Forslaget til endring av § 4-4 vedrørende behandling av alvorlige spiseforstyrrelser skal gi hjemmel for behandling uten eget samtykke av svært alvorlig syke personer. Selv om tiltaket kan oppleves svært inngripende kan de helsemessige konsekvenser av å ikke gi slik behandling være så store at regelverket anses for å være i samsvar med artikkel 8.

Selv om regelverket anses å være i samsvar med menneskerettslige forpliktelser er det imidlertid avgjørende at også anvendelsen av regelverket på konkrete situasjoner, herunder gjennomføringen av de enkelte tiltak, er i samsvar med artikkel 8. I den forbindelse vil proporsjonalitetsprinsippet stå sentralt. Det må foretas en vurdering av graden av inngrep i pasientens frihet i forhold til hva som kan oppnås med tiltaket. Videre må inngrepet fremstå som nødvendig og være dekket av de formål artikkel 8 oppstiller.

3.2.2 Europarådets konvensjon om forebygging av tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff

Europarådets konvensjon om forebygging av tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff trådte i kraft den 1. august 1989. Konvensjonen må ses i sammenheng med forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff i artikkel 3 i EMK, se punkt 3.2.1.1 ovenfor. Etter artikkel 1 i konvensjonen skal det opprettes en europeisk komité. Gjennom besøk skal komiteen undersøke behandlingen av personer som er berøvet sin frihet, med

sikte på å styrke beskyttelsen mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Komiteen skal foreta inspeksjoner av steder i de enkelte land der det er anbrakt frihetsberøvede mennesker. De statene som har tiltrådt konvensjonen plikter å gi komiteen ubegrenset adgang til de aktuelle steder, der komiteen skal kunne ha fortrolige samtaler med personer som er berøvet sin frihet. Etter hvert besøk utarbeider komiteen en rapport om besøket samt de anbefalinger den finner nødvendige. Komiteen skal offentliggjøre sin rapport sammen med eventuelle kommentarer fra vedkommende stat, når staten selv ber om det.

Komiteen har vært på inspeksjonsbesøk i Norge i 1993, 1997, 1999 og 2005.

3.2.3 Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin

Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin er vedtatt av Europarådets ministerkomité 19. november 1996. Konvensjonen er foreløpig ikke ratifisert av Norge.

Artikkel 7 i konvensjonen beskytter sinnslidende personer, «persons who have mental disorder.» Behandling uten eget samtykke kan skje overfor en person med alvorlig sinnslidelse, «person who has a mental disorder of a serious nature», på nærmere angitte vilkår. Det norske hovedvilkåret – «alvorlig sinnslidelse» er i samsvar med konvensjonens krav.

At vedkommende har en alvorlig sinnslidelse er imidlertid ikke tilstrekkelig. Etter artikkel 7 kan behandling uten eget samtykke bare ytes dersom unnlatelse av å gjennomføre behandlingen av sinnslidelsen ville føre til alvorlig helseskade; «an intervention aimed at treating his or her mental disorder only where, without such treatment, serious harm is likely to result to his or her health». Artikkel 7 stiller med dette krav om at det må tilbys behandling. Tilbakehold av alvorlig psykisk syke som har karakter av oppbevaring vil være i strid med denne bestemmelsen.

Det såkalte behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven foreslås videreført uendret i § 3-3 første ledd nr. 4 bokstav a. Kriteriet regulerer både situasjoner der resultatet av manglende behandlingsintervensjon vil være at en person vil få sin «utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert» og de situasjoner hvor manglende behandling vil føre til at vedkommendes tilstand vil bli «vesentlig forverret» i «meget nær fremtid».

Etter departementets vurdering er det norske kriteriet i samsvar med de krav som stilles i konvensjonen på dette punkt. Enten vedkommende mister muligheten til helbredelse eller vesentlig bedring eller opplever at tilstanden blir vesentlig forverret, vil det kunne anses som en alvorlig skade på hans eller hennes helse.

Farekriteriet i forslaget § 3-3 første ledd bokstav b) som gjelder fare for eget liv og helse anses å falle innenfor artikkel 7, jf. «explanatory report» til konvensjonen. Fare for andres liv og helse går på sin side inn under artikkel 26, som tillater å gjøre unntak fra konvensjonens bestemmelser blant annet «for the protection of the rights and freedoms of others».

Artikkel 9 stiller krav til at man ivaretar tidligere uttrykte ønsker med hensyn til behandlingen av personer som på tidspunktet for behandlingen ikke er i stand til å uttrykke dette. Bestemmelsen krever imidlertid ikke annet enn at man tar disse ønskene med i vurderingen, og det stilles ikke krav til at ønskene skal være bindende for behandlingen. Artikkel 9 er etter departementets vurdering ivaretatt både i gjeldende lovgivning og i forslaget. Etter pasientrettighetslovens § 4-6 annet ledd skal pasientens interesser og pasientens antatte ønsker tas i betraktning. Det følger også av kravet til helsetsvurdering i gjeldende psykisk helsevernlov § 3-3 tredje ledd at det skal legges vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende. I dette ligger også at tidligere uttrykte ønsker skal tas i betraktning. Dette kravet er videreført i forslaget til ny § 3-3 første ledd nr. 6. Betydningen av pasientens synspunkter er ytterligere understreket i forslaget til nytt § 3-9 annet ledd. Her fremgår det at det skal legges særskilt vekt på opplysninger om tidligere erfaring med bruk av tvang.

3.2.4 Europarådets rekommendasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, nr. 10 (2004)

Rekommendasjonen, som er fra 22. september 2004, skal styrke ivaretagelsen av verdighet og menneskerettigheter for personer med psykiske lidelser, spesielt de som er underlagt tilbakeholdelse eller behandling ved bruk av tvang, se artikkel 1, nr. 1. Rekommandasjonen har status som anbefaling, og er ikke rettslig bindende for Norge. Den er likevel et viktig dokument med hensyn til utformingen av lovgivningen om tvungent psykisk helsevern.

Vilkårene for tvangsinnleggelse etter rekommendasjonen er:

- at pasienten har en alvorlig sinnslidelse
- at tilstanden representerer en klar risiko for alvorlig skade for pasientens helse eller andre personer
- at det skal være et behandlingsmessig formål
- det minst inngripende vedtak skal anvendes
- pasientens syn på saken skal tas med i vurderingen

Det er her foretatt en endring i forhold til den forrige rekommendasjonen av 1983. Etter denne kunne det også være et vilkår for tvangsinn gripen at unnlatelse av anbringelse ville føre til en forverring av sinnslidelsen eller forhindre at pasienten fikk adekvat behandling, se Ot.prp. nr. 11, (1998 - 99) punkt 4.4. Gjeldende rekommendasjon synes å ha innskjerpet anbefalingen av hvilke vilkår som bør gi grunnlag for tvangsvedtak.

Etter departementets vurdering gir ikke denne endringen i rekommendasjonen grunn til å endre behandlingskriteriet i dagens lovgivning. Det ligger fortsatt et behandlingskriterium i rekommendasjonen selv om dette er slått sammen med, og ligger nærmere, et rent farekriterium. Dersom loven bare ga åpning for at pasienter som er til fare for seg selv eller andre kunne tvangsinnlegges, ville dette innebære en innsnevring av vilkårene. Dette ville kunne føre til at svært syke personer uten sykdomsinnsikt ikke fikk hjelp fra det psykiske helsevernet, eller at de fikk hjelp for sent. Man kunne også risikere økt stigma for psykisk syke ved et større fokus på farlighet. Formålet med foreliggende lovendringsforslag er i hovedsak å foreta mindre endringer og forenklinger av gjeldende rett. Spørsmålet om endring av de materielle vilkår for tvungent psykisk helsevern ligger derfor ikke innenfor rammene av foreliggende lovendringsforslag. De endringer som fremgår av lovforslaget § 3-3 på dette punkt er av redigeringsmessig karakter. Departementet mener at rekommendasjonen ikke er til hinder for å videreføre de materielle kriteriene i gjeldende rett.

Av artikkel 15 følger det at det skal tas nødvendig hensyn til pårørende av psykisk syke, og i særdeleshet til barn. Det vises til lovforslaget § 3-5 femte ledd. Her er det foreslått en presisering om at det skal tas tilbørlig hensyn til pårørende pasienten bor sammen med ved vurdering av vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Etter artikkel 20 anbefales det at myndighet til å ta avgjørelse om frihetsberøvelse plasseres hos et judisielt organ eller annet kompetent organ. Det

følger av definisjonen av kompetent organ i artikkel 2 nr. 3 i rekommendasjonen at dette ikke nødvendigvis er et kollegialt organ, men også kan være en person som er uavhengig av den som foreslår bruk av tvang. Dette innebærer at ordningen med faglig ansvarlig for vedtak er i samsvar med anbefalingen i rekommendasjonen. Det anbefales videre at det skal være en kontradiktorisk prosess, det vil si at pasienten får anledning til å møte for avgjørelsesorganet og til å uttale seg om saken. Unntak fra disse anbefalinger gjelder for akutsituasjoner.

Artikkel 25 stiller krav med hensyn til muligheten for overprøving av vedtak om tilbakeholdelse og tvangsbehandling. Rekommendasjonen bruker begrepet «court» om det organet som skal overprøve vedtakene, og det følger av merknadene at man anbefaler at overprøvingskompetansen legges til en domstol eller et domstollignende organ. Departementet legger til grunn at kontrollkommissjonsordningen tilfredsstiller dette kravet. Når det gjelder vedtak om tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven § 4-4 ligger ikke overprøvingskompetansen til verken kontrollkommissjonene eller domstolene, men til fylkesmannen som er klageinstans for vedtak om tvangsbehandling. Begrunnelsen for dette er hensynet til rask behandling og tilstrekkelig faglig kompetanse til å kunne overprøve de faglige vurderingene, se Ot.prp. nr. 11 (1998 - 99) punkt 8.4.5.4. Departementet fastholder at dette er en god ordning, og vil ikke foreslå endringer her.

3.2.5 FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 16. desember 1966

FN-konvensjonen gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven § 2 nr. 3. Flere av de sentrale reglene som har kommet til uttrykk i FN-konvensjonen er samsvarende med reglene i EMK. EMK er derfor behandlet som den i praksis viktigste av de to konvensjonene.

I første punktum har artikkel 7 i FN-konvensjonen en regel som tilsvarer forbudet mot tortur eller umenneskelig eller uverdig behandling eller straff i EMK artikkel 3. Artikkel 9 gjelder retten til å prøve frihetsberøvelse. Bestemmelsen vil i all hovedsak være dekket av EMK artikkel 5, jf. punkt 3.2.1.2.

Artikkel 10 første ledd slår fast at personer som er berøvet friheten skal behandles humant og med respekt for menneskets iboende verdighet. Disse kravene dekkes av formålsbestemmelsen til psykisk helsevernloven i § 1-1.

3.2.6 FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven. Konvensjonen gir i liten grad bestemmelser som er direkte relevante i forbindelse med utformingen av regler om tvang. Blant de bestemmelser som er relevante for det psykiske helsevernet er artikkel 12. Artikkelen forplikter konvensjonsstatene til å treffe tiltak for å virkeliggjøre retten for enhver til den høyest oppnåelige levestandard både fysisk og psykisk.

I forbindelse med eksaminasjonen av Norges fjerde periodiske rapport i ØSK-komiteen i mai 2005 uttalte komiteen i sine avsluttende merknader:

«The Committee recommends that the state party ensures that every decision to detain a person with mental disorder for compulsory psychiatric treatment to be reviewed promptly by an independent judicial body.»

Etter psykisk helsevernloven § 3-10 skal alle vedtak om tvungen psykisk helsevern sendes kontrollkommisjonen som snarest mulig skal forvisse seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av de grunnleggende kravene i § 3-2 og vilkårene etter § 3-3. Videre har pasienten, nærmeste pårørende og eventuelt offentlig myndighet rett til å klage til kontrollkommisjonen på vedtak om tilbakeholdelse. Endelig kan kontrollkommisjonens vedtak i klagesaken bringes inn for domstolene etter tvistemålsloven kapittel 33 (kapittel 36 i ny tvistelov). Etter departementets vurdering ivaretar derfor gjeldende rett de vesentlige elementene i komiteens anbefaling, selv om det ikke skjer en full prøvelse før pasienten fremmer klage for kontrollkommisjonen. Tilsvarende problemstilling har også vært drøftet i forhold til eksaminasjonen av Norges femte periodiske rapport om oppfølgingen av konvensjonen om sivile og politiske rettigheter, jf. punkt 3.2.6. Menneskerettskomiteen bemerket ikke den norske ordningen på dette punkt i sine «concluding observations». Departementet har ikke foreslått lovendringer som endrer ovenstående vurderinger.

3.2.7 FN-konvensjonen om barns rettigheter av 20. november 1989

Ved endringslov 1. august 2003 nr. 86 ble FNs barnekonvensjon inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven. Konvensjonen har bestemmelser som skal sikre at barn blir behandlet humant, og først og fremst med tanke på hva som best tjener barnet. Barnets privatliv skal respekteres, og barnet skal ikke skilles fra sine foreldre uten at dette følger av lov og er nødvendig ut fra barnets interesser.

Barn skal sikres best mulig helsetilstand og skal ikke utsettes for tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Frihetsberøvelse av barn må ikke skje vilkårlig eller uten hjemmel i lov, og må være i barnets interesse. Frihetsberøvelsen skal i tilfelle være siste alternative tiltak og skal være så kortvarig som mulig. Under frihetsberøvelsen skal barnet behandles humant og med respekt for sin menneskelige verdighet.

Konvensjonen gir uttrykk for grunnleggende humane prinsipper som anses ivaretatt i norsk rett. Det foretas en særskilt drøfting av betydningen av artikkel 20 under punkt 8.2.

3.2.8 FNs torturkonvensjon

FNs konvensjon mot tortur ble vedtatt av FNs generalforsamling i 1984. På samme måte som Europarådets konvensjon om tortur, nevnt ovenfor under punkt 3.2.2, omfatter også denne konvensjonen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Medlemsstatene har forpliktet seg til rapportering hvert fjerde år til en uavhengig komité nedsatt etter konvensjonen. Komiteen kan på særskilte vilkår også foreta en såkalt «fortrolig undersøkelse» på eget initiativ. I tillegg kan det fremmes klager både fra stat og individ.

Norsk rett anses å være i samsvar med FNs torturkonvensjon. Det foreslås ikke lovendringer i høringsnotatet som endrer denne vurderingen.

4 Erfaringer med psykisk helsevernloven

4.1 Innledning

Gjeldende lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern trådte i kraft 1. januar 2001. Den tiden som har gått siden ikrafttreddelsen har gitt det psykiske helsevernet, pasienter og pårørende, samt helsemyndighetene, erfaringer med praktiseringen av regelverket. Dette gir verdifull kunnskap for forståelsen av hvorledes regelverket fungerer og eventuelle endringsbehov.

Nedenfor skal det redegjøres for den statistikk som finnes over tvangsbruk, de viktigste funn fra Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med henholdsvis barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, målingen av kvalitet i det psykiske helsevernet basert på kvalitetsindikatorer, evalueringen av kontrollkommisjonsordningen og enkelte andre pågående forskningsprosjekter som er ledd i Norges Forskningsråds (NFR) evaluering av Opptreppingsplanen.

4.2 Landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002

På oppdrag fra Statens helsetilsyn gjennomførte helsetilsynene i fylkene i 2002 et landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer, rapport 4/2003. Tilsynet ble gjennomført i 83 kommuner og 41 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Mens man ved tilsynet med kommunene hadde et særlig fokus på helsestasjons- og skolehelsetjenestens samarbeid med fastlegene, andre kommunale etater og poliklinikkene, så man i tilsynet med poliklinikkene særlig på ivaretagelsen av sentrale pasientrettigheter som retten til vurdering og prioritering. I tillegg til dette undersøkte man ivaretagelsen av plikten til å utarbeide individuelle planer og poliklinikkens tilretteleggelse i forhold til helsepersonellens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten som en sentral forutsetning for samarbeid på tvers av tjenestenivåene.

Blant de viktigste avvik som ble påpekt i tilsynsrapporten var manglende legeundersøkelse, svik-

tende samarbeid og en nærmest total mangel med hensyn til utarbeidelse av individuelle planer.

4.3 Landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til voksne med psykiske problemer

På oppdrag fra Statens helsetilsyn ble det i 2003 gjennomført et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer, rapport 4/2004 fra Statens helsetilsyn. Helsetilsynet i fylkene gjennomførte tilsyn ved to enheter hver; ett ved en akuttavdeling eller post og ett ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS) med poliklinikk og døgnavdeling.

I likhet med det landsomfattende tilsynet med helsetjenesten til barn og unge med psykiske problemer, satte også dette tilsynet fokus på spørsmål vedrørende samhandling og kommunikasjon mellom tjenestenivåene. Viktige spørsmål i tilsynet var om samarbeidet mellom akuttavdelinger og distriktpsikiatriske sentra (DPS) fungerte slik at pasientene fikk et helhetlig tilbud. I den forbindelse ble det også sett på om virksomhetene medvirket til å sikre at pasientene fikk innfridd sin rett til individuell plan og om veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ble ivaretatt. Om virksomhetene vurderte og prioriterte de alvorligst syke pasientene og om de sikret nødvendig kompetanse var andre viktige spørsmål.

I halvparten av virksomhetene avdekket tilsynet mangler knyttet til oppgavefordeling og samhandling mellom akuttavdelinger og DPS. Utarbeidelsen av individuelle planer, som er et verktøy for å ivareta samhandlingen, viste seg også ved dette tilsynet å være svært mangelfull.

Det ble videre avdekket at mange av virksomhetene ikke etterlevde lovens krav om retten til vurdering, jf. pasientrettighetslovens § 2-2. Manglende tilbakemeldinger kunne tilsi at pasienten ikke var vurdert opp mot lovens prioriteringskrav i tilknytning til retten til nødvendig helsehjelp, jf. pasientrettighetslovens § 2-1.

Helsetilsynet konstaterte også manglende kunnskap om regelverket blant personell i det psykiske helsevernet. På rapportens side 4 uttales:

«Helsetilsynet konstaterer at det i det psykiske helsevernet både er for dårlig kjennskap til og for dårlig forståelse for deler av regelverket. Spesielt synes nyere bestemmelser, blant annet om pasientrettighetene, ikke å være implementert. Det er behov for bred opplæring og bevisstgjøring om hvilke lover som gjelder for at pasienten skal sikres de tilbudene de har rett til.»

4.4 Omfang av tvangsbruk

4.4.1 Innledning

Det er av vesentlig betydning å ha best mulig oversikt over den tvangsbruk som til enhver tid benyttes. Slik vil man blant annet kunne føre kontroll med om regelverket fungerer som forutsatt. Nedfor gis en redegjørelse for de hovedfunn som er gjort ved kartlegging av tvangsbruk i Norge etter at gjeldende psykisk helsevernlov trådte i kraft. Fremstillingen er basert på utkast til *Handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang* fra Sosial- og helsedirektoratet. I handlingsplanen gis det ytterligere informasjon om statistikken på bruk av tvang, og det foreslås en rekke tiltak for å begrense tvangsbruken.

4.4.2 Omfang av tvang og frivillighet ved innleggelse

I Norge har man frem til i dag brukt andel tvungen innskriving ved enkeltinstitusjoner som en nasjonal kvalitetsindikator. Dette er noe både brukere og fagfolk er misfornøyde med, da det kan gi misvisende tall. Det arbeides nå med å finne frem til en eller flere indikatorer vedrørende tvangsbruk som gir mer mening både for fagfolk og brukere, for eksempel antall tvangsinnleggelser i forhold til folketallet i opptaksområdet.

Tvangsinnleggelser skjer i det alt vesentlige ved sykehusene. I 2003 ble 36 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted henvist til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Dette representerte en nedgang på to prosentpoeng i forhold til 2002. Etter at henvisningen til sykehus var vurdert av faglig ansvarlig ble 28 prosent av innleggelsene gjort i form av tvungent psykisk helsevern i 2003. Dette representerte en nedgang på fire prosentpoeng fra 2002. Nedgangen skyldes ikke en nasjonal trend, men en markert nedgang i vedtak om tvungen undersøkelse ved to sykehus i Helse Øst RHF (Bjørngaard & Hatling 2005).

For andre døgningstusjoner godkjent for tvangsinnleggelser, hovedsakelig distriktpsychiatriske sentre, var syv prosent av innleggelsene fra eget bosted henvist til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Etter at henvisningen var vurdert av faglig ansvarlig var andelen omtrent uendret (Bjørngaard & Hatling 2005).

Når alle institusjoner godkjent for bruk av tvang ses under ett var omfanget av henvisninger til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern cirka 33 prosent av alle innleggelser i 2003. Om lag 25 prosent av de samlede henvisninger endte med vedtak om observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Det knytter seg stor usikkerhet til dataenes representativitet. I 2003 var kun 73 prosent av aktiviteten i det psykiske helsevernet dekket av pasientdata med opplysninger om tvang og frivillighet ved innleggelse (Bjørngaard & Hatling 2005).

Det er påvist betydelig og vedvarende variasjon mellom norske sykehus og fylker i andelen tvangsinnleggelser (Hatling 2002). I følge en rapport fra Samdata Psykisk helsevern (Hagen 2003) varierte den befolkningsbaserte raten for innleggelser på tvang i 2002 (målt etter faglig ansvarliges vedtak) fra 39,4 per 10 000 innbyggere over 18 år i Østfold til 8,0 i Sør-Trøndelag. At det er stor geografisk variasjon bekreftes også av rapport 4/2006 *Bruk av tvang i psykisk helsevern* fra Helsetilsynet.

En rekke faktorer gjør det vanskelig å sammenlikne bruk av tvang mellom ulike land. Dette gjelder blant annet av forskjeller i lovverk, offentlig statistikk, geografiske forhold samt organisering og utbyggingsgrad av helse- og sosialtjenestene. Med dette forbeholdet kan det se ut som om Norge i internasjonal sammenheng har høy andel tvangsinnleggelser i forhold til innleggelser totalt, og også høye befolkningsbaserte rater av tvangsinnleggelser (Hatling 2002). De forsøk som er gjort på å sammenlikne de nordiske landene tyder på at det er til dels store forskjeller når det gjelder bruken av tvungent psykisk helsevern. De befolkningsbaserte innleggelseratene varierer fra 29 per 100 000 innbyggere i Danmark til 195 per 100 000 innbyggere i Norge (Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse 2002). Island og Danmark ligger klart lavest, mens Norge og Finland ligger høyest. Både i Danmark og Sverige er det imidlertid mulig å konvertere frivillig innlagte til tvungent psykisk helsevern, noe som ikke er mulig i Norge. Det har derfor blitt hevdet at statistikken ikke gir et riktig bilde av den reelle bruken av tvungent psykisk helsevern.

4.4.3 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Det finnes i dag ingen komplett nasjonal oversikt over omfanget av bruken av observasjon og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold; I 2002 hadde man pasientdata av tilfredsstillende kvalitet for kun 64 prosent av utskrivningene fra døgninstitusjoner godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. For poliklinikker godkjent for tvungent psykisk helsevern forelå det tilfredsstillende pasientdata for kun 54 prosent av konsultasjonene i 2002 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004a).

Tallene viser at i 2002 ble 1075 pasienter utskrevet fra døgnavdelinger til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og 54 personer til tvungen observasjon uten døgnopphold. I følge SINTEF Helse tilsvarende dette mellom 1600 og 1700 overføringer når det justeres for manglende eller mangelfulle pasientdata. Pasientdata fra poliklinikkene fanger imidlertid opp bare en brøkdel av disse: i 2002 er det kun registrert 58 behandlingsserier innskrevet til tvungent psykisk helsevern. Justert for mangelfulle pasientdata og manglende registrering av innskrivningsparagraf blir antallet likevel godt under 200 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004a).

Pasienter som skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold synes å ha noen særlige kjennetegn. Det er en høyere andel menn blant døgnpasienter utskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (54 prosent) enn blant øvrige pasienter utskrevet fra døgnopphold (46 prosent). Pasientene er gjennomgående mer «middelaldrende» enn øvrige pasientgrupper, med et tyngdepunkt i aldersgruppen 30-49 år. Den helt dominante diagnosen er schizofreniene, med 86 prosent av pasienttallet (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004a).

4.4.4 Tvangsmidler

Tvangsmidler er tiltak som kan brukes i nødrettsliknende tilfeller der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd. Tvangsmidler kan ikke brukes i (tvangs)behandlingsøyemed i det psykiske helsevernet.

4.4.4.1 Mekaniske tvangsmidler

Mekaniske tvangsmidler blir nærmest utelukkende anvendt ved de psykiatriske sykehusene. Det er en stor spredning i omfanget av bruken av dette tvangsmiddelet mellom sykehusene. I perioden 2001-2003 har det skjedd en økning i antall ganger mekaniske tvangsmidler ble brukt, men en nedgang i antall timer. Dette tvangsmiddelet ble

benyttet overfor noen flere pasienter i 2003 enn i 2001. Dette innebærer at omfanget av bruken ovenfor den enkelte pasient har gått ned. Dette gjelder også innenfor den gruppen som ble underlagt dette tvangsmidlet lengst (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004b).

Det har skjedd en økning i antall ganger og timer mekaniske tvangsmidler ble benyttet ved DPS i perioden 2001-2003, men bruken er begrenset til to DPS. Mekaniske tvangsmidler ble også benyttet overfor noen flere pasienter ved DPS'ene i 2001 enn i 2003 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004b).

4.4.4.2 Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler

Det finnes per i dag ikke publiserte undersøkelser om utviklingen over tid når det gjelder omfanget av korttidsvirkende legemidler som tvangsmiddel i norsk psykisk helsevern (Hatling, Ådnes & Bjørngaard 2002). Som en del av evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse har imidlertid SINTEF Helse foretatt egne kartlegginger av bruken av tvangsmidler i det psykiske helsevernet, herunder korttidsvirkende legemidler, både i 2001 og 2003 (Hatling, Ådnes & Bjørngaard 2002; Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004).

Kartleggingen for 2003 viser at det i perioden 2001-2003 har skjedd en tilnærmet halvering i antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet. Samtidig var antallet pasienter det ble benyttet overfor tilnærmet uendret. Omfanget av bruken overfor den enkelte pasient har dermed gått ned i denne perioden.

Det har samtidig skjedd en viss økning i bruken av korttidsvirkende legemidler ved DPS både med hensyn til antall ganger og pasienter. Bruken var imidlertid begrenset til to institusjoner.

Kartleggingen fra SINTEF Helse viser at det er institusjonsvise variasjoner også når det gjelder bruken av korttidsvirkende legemidler. En lav korrelasjonskoeffisient fra 2001 til 2003 kan imidlertid tyde på at variasjonene er knyttet til enkeltpasienter snarere enn til praksis ved institusjonene (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004).

4.4.4.3 Isolering

Isolering vil si kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede. Bruken av isolering var stabil i perioden 1980-1990, med en sterk nedgang i timetallet i siste del av perioden. Isolering er den minst anvendte tvangsmiddelformen. Det kan synes som at praksis gradvis har gått over fra isolering til skjerming (Hatling, Ådnes & Bjørngaard 2002).

Kartlegginger av bruken av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003 viser at bruken av isolering er begrenset til noen psykiatriske sykehus. Ingen distriktpspsykiatriske senter benyttet dette tvangsmiddelet verken i 2001 eller i 2003.

I perioden 2001-2003 har det skjedd en sterk nedgang i antall ganger og timer isolering ble benyttet, samtidig som det har skjedd en svak økning i antallet pasienter det ble benyttet ovenfor. Omfanget av bruken overfor den enkelte pasient synes dermed å ha gått ned. Dette gjelder også innenfor den gruppen som ble hyppigst utsatt for isolering (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b).

Isolering ble benyttet ved 14 sykehus i 2003, men kun tre sykehus hadde et visst omfang. To av disse sykehusene har hatt en vesentlig reduksjon i antall ganger og timer isolasjon ble benyttet. Det tredje sykehuset har hatt en vesentlig reduksjon i antall timer (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b).

4.4.4.4 Betydningen av faglig og kulturelt ståsted for bruk av tvangsmidler

Hvilke tvangsmidler som anvendes kan til en viss grad være kulturelt betinget, både for den enkelte institusjon og for det enkelte land. I Norge og Sverige anvendes i hovedsak mekaniske tvangsmidler, mens isolasjon anses som et lite egnet virkemiddel både ut fra faglige og menneskelige hensyn. I England oppfattes imidlertid beltebruk som en «arv fra middelalderen», og det foretrekkes derfor å benytte isolasjon (Hatling 2002).

Forskning har også vist at det finnes kjønns- og utdanningsforskjeller blant personalet i forhold til bruken av tvangsmidler, hvor de med høy utdanning tenderer til å mene at tvangsmidler anvendes for mye (Hatling 2002).

4.4.5 Tvangsbehandling

Opplysninger om vedtak om tvangsbehandling blir i liten grad rapportert videre til Norsk Pasientregister (NPR), og det foreligger derfor ikke løpende nasjonal statistikk på omfanget av tvangsbehandling.

Tall fra pasienttellingen den 20. november 2003 viser at det var truffet vedtak om tvangsbehandling overfor totalt 388 av pasienter under tvungent psykisk helsevern i døgninstitusjoner, jf. rapport 4/2006 *Bruk av tvang i psykisk helsevern* fra Statens helsetilsyn s. 64. Dette utgjør cirka 39 prosent av pasientene som var under tvungent psykisk helsevern denne dagen. Cirka 30 prosent av pasientene ble tvangsbehandlet med legemidler, eventuelt i

kombinasjon med annen tvangsbehandling. Om lag 9 prosent av pasientene ble tvangsbehandlet kun med andre behandlingsmidler enn farmakologiske legemidler.

4.4.6 Skjerming

Som en del av kartleggingene av bruken av tvangsmidler i det psykiske helsevernet har SINTEF Helse også kartlagt bruken av skjerming både i 2001 og 2003 (Hatling, Ådnes & Bjørngaard 2002; Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b). Den siste kartleggingen viser at det i perioden 2001-2003 har skjedd en sterk økning i bruken av skjerming over 48 timer, målt både i antall vedtak (65 prosent) og antall pasienter som har blitt berørt (72 prosent). Akuttavdelingene, langtidsavdelingene og sterkavdelingene var de største brukerne. Det er en viss grad av institusjonsvise forskjeller i bruken av skjerming over 48 timer. Sykehus med hyppige skjermingsvedtak i 2001 hadde det også i 2003.

Økningen i bruken av skjerming over 48 timer i perioden har vært sterk i perioden 2001-2003. Noe av dette kan skyldes økt registrering og ikke nødvendigvis økt bruk. Kartleggingen i 2001 falt sammen med innføringen av gjeldende psykisk helsevernlov, hvor kravet om registrering av skjerming over 48 timer ble innført. I følge SINTEF Helse kan økningen imidlertid også være knyttet til nedgangen i bruken av tvangsmidler, det vil si korttidsvirkende legemidler og isolasjon.

Når det gjelder skjerming under 48 timer er det ikke stilt krav til vedtaksfesting. Institusjonene kunne derfor ikke fremlegge oversikt over bruken av skjerming under 48 timer, verken i 2001 eller 2003.

4.5 Rapport 4/2006 fra Statens Helsetilsyn

I rapport 4/2006 *Bruk av tvang i psykisk helsevern* er det redegjort for en deskriptiv analyse av data om tvang fra pasienttellingene for døgnpasienter og pasienter på poliklinikk i det psykiske helsevernet. Tellingene ble foretatt 20. november 2003 (døgnpasienter) og to uker høsten 2004 (poliklinikkpasienter).

SINTEF-rapporten som er inntatt i Helsetilsynets rapport tyder på at bruk av tvang er nært knyttet til fattigdomsproblematikk og bostedsløshet. Mer enn 40 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold hadde ikke egen bolig. De pasientene det ble brukt tvang

hadde også dårligere økonomi, lavere utdanning og svakere sosial tilknytning enn de pasientene som ble behandlet frivillig.

I tillegg bekrefter undersøkelsen store geografiske forskjeller i bruken av tvang. Både mellom helseforetakene og til dels også mellom helseregionene er forskjellene store.

4.6 Måling av kvalitet i det psykiske helsevernet

Som ledd i systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten som startet opp i 2003, er det frem til 2005 tatt i bruk nasjonale kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern. Noen indikatorer er felles for psykisk helsevern og somatikk (epikrisetid, korridorpasienter og pasienterfaringsundersøkelser).

Spesifikke indikatorer for det psykiske helsevernet er andel pasienter innlagt etter paragraf til tvungen undersøkelse eller opphold i psykiatrisk institusjon, ventetid til første konsultasjon, andel som har fått diagnose i diagnosesystemet som benyttes i barne- og ungdomspsykiatrien, varighet av ubehandlet psykose, andel med ADHD eller schizofreni som har fått utarbeidet individuell plan og fastlegers erfaringer/tilfredshet med de distrikts psykiatriske sentra. Data og resultater publiseres på nettstedet for Fritt sykehusvalg Norge, www.sykehusvalg.no. Rapportering av data og datakvaliteten er god innen barne- og ungdomspsykiatrien, mens enkelte institusjoner innen voksenpsykiatrien har hatt problemer med å levere data for alle indikatorene.

4.7 Evaluering av kontrollkommisjonsordningen

Ved behandling av statsbudsjettet for 2002 vedtok Stortinget å be Regjeringen om å foreta en evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern ut fra målsettingen om at disse samlet skal fungere bedre enn i dag. I Innst.S. nr. 11 (2001–2002) står det:

«Komiteen merker seg at det i St.prp. nr. 1 (2001–2002) er angitt at enkelte kontrollkommisjoner ikke har fungert tilfredstillende. Komiteen merker seg departementets forventning om at en ny lov om psykisk helsevern kan bidra til å skape en øket bevissthet om hvordan kontrollkommisjonene skal arbeide. Med bakgrunn i det viktige rettsvernet kontrollkommisjonene skal representere for personer med

psykiske lidelser, vil komiteen likevel be om en evaluering av kontrollkommisjonenes arbeid, ut fra målsettingen om at deres arbeid kvalitets-sikres, og at rettsvernet til pasienter med psykiske lidelser dermed styrkes.

Komiteen fremmer følgende forslag: »Stortinget ber Regjeringen om å foreta en evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern ut fra målsettingen om at disse samlet skal fungere bedre enn i dag, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte.»

Helse- og omsorgsdepartementet delegerte oppgaven med å foreta evalueringen til Sosial- og helsedirektoratet.

De viktigste tema for evalueringen var:

- Kvaliteten på kommisjonenes begrunnelser i klage- og etterprøvingssaker
- Kommisjonenes overholdelse av saksbehandlingsregler, m.m
- Lik og ulik praksis blant kommisjonene når det gjelder utøvelse av forskjellige arbeidsoppgaver og når det gjelder rettsforståelse
- Likheter og forskjeller mellom kommisjonene når det gjelder statistiske frekvenser av ulike slag (for eksempel prosent formelt fattede vedtak av mottatte klagesaker, prosent klagesaker hvor vernet blir opphevet før det ble fattet et formelt vedtak, medholdsprosent av formelt fattede vedtak, m.m.)
- Kommisjonenes egne erfaringer og opplevde utfordringer i forhold til å fungere godt. (for eksempel rammebetingelser som lovverk og arbeidsbelastning, etc.)

Direktoratet foretok evalueringen på bakgrunn av følgende kildemateriale:

- Data fra årsrapportskjema fra kommisjonene for 2003
- En gjennomgang og vurdering av et utvalg klage- og etterprøvingssaker som kontrollkommisjonene har avgjort i 2003
- Utfylte spørreskjema mottatt fra alle 57 kontrollkommisjoner

Evalueringen har vist at kontrollkommisjonene i hovedsak synes å ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, og at viktige rettssikkerhetsgarantier for pasienten overholdes, se St.prp. nr. 1 (2005–2006) kap. 0742.

Det er imidlertid også påvist funn som viser at kontrollkommisjonene samlet ikke fullt ut fungerer tilfredsstillende på alle områder, og at det er rom for forbedringer. Blant de viktigste funn kan nevnes:

- kvaliteten på selve vedtaket i klage- eller etterprøvingssaker varierte
- det var stor variasjon i forhold til i hvilken grad vilkåret i psykisk helsevernloven § 3-2 ble vurdert
- det var ulik forståelse av hva som er vurderingstema i klager på overføring etter psykisk helsevernloven § 4-10, noe som medførte ulik praksis blant kommisjonene
- kommisjonene synes generelt å legge mindre arbeid i behandling av klager etter psykisk helsevernloven kap. 4. Nesten halvparten av gjennomgåtte vedtak om skjerming etter lovens § 4-3 ble vurdert som mangelfulle.
- det var ulik praksis ved etterprøving av vedtak uten klage, blant annet med hensyn til hvilke formelle feil som førte til opphevelse av vedtak etter dokumentkontroll
- ulik praksis i forhold til kontrollkomisjonenes kontroll med pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

4.8 Norges Forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har Norges Forskningsråd satt i gang 15 evalueringsprosjekter i forbindelse med evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. De fleste prosjekter hadde sin start høsten 2001 og noen i løpet av 2002. Ingen av de 15 prosjektene er ferdigstilte, men forventes ferdigstilt i perioden 2006- 2008. Prosjektene omhandler blant annet Opptrappingsplanens betydning for:

- bruk av tvang
- tilgjengelighet til psykisk helsevern for barn og unge
- brukervedvirkning
- kompetanseutviklings- og kompetansehevingstiltak

5 Høring

5.1 Høringsnotat

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte en referansegruppe i forbindelse med utarbeidelsen av høringsnotatet. Referansegruppen besto av *Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri*, *Mental Helse Norge*, *Voksne for barn*, *Den norske lægeforening*, *Norsk Psykologforening*, *kontrollkommisjonene*, *Sosial- og helsedirektoratet* og *Statens helsetilsyn*. Referansegruppen var rådgivende overfor Helse- og omsorgsdepartementet.

Høringsnotat med forslag til endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven ble sendt på offentlig høring 13. juni 2005 med frist for innspill til 16. september samme år. Se vedlegg for oversikt over høringsinstanser.

Departementet har mottatt 98 høringsssvar. 16 av disse har ikke merknader.

Et hovedinntrykk er at høringsinstansene mener det er nødvendig å foreta endringer i psykisk helsevernloven. Høringsinstansene synes i hovedsak å mene at endringsforslagene er relevante. Dette gjelder særlig spørsmålene om forholdet til pasientrettighetsloven og omredigering og forenkling av lovens kapittel 3 som det gis bred tilslutning til.

5.2 Spørsmål som ble drøftet i høringsnotatet som ikke innebærer forslag til lovendringer

5.2.1 Videre utvikling av regelverk om tvang på helse- og sosialområdet

I høringsnotatet ble det foretatt enkelte prinsipielle drøftinger knyttet til psykisk helsevernlovens virkeområde og forholdet til andre regelverk om bruk av tvang på helse- og sosialområdet. Det ble særlig pekt på behovet for ytterligere regelverksutvikling når det gjaldt forholdet mellom psykisk helsevernlovens bestemmelser og regelverket etter sosialtjenesteloven i forhold til institusjonsplassering av rusmiddelmisbrukere. Departementet uttalte videre:

Hvorvidt det er behov for en enda bredere og mer overordnet vurdering av tvangsreguleringen på helse- og sosialområdet, for eksempel gjennom et utvalgsarbeide, vil departementet ta stilling til bl.a. på grunnlag av innspill i høringsrunden. Det bes derfor særlig om innspill fra høringsinstansene på eksempler hvor gjeldende tvangslovgivning innebærer ubegrunnet forskjellsbehandling av like tilfeller, strukturelle hindringer for samhandling mellom ulike tjenester, «lovtomme rom» eller andre forhold som kan tale for at det gjøres overordnede vurderinger av regelverket.

En rekke høringsinstanser uttaler seg om dette spørsmålet. Flere høringsinstanser mener det er behov for en overordnet vurdering av de ulike regelverk om bruk av tvang på helse- og sosialområdet.

Enkelte høringsinstanser påpeker også behovet for en nærmere vurdering av kriteriene for etablering av tvangstiltak, både i det psykiske helsevernet, og etter sosialtjenesteloven og barnevernloven.

Flere høringsinstanser påpeker særlig behovet for å se på samordning av regelverket når det gjelder psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere.

Høringsuttalelsene er ikke entydige på hvordan regelverksutviklingen bør følges opp i tiden som kommer. Behov for å foreta en gjennomgang av bestemmelsene om gjennomføring av institusjonsopphold, herunder grensene for integritetskrenkende tiltak synes det å være stor samstemmighet om. Høringsrunden har gitt viktige innspill til regelverksutvikling på området og departementet vil vurdere hvordan dette bør følges opp på egnet måte.

5.2.2 Kontrollkommisjonenes overprøvningskompetanse

I høringsnotatet behandlet departementet spørsmålet om kontrollkommisjonenes overprøvningskompetanse. Dette gjaldt spørsmålet om hvilken konsekvens det skulle ha for utfallet av en klagesak i kontrollkommisjonen at det var begått feil under

etableringen eller opprettholdelsen av tvungent psykisk helsevern.

Etter departementets vurdering var det særlige hensyn som talte for at kontrollkommisjonene, i noe større grad enn domstolene, burde la alvorligere saksbehandlingsfeil få konsekvenser for opprettholdelsen av det tvungne vernet. Det ble blant annet trukket frem hensynet til kontrollkommisjonenes tillit som uavhengig overprøvingsorgan, noe som kan tilsi at de ikke bør «reparere» enhver prosessuell feil begått i forbindelse med etableringen av det tvungne vernet. Kontrollkommisjonenes organisering og funksjon nær institusjonen innebærer en risiko for at de utenfra kan anses å være for å være en del av institusjonen og «tvangssapparatet», og at de derfor kan ha sammenfallende interesser. Endelig ble det også lagt vekt på at kontrollkommisjonenes prøving er den første domstollignende prøving som skjer etter at faglig ansvarlig har truffet etableringsvedtaket. Dette tilsier at kontrollkommisjonene bør være nøye med å føre kontroll med at saksbehandlingen er korrekt.

Få av høringsinstansene kommenterer dette forslaget. Enkelte høringsinstanser, herunder *Regjeringsadvokaten*, *kontrollkommisjonen for Diakonhjemmets sykehus* og *kontrollkommisjon I for Ullevål Universitetssykehus* er skeptiske til en slik lovendring. De mener en bestemmelse som foreslått ikke ville innebære noen presisering eller endring av rettstilstanden.

Etter en fornyet vurdering har departementet i tråd med disse høringsinstansenes vurdering funnet at det ikke er behov for lovendring. Departementet vil likevel understreke de særskilte hensyn som gjør seg gjeldende for spørsmålet om hvorledes kontrollkommisjonene skal bedømme saksbehandlingsfeil i forbindelse med klagesaksbehandling.

5.2.3 Spørsmålet om opphevelse av forbudet mot bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år.

5.2.3.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 4-8 kan ikke mekaniske tvangsmidler og isolering brukes overfor barn og unge under 16 år. Det er med andre ord bare korttidsvirkende beroligende legemidler som kan brukes overfor denne gruppen. Bakgrunnen for dette forbudet var faglige anbefalinger fra Statens helsetilsyn, se Ot.prp. nr. 11 (1998 -99) punkt 8.8.4.6.

I følge et innspill Helse- og omsorgsdepartementet fikk fra Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med utarbeiding av høringsnotatet, kunne

forbudet virke mot sin hensikt. Det ble vist til at det i enkelte tilfeller kunne iverksettes tiltak som ble opplevd mer inngripende for den det gjaldt enn isolering og mekaniske tvangsmidler. Direktoratet hadde erfart at fastholding ofte blir benyttet for å få kontroll over akutte nødsituasjoner i barne- og ungdomspsykiatrien. Fastholding er ikke regnet som så inngripende at det er regulert som tvangsmiddel etter gjeldende rett. I følge Sosial- og helsedirektoratet kan imidlertid fastholding oppleves vel så inngripende som mekaniske tvangsmidler for eksempel av barn som har vært utsatt for fysiske overgrep.

Etter *forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon* av 12. desember 2002 § 13, er bruk av kortvarig fastholding i barnevernet tillatt når dette er åpenbart nødvendig som ledd i institusjonens omsorgsansvar.

5.2.3.2 Høringsutkastet

I høringsutkastet fant ikke departementet tilstrekkelig grunnlag for å foreslå forbudet opphevet. Likevel ble innspillene fra direktoratet vurdert som så viktige at det var grunnlag for å gjøre spørsmålet til et tema i høringsrunden, samtidig som Sosial- og helsedirektoratet ble gitt i oppdrag å foreta nærmere undersøkelser av behovet for å kunne benytte mekaniske tvangsmidler overfor denne pasientgruppen. Departementet reiste et åpent spørsmål til høringsinstansene om hvorvidt forbudet burde opprettholdes. Det ble videre bedt om høringsinstansenes syn på om fastholding burde lovreguleres.

5.2.3.3 Høringsinstansenes syn

Høringsrunden viste at det var svært delte oppfatninger av behovet for å oppheve det gjeldende forbudet mot mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år. Av de om lag 20 høringsinstansene som uttalte seg var omtrent halvparten klart for oppheving av forbudet, mens den andre halvparten enten stilte seg spørrende eller markerte klar motstand. De som ønsket forbudet opphevet var i hovedsak fagfolk i barne- og ungdomspsykiatrien, mens bruker- og pårørendeorganisasjonene gjennomgående mente at forbudet burde opprettholdes. *Voksne for Barn* uttaler:

«Voksne for Barn er sterkt imot at dette forbudet oppheves, og viser til at bruk av mekaniske tvangsmidler vil fremstå som skremmende og ydmykende, og vil kunne virke traumatiserende for barn. Dette er dokumentert gjennom

høringer med barn som er i behandling og har opplevd slike situasjoner.»

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo uttaler:

«Det er vår erfaring at det ikke er nødvendig med mekaniske tvangsmidler for denne gruppen. Med kompetent bruk av fastholding og skjerming er mekaniske tvangsmidler unødvendig. Vi ser godt faren for at fastholding og skjerming kan oppleves vel så traumatiserende som bruk av mekaniske tvangsmidler, men det må tilligge ansvarlig institusjonseier å kvalitetssikre kompetansen på dette slik at traumatiserende opplevelser unngås.»

Barneombudet uttaler at de ikke har grunnlag for å uttale seg om det bør åpnes for at mekaniske tvangsmidler skal kunne benyttes overfor barn under 16 år. Barneombudet uttaler videre:

«Ombudet mener imidlertid at det er fornuftig at det ses nærmere på hvilke virkninger lovendringen har fått og om det er til det beste for barna å opprettholde forbudet. Det er i den sammenheng viktig at myndighetene går ordentlig inn i problemstillingen og bl.a. ser på relevant forskning på området. Det er også viktig at man i evalueringen får fram barns erfaringer fra både før og etter lovendringen.»

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening er derimot for en oppheving av forbudet. Foreningen uttaler:

«I dag åpner loven for bruk av medikamenter på unge under 16 år dette er langt mer utrygt. Medikamenter som brukes har vi relativt liten erfaring med brukt på ungdom, både når det gjelder dose og virkning/ bivirkning. Ungdom har selv gitt sterkt uttrykk for at de ikke vil sløves/ dopes ned men heller vil roes i belter. De har gitt uttrykk for at det er lettere å gjenvinne en kontroll når belter brukes og det gradvis slippes opp til forskjell fra medikamenter som gjerne henger lenge igjen i kroppen.»

5.2.3.4 Vurdering foretatt av Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra departementet

Sosial- og helsedirektoratet har ved brev av 1. november 2005 gitt innspill til vurderingene i svar med et oppdrag som ble gitt av departementet, og som også er omtalt i høringsnotatet. Departementet hadde bedt direktoratet foreta en systematisk innhenting av erfaringer og synspunkter på forbudet mot bruk av tvangsmidler, samt praksis

med hensyn til fastholding overfor barn under 16 år.

Som ledd i dette oppdraget ba direktoratet *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* om utrede om det fantes studier som har tatt for seg denne problemstillingen.

Kunnskapssenterets konklusjon etter redegjørelse for den forskning som finnes på området er følgende:

«Med et totalt fravær av kontrollerte studier kan vi slå fast at effekt og skadevirkninger ved bruk av tvangsmidler er ukjent. Den relative effekten av forskjellige typer tvangsmidler, som isolering, fastholding og mekaniske tvangsmidler er heller ikke kjent. Resultater fra kvalitative studier støtter imidlertid de etiske betenkelighetene ved tvangsmiddelbruk. En eventuell endring av lover eller praksis bør skje innenfor rammen av et forskningsprosjekt med randomisert kontrollert design.»

I tillegg til dette kunnskapssøket innhentet Sosial- og helsedirektoratet synspunkter fra fagmiljøene gjennom en egen spørreundersøkelse og hadde høringsmøter med *Barneombudet* og organisasjonene *Voksne for Barn*, *Mental Helse Norge*, *We Shall Overcome* og *Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri*. Sosial- og helsedirektoratet konkluderte på bakgrunn av dette arbeidet slik:

«Sosial- og helsedirektoratet finner på bakgrunn av ovennevnte tilbakemeldinger ikke grunnlag for å tilråde en opphevelse av psykisk helsevernlovens forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn og unge (phvl. § 4-8 tredje ledd) på dette tidspunkt. Vi ser ikke bort fra at bruk av mekaniske tvangsmidler kan være et egnet handlingsalternativ i enkeltsituasjoner, men mener at en eventuell lovendring må forutsette et at dette kan begrunnes i et solid kunnskapsgrunnlag. Dette er ikke tilfelle i dag.»

5.2.3.5 Departementets vurdering

På grunnlag av både innspill i høringsrunden, samt de vurderinger som har kommet fram gjennom Sosial- og helsedirektoratets arbeid med problemstillingen, finner departementet det godtgjort at det ut fra den kunnskap som foreligger i dag ikke bør foretas endringer i gjeldende forbud mot mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år. Ikke bare fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, men også fra enkelte barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner og fagmiljøer, har det kommet frem at akutte situasjoner kan håndteres uten bruk av mekaniske tvangsmidler. Utvikling av persona-

lets kompetanse har vært pekt på som et viktig virkemiddel for å unngå traumatiserende opplevelser for barnet.

De innspill som har kommet i forbindelse med høringsrunden og direktoratets arbeid viser at de faglige oppfatninger på området spriker. Etter

departementets vurdering tilsier dette at det er behov for ytterligere fokus på disse problemstillingene i tiden som kommer. Formålet med et slikt arbeid må være å få større grad av faglig konsensus og kunnskap om metoder som forebygger behovet for tvangsmidler.

Del II
Lovforslagets innhold

6 Forholdet til pasientrettighetsloven

6.1 Innledning

Psykisk helsevernloven trådte i kraft samtidig med lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. Begge lovene var deler av den såkalte helselovreformen, som også inkluderte lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 nr. 61 og lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64. Mens pasientrettighetsloven gir generelle rettigheter som i utgangspunktet gjelder alle pasienter i helsetjenesten, er psykisk helsevernloven en særlov som bare regulerer det psykiske helsevernet. Det er flere grenseflater mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven.

Psykisk helsevernloven § 1-5 regulerer forholdet til pasientrettighetsloven. I henhold til § 1-5 første punktum gjelder pasientrettighetsloven «så langt den passer» ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Annet punktum slår fast at kapittel 4 i pasientrettighetsloven om samtykke til helsehjelp bare gjelder når det er bestemt i psykisk helsevernloven. Mens pasientrettighetsloven forutsetter frivillighet fra pasientens side, omhandler psykisk helsevernloven både frivillig og tvungent psykisk helsevern. Slik pasientrettighetslovens bestemmelser om blant annet samtykke og medvirkning lyder i dag, kan således ikke disse gjelde fullt ut for pasienter i tvungent psykisk helsevern.

Pasientrettighetslovens alminnelige bestemmelser om samtykke gjelder for psykiatriske pasienter hva angår somatiske lidelser. Dette vil si at en pasient under tvungent psykisk helsevern som bryter armen, i utgangspunktet må samtykke til helsehjelp etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven før det gis behandling for armbruddet.

Prinsippene i pasientrettighetsloven skal imidlertid gjøres gjeldende så langt det overhodet er mulig for alle pasienter i det psykiske helsevernet, også de som er under tvungent vern. For eksempel er det vanskelig å se grunnlag for spesielle innskrenkninger i retten til informasjon og journalinnsyn for pasienter i det psykiske helsevernet.

Hvis pasientrettighetene ikke overholdes og pasienten ønsker å påklage dette, følger klagereguleringen av pasientrettighetslovens kapittel 7. Dette

innebærer at pasienten kan anmode aktuelt helsepersonell om å oppfylle pasientrettigheten. Der som anmodningen ikke tas til følge kan pasienten klage til Helsetilsynet i fylket.

Psykisk helsevernloven har derimot et eget klagesystem hvor kontrollkommisjonene står sentralt. For å unngå at pasientene blir usikker på hvilken framgangsmåte som skal benyttes i den enkelte sak, må det gis grundig veiledning og informasjon. I tillegg til at kontrollkommisjonene skal gi slik bistand, vil pasientombudene kunne bistå pasienten, jf. kapittel 8 i pasientrettighetsloven.

Som det fremgår av punktene 4.2 og 4.3 viser rapportene fra Statens helsetilsyn etter landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer (4/2003) og spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer (4/2004) mangler i oppfyllelsen av viktige pasientrettigheter. Begge tilsynsrapportene viser en betydelig svikt i utarbeidelsen av individuelle planer. Rapport 4/2004 avdekker også manglende etterlevelse av de krav som retten til vurdering og prioritering stiller ved nær halvparten av enhetene. Helsetilsynet konstaterer i samme rapport at personellet har dårlig kjennskap til regelverket om generelle pasientrettigheter.

6.2 Det prinsipielle spørsmål – forholdet mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven

6.2.1 Høringsnotatet

I høringsnotatet foretok departementet en gjennomgang av de pasientrettigheter hvor det i dag er grenseflater mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. På bakgrunn av denne gjennomgangen og foreliggende erfaringer med gjennomføringen av pasientrettigheter i det psykiske helsevernet foreslo departementet å fjerne det generelle forbeholdet med hensyn til pasientrettighetsloven i psykisk helsevernloven § 1-5. Det ble foreslått at pasientrettighetsloven som utgangspunkt skulle gjelde fullt ut i det psykiske helsevernet, og at nødvendige unntak skulle nedfelles særskilt for å unngå tolkingstvil.

6.2.2 Høringsinstansenes syn

Høringsrunden viste en bred tilslutning til prinsippet om å gjøre pasientrettighetslovens bestemmelser direkte gjeldende i det psykiske helsevernet. I den grad det var uenighet blant høringsinstansene, gjaldt det i hvilket omfang det skulle gjøres unntak for konkrete pasientrettigheter for pasienter i det psykiske helsevernet, særlig for pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Om behovet for å fjerne det generelle forbeholdet i psykisk helsevernloven § 1-5 uttaler *Pasientombudskollegiet*:

«Etter vår erfaring har denne reservasjonen ført til unødvendig mye tvil omkring pasientgruppens egentlige materielle og prosessuelle pasientrettigheter. Flere av pasientene har gitt tilbakemeldinger som tyder på at en regelmessig ikke har fått oppfylt flere sentrale pasientrettigheter etter prl, under henvisning til angivelig tvil om den aktuelle retten er etablert for pasientgruppen. Den manglende kunnskap om pasientrettigheter hos tjenestestedene, er også kommet frem i forbindelse med pasientombudenes kontakt med tjenesteyterne.»

Mental Helse Norge støtter prinsippet som ligger bak denne del av lovforslaget, men mener at man burde gå enda lenger i å fjerne særlovgivning enn det høringsnotatet foreslår:

«Likevel er det slik at MHN i flere år har stilt spørsmål ved det reelle behovet for en egen lov gjeldende det psykiske helsevernet spesielt. Vi har hatt det grunnleggende utgangspunkt at lovverket på dette området kan bli fullt implementert i Lov om spesialisthelsetjeneste og Lov om Pasientrettigheter. [...] MHN mener det er svært viktig å se det psykiske helsevernet som en del av den samlede helsetjeneste, og vi ønsker ikke ordninger som skaper preg og relevans til fortsatt å gjøre psykisk helsevern til en særomsorg.»

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) er den eneste av høringsinstansene som uttrykker motforestillinger med hensyn til endring av psykisk helsevernloven § 1-5. I sammenheng med synspunkter på reguleringen av pårørende mener organisasjonen at bestemmelsen bør beholdes uforandret, se punkt 6.5.

6.2.3 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets syn gir høringsrunden grunnlag for å opprettholde prinsippet om å fjerne det generelle forbeholdet med hensyn til pasientrettighetslovens bestemmelser i det psykiske helsevernet. Både hensynet til pasientens forutbereg-

nelighet når det gjelder egne rettigheter, styrkingen av bevisstheten vedrørende lovfestede pasientrettigheter i det psykiske helsevernet og hensynet til normalisering av psykiske lidelser taler for en slik endring. Endringsforslaget innebærer at det må tas stilling til behovet for eventuelle konkrete, lovfestede unntak fra de generelle pasientrettighetene når det gjelder pasienter i det psykiske helsevernet. I disse vurderingene har høringsrunden vist at det gjør seg gjeldende til dels svært ulike oppfatninger av hvilke unntak som er nødvendige. Dette gjelder først og fremst for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Høringsinstansenes syn på dette, samt departementets vurderinger og forslag vil bli presentert i tilknytning til de respektive rettighetsspørsmål nedenfor i kapittel 6.

6.3 Reguleringen av samtykke

6.3.1 Gjeldende rett

6.3.1.1 Pasientrettighetsloven

Ethvert inngrep overfor enkeltmennesket, også innenfor helsetjenesten, krever at det foreligger et gyldig rettsgrunnlag. Generelle bestemmelser om samtykke til helsehjelp er regulert i pasientrettighetsloven kapittel 4. Som den klare hovedregel er det pasienten selv som må samtykke til helsehjelp etter først å ha fått nødvendig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Når pasientens samtykke har fått en så vidt sentral plass i en behandlingssituasjon, kan dette begrunnes ut fra en så vel etisk som helsefaglig synsvinkel. Kravet til pasientens samtykke understreker respekten for pasientens menneskeverd og integritet. Samtidig er det bred enighet om at informasjon til - og samtykke fra - pasienten bidrar til større pasientdeltakelse, noe som ofte vil være en forutsetning for et vellykket behandlingsopplegg.

Pasientens rett til å samtykke til helsehjelp, i loven kalt samtykkekompetanse, kan imidlertid variere avhengig av tre forhold:

- Alder
- Tiltakets art
- Eventuelle fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming som gjør at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter

Den «helserettslige myndighetsalder» er 16 år, med mindre unntak er gjort i lov eller noe annet fremkommer av tiltakets art. Slike unntak kan både medføre en lavere og en høyere aldersgrense. Et eksempel på et tiltak hvor pasienten

ikke vil ha samtykkekompetanse før vedkommende er myndig er kosmetisk kirurgi.

Det kan tenkes personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådgighetssfære også før fylte 16 år. I abortloven § 4 er det bestemt at begjæring om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av kvinnen selv, også dersom hun er under 16 år. I slike tilfeller skal imidlertid den eller de med foreldreansvaret gis anledning til å uttale seg med mindre særlige grunner taler mot det. Et annet eksempel er helsehjelp etter kjønnslemlestelse, hvor de konkrete omstendigheter kan tilsi at barnet selv skal kunne samtykke til helsehjelpen, jf. rundskriv IS 12/2004 om lov om pasientrettigheter fra Sosial- og helsedirektoratet s. 32.

Dersom ikke pasienten selv kan samtykke på grunn av alder, tiltakets art eller personlige forutsetninger er det gitt regler om representert samtykke i §§ 4-4 til og med 4-8 i pasientrettighetsloven. Mens §§ 4-4 og 4-5 gjelder representert samtykke knyttet til pasientens alder, gjelder §§ 4-6 til og med 4-8 pasienter som på grunn av sin fysiske eller psykiske tilstand ikke har samtykkekompetanse.

6.3.1.2 *Psykisk helsevernloven*

Når psykisk helsevernloven gir regler om bruk av tvang på bestemte vilkår innebærer dette en begrensning av pasientens selvbestemmelsesrett. Etter gjeldende psykisk helsevernlov § 1-5 begrenses virkeområdet for samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4 til bare å gjelde hvor dette er uttrykkelig nevnt i psykisk helsevernloven. Dette innebærer med andre ord en ytterligere innsnevring i forhold til det generelle unntaket om at pasientrettighetene gjelder «så langt det passer» innen det psykiske helsevernet. Særreguleringen av samtykke i psykisk helsevernloven vil bli nærmere redegjort for nedenfor i punktene 6.3.2.1 og 6.3.3.1.

6.3.2 **Samtykke på vegne av barn under 16 år**

6.3.2.1 *Gjeldende rett*

Psykisk helsevern til barn og unge under 16 år er basert på foreldresamtykke. Etter lov om psykisk helsevern § 2-1 fjerde ledd er det den eller de med foreldreansvaret som samtykker til behandling i det psykiske helsevernet for barn under 16 år. Dette gjelder også for samtykke til å være undergitt tvungent psykisk helsevern inntil tre uker (fra etableringen av vernet), jf. § 2-2 tredje ledd.

Innholdet i begrepet foreldreansvar følger av barnelovens regler. Foreldre har normalt foreldre-

ansvaret i behold selv om de ikke har den daglige omsorg. Psykisk helsevernloven §§ 2-1 fjerde ledd og 2-2 tredje ledd innebærer således at begge foreldrene må samtykke til psykisk helsevern. Dette gjelder også selv om bare den ene av foreldrene har omsorgen for barnet, eller omsorgsansvaret er overtatt av barneverntjenesten etter vedtak truffet av fylkesnemnda for sosiale saker, jf. barnevernloven §§ 4-12 eller 4-8.

Samtykke fra den eller de med foreldreansvaret er også hovedregelen etter pasientrettighetsloven §§ 4-3 og 4-4. Det følger imidlertid av pasientrettighetsloven § 4-3 bokstav b at barn under 16 år kan ha selvstendig rett til å samtykke dersom det følger av tiltakets art eller særlige lovbestemmelser, se rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet IS-12/2004 s. 31 flg. En tilsvarende mulighet for selvstendig samtykkekompetanse er ikke gitt i psykisk helsevernloven.

En annen forskjell til det som i dag følger av psykisk helsevernloven gjelder barneverntjenestens kompetanse til å samtykke på vegne av barn under 16 år som den har overtatt omsorgen for. Etter pasientrettighetsloven § 4-4 annet ledd har barneverntjenesten, etter at det er truffet vedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven, myndighet til å samtykke til helsehjelp på barnets vegne, det vil si uten medvirkning fra den eller de som har foreldreansvaret. Årsaken til denne forskjellen mellom pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven fremgår ikke av lovenes forarbeider.

6.3.2.2 *Høringsnotatet*

I høringsnotatet foreslo departementet at pasientrettighetslovens regler skulle legges til grunn når det gjaldt samtykke på vegne av barn under 16 år. En konsekvens av dette ville være at barn under 16 år i enkelte tilfeller vil kunne anses å ha selvstendig samtykkekompetanse i forhold til et bestemt tiltak. En annen konsekvens ville være at barneverntjenesten kunne samtykke til helsehjelp i det psykiske helsevernet på vegne av barn under 16 år som barneverntjenesten har overtatt omsorgen for.

6.3.2.3 *Høringsinstansenes syn*

Ingen av høringsinstansene uttrykte motforestillinger mot de konsekvenser det ville få å legge pasientrettighetsloven til grunn i forhold til samtykke på vegne av barn under 16 år.

Blant de høringsinstansene som eksplisitt støtter forslaget på dette punktet er *Barneombudet, Barne- og familiedepartementet, Voksne for Barn,*

Sosial- og helsedirektoratet, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Pasientombudskollegiet, Norsk Helse- og Sosiallederlag, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, Helse Vest RHF, v/ Stavanger Universitetssjuehus og Den norske Advokatforening.

Om barnets samtykkekompetanse uttaler *Den norske Advokatforening*:

«Advokatforeningen er enig med departementet i at gode grunner taler for at helsepersonell kan bygge på barnets eget samtykke hvor en eller begge foreldrene er en del av en alvorlig konfliktsituasjon. Advokatforeningen er videre kjent med at det i praksis ofte oppleves som problematisk at en av foreldrene nekter å samtykke til tiltak som den andre forelderen og barnet selv ønsker.»

Både *Voksne for Barn* og *Den norske Advokatforening* påpeker at det kan være vanskelig for helsepersonell å vurdere i hvilke situasjoner barn under 16 år kan anses å ha kompetanse til selv å samtykke til helsehjelp, og at det derfor bør utarbeides veiledende retningslinjer til hjelp for vurderingen.

Når det gjelder barneverntjenestens kompetanse til å samtykke mener *Pasientombudskollegiet* at det bør presiseres at helsetjenesten først bør forsøke å få samtykke fra den eller de med foreldreansvaret før man ber barneverntjenesten om å avgi samtykke på vegne av barnet.

Både *Voksne for Barn* og *Den norske Advokatforening* mener det også bør vurderes om det er tilstrekkelig at barneverntjenesten bare har myndighet til å samtykke i saker hvor det er truffet vedtak om omsorgsovertakelse etter § 4-12 og 4-8. *Den norske Advokatforening* uttaler i denne sammenheng:

«Det finnes ingen hjemmel for midlertidige vedtak etter barnevernloven § 4-10. Med mindre barnet befinner seg i en øyeblikkelig hjelp situasjon som gir grunnlag for intervensjon etter helsepersonelloven § 7, eksisterer det derfor en fare for at manglende samtykke fra den eller de med foreldreansvar i akutt plasseringsperioden, vil påføre barnet stor belastning som følge av manglende mulighet for nødvendig helsemessig utredning/ behandling.»

Helse Vest RHF, v/ Stavanger Universitetssjuehus mener det også er behov for å gjøre unntak i loven fra at begge foreldre med foreldreansvar skal gi samtykke til helsehjelp. Det foreslås at samtykke fra begge fortsatt skal være hovedregelen, men at det lovfestes en unntaksregel for tilfeller hvor man ser at barnet ikke får nødvendig helsehjelp. Det foreslås videre at kontrollkommisjonen kan være klageinstans for et vedtak om å gjøre unntak.

6.3.2.4 Departementets vurdering og forslag

Problemstillingene som her reises er ganske ulikeartede. Det er for det første et spørsmål om barn under 16 år i enkelte situasjoner skal anses å ha selvstendig samtykkekompetanse etter tiltakets art. Dette forutsetter at barnet ønsker undersøkelse eller behandling, og at barnet enten ikke ønsker at foreldrene skal få kunnskap om dette, eller at foreldrene faktisk motsetter seg det. Spørsmålet om barneverntjenestens adgang til å samtykke gjelder derimot de tilfeller hvor det er klart at barnets eget samtykke ikke er tilstrekkelig for å yte den aktuelle helsehjelpen og at en av eller begge foreldrene ikke vil samtykke. Spørsmålet om hvilken betydning foreldreansvaret skal ha for samtykke til psykisk helsevern for barn under 16 år er likevel felles for begge problemstillinger.

Departementet finner ikke grunnlag for å videreføre en mer restriktiv lovgivning i det psykiske helsevernet enn ellers i helsetjenesten når det gjelder muligheten for barn under 16 år til selv å kunne samtykke til helsehjelp i enkelte tilfeller. Tvert i mot finner departementet støtte i enkelte høringsuttalelser for at det kan være praktisk viktig i det psykiske helsevernet å kunne gi barnet mulighet for helsehjelp i tilfeller hvor foreldrene motsetter seg dette. Ett eksempel som ble nevnt i høringsnotatet er hvor et barn selv ønsker til samtalerapi, og en av eller begge foreldrene er en del av en alvorlig konfliktsituasjon og derfor ikke ønsker å samtykke.

Bestemmelsen innebærer et forholdsvis snevert unntak fra hovedregelen om foreldresamtykke. Den må ses i sammenheng med bestemmelsen i § 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. *Den norske Advokatforening* nevner som eksempel tilfeller hvor barnet og bare den ene av foreldrene ønsker at det ytes helsehjelp til barnet. Ettersom bestemmelsen bruker begrepet «tiltakets art» vil imidlertid et samtykke fra bare den ene av foreldrene være av mindre betydning for vurderingen enn innholdet i tiltaket.

I tråd med det som er etterlyst av blant andre *Den Norske Advokatforening* og *Voksne for Barn* vil det etter departementets syn være naturlig at en lovendring som foreslått, vurderes fulgt opp med veiledende retningslinjer til helsepersonell som skal foreta disse vurderingene.

Når det gjelder spørsmålet om barneverntjenestens myndighet til å samtykke til helsehjelp for

barn under 16 år som den har overtatt omsorgen for, mener departementet at høringsinnspillene også gir støtte for å opprettholde forslaget fra høringsnotatet på dette punktet. Forslaget er i tråd med en rekke henvendelser forut for høringsnotatet, blant annet fra Oslo kommune. Det har vært pekt på at gjeldende rettstilstand i enkelte tilfeller forhindrer psykisk helsehjelp til barn og unge som er under barnevernets omsorg etter omsorgsovertakelse. Årsaken til dette er flere tilfeller hvor den ene eller begge foreldrene etter en omsorgsovertakelse motsetter seg at barnet skal få undersøkelse eller behandling i det psykiske helsevernet. Det finnes hjemmel i barnevernloven § 4-10 for at fylkesnemnda for sosiale saker kan vedta at barnet skal undergis medisinsk behandling når den eller de med foreldreansvaret ikke samtykker til behandling. Erfaring viser imidlertid at en slik fylkesnemndsbehandling kan være krevende å få gjennomført, slik at nødvendig helsehjelp enten ikke blir gjennomført eller blir forsinket.

Formålet bak bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 4-4 annet ledd er at barn skal sikres helsehjelp etter en omsorgsovertakelse. Det er særdeles viktig at det ikke oppstår unødige forsinkelser i helsehjelpen til barn med behov for psykisk helsevern. Her bør hensynet til å sikre barnet helsehjelp veie tyngre enn hensynet til den eller de med foreldreansvaret. Dette vil etter departementets syn være i tråd med hensynet til barnets beste.

Barnets rett til å få prøvet spørsmålet om etablering av psykisk helsevern er i dag sikret gjennom psykisk helsevernloven § 2-1 fjerde ledd og § 2-2 femte ledd. Denne adgangen er foreslått videreført i lovforslaget § 2-1 annet ledd.

I sine høringsuttalelser har *Den norske Advokatforening* og *Organisasjonen Voksne for Barn* tatt til orde for at barneverntjenestens adgang til å samtykke til helsehjelp i pasientrettighetsloven § 4-4 annet ledd bør utvides til også å omfatte midlertidige vedtak etter barnevernloven § 4-6 annet ledd. Vedtak om omsorgsovertakelse er et vedtak av mer permanent karakter enn midlertidige vedtak etter barnevernloven § 4-6 annet ledd. Mens vedtak om omsorgsovertakelse blir truffet etter en relativt omfattende prosess i fylkesnemnda for sosiale saker, kan midlertidig vedtak etter barnevernloven § 4-6 annet ledd treffes av barnevernadministrasjonens leder eller påtalemyndigheten. Denne forskjellen i saksbehandlingsregler kunne tilsi at det skulle mer til for å overføre en del av foreldremyndigheten til barneverntjenesten i slike saker. På den annen side kan saker etter barnevernloven § 4-6 annet ledd være blant de mest alvorlige sakene, ettersom det er behov for akutt-

vedtak. Dette tatt i betraktning vil hensynet til barnets behov for helsehjelp, og dermed barnets beste stå sterkt i slike situasjoner. Etter departementets vurdering bør dette være avgjørende for at pasientrettighetsloven § 4-4 annet ledd utvides til også å omfatte midlertidige vedtak etter barnevernloven § 4-6 annet ledd.

6.3.3 Særlig om representert samtykke på vegne av personer over 16 år uten samtykkekompetanse

6.3.3.1 Gjeldende rett

Pasientrettighetsloven har i dag egne regler om representert samtykke i §§ 4-4 til og med 4-8. Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 4-4 gjelder samtykke på vegne av barn, og behandles ovenfor i punkt 6.3.2. Bestemmelsene i §§ 4-5 til 4-8 innebærer at andre personer i varierende utstrekning kan samtykke på vegne av en person som ikke selv har samtykkekompetanse, det vil si mangler evne til å forstå hva samtykket omfatter eller på grunn av fysisk eller psykisk tilstand ikke er i stand til å samtykke. De viktigste bestemmelsene i pasientrettighetsloven som i dag regulerer helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse forutsetter at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, jf. §§ 4-5 tredje ledd, 4-6 tredje ledd og 4-8.

Etter psykisk helsevernloven §§ 2-1 og 2-2 er det gjort omfattende unntak fra pasientrettighetslovens bestemmelser om representert samtykke i §§ 4-5 til 4-8. Hensynet bak disse unntakene er at all undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten vedkommendes samtykke skal følge psykisk helsevernlovens regler om tvang. Dette gjelder likevel ikke hvor mangelen på samtykkeevne skyldes psykisk utviklingshemming eller senil demens, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 tredje ledd. Ettersom disse tilstandene i utgangspunktet ikke vil tilfredsstille grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern, foreligger ikke risikoen for omgåelse av tvangsreglene. Pasientrettighetslovens regler legges derfor til grunn bortsett fra § 4-5 første og tredje ledd (foreldresamtykke for personer uten samtykkekompetanse mellom 16 og 18 år) når det gjelder psykisk utviklingshemmede og § 4-5 i sin helhet når det gjelder senil demente.

6.3.3.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet en tilføyelse av et nytt tredje ledd i pasientrettighetsloven § 4-1 som rettet seg mot pasienter som mangler samtykkekompetanse. Forslaget innebar at det ved representert samtykke ikke kunne gis helsehjelp

for psykiske lidelser dersom mangelen på samtykkekompetanse skyldtes en alvorlig sinnslidelse. Formålet med forslaget var å sikre rettsgrunnlag for å kunne gi nødvendig helsehjelp til personer som mangler samtykkekompetanse, men som likevel ikke fyller vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Det følger allerede i dag av bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4 at reglene om representert samtykke bare kan anvendes overfor personer som ikke motsetter seg helsehjelpen.

6.3.3.3 Høringsinstansenes syn

Få av høringsinstansene uttaler seg om dette forslaget.

Senter for Medisinsk etikk (UiO) etterlyser en redegjørelse for praksis når det gjelder informert samtykke og de vurderinger som foretas av pasientens samtykkekompetanse. Det etterlyses også en redegjørelse for hvordan pårørende blir informert og får anledning til å medvirke i tilfeller hvor pasienten vurderes til ikke å være samtykkekompetent. *Senter for medisinsk etikk* uttaler videre:

«SMEs inntrykk basert på enkelte erfaringer fra kliniske etikk- komiteer og andre klinikere er at praksis er variabel og ofte ikke i samsvar med helselovgivningen, men dette bør trolig undersøkes mer systematisk.»

Senter for medisinsk etikk mener at slik kunnskap bør foreligge før det fremmes forslag om lovendringer.

Mental Helse Norge uttaler:

«MHN ser at en slik bestemmelse kan virke reduserende på den retten den frivillig innlagte pasienten har til selvbestemmelse over egen rett til å ta avgjørelser. Vi kan ikke utelate å vurdere dette i forhold til at innen det psykiske helsevernet er der en annen manifestert kultur når det gjelder pasienten sin selvbestemmelsesrett, en hva en finner av holdninger i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Forslaget kan medføre at en relativt stor gruppe innlagte pasienter kan bli bedømt til å mangle samtykkekompetanse, og at behandlingspersonell samtykker til behandling på vegne av pasientene. En slik utvikling ønsker ikke MHN, da dette vil medføre redusert rettssikkerhet hos dem som frivillig har latt seg innlegge på en psykiatrisk institusjon.»

Universitetet i Tromsø uttaler:

«Det finnes en rekke pasienter som formelt sett er frivillig innlagt, men som lett kan sies å mangle samtykkekompetanse. Dette er avhengig av hvilke krav som legges til grunn ved vurderin-

gen av samtykkekompetansen. Etter pasientrettighetsloven §§ 4-1 og 4-2 er kravene til gyldig samtykke relativt strenge og det kreves følgende tilsvarende høy grad av samtykkekompetanse. Ser man dette i et perspektiv der kravene til kompetanse til å samtykke til frivillig psykisk helsevern ble redusert ved innføringen av psykisk helsevernloven, kan det lett tenkes at gruppen av pasienter som er frivillig innlagt og som blir bedømt til å mangle samtykkekompetanse er forholdsmessig stor. Samtidig er de samme fagpersonene som skal bedømme samtykkekompetanse og som eventuelt skal gi stedfortredende samtykke etter pasientrettighetslovens paragraf 4-6.

[...]

Disse forholdene vil i for stor grad svekke pasientens rettssikkerhet og autonomi, samtidig som forslaget tillegger behandlingsansvarlige for stor myndighet og gir dem klare dobbeltroller ved at de både står for behandlingen og skal samtykke på pasientens vegne.»

Sosial- og helsedirektoratet, Pasientombudskollegiet, Den norske lægeforening, Akershus universitetssykehus, Fylkesmannen i Vestfold, Kontrollkommissjon II Ullevål Universitetssykehus og Sykehuset Innlandet HF støtter derimot departementets forslag.

Sykehuset Innlandet HF påpeker at det vil være en pasientgruppe som kan falle utenfor slik forslaget lyder. Forslaget gir ikke hjemmel for å behandle den psykiske lidelsen til pasienter som mangler samtykkekompetanse, men som ikke har en alvorlig sinnslidelse.

6.3.3.4 Departementets vurdering og forslag

Spørsmålet om i hvilken grad representert samtykke skal tillates innebærer langt på vei en avveining mellom rettssikkerhetshensyn og hensynet til å sikre pasienten helsehjelp.

Etter departementets vurdering bør det som utgangspunkt ikke være «to innganger» til undersøkelse og behandling i psykisk helsevern uten eget samtykke, det vil si både gjennom reglene om representert samtykke i pasientrettighetsloven og etter reglene om etablering av tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven. Dersom psykisk helsevern også skal kunne ytes på grunnlag av representert samtykke, innebærer dette en risiko for omgåelse av de strenge vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevernloven og gjør det vanskeligere å føre kontroll med tvangsbruken. Rettssikkerhetshensyn tilsier derfor at det bare gjelder ett sett med regler for inngripende tiltak uten vedkommandes samtykke.

Hensynet til å unngå at man i realiteten får to sett tvangsregler er også bakgrunnen for forslaget til ny § 4A-2 annet ledd i pasientrettighetsloven, jf. Ot.prp. nr. 64 (2005-2006) om lov om endringer i pasientrettighetslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse). Her er det foreslått at regler om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen ikke skal gjelde for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse. Slik undersøkelse og behandling skal følge reglene i psykisk helsevernloven.

Forslaget til ny § 4A-2 annet ledd gjelder tilfeller hvor pasienten motsetter seg helsehjelpen. På grunn av pasientens motstand er elementet av tvang sterkere enn etter de regler om representert samtykke som følger av pasientrettighetsloven i dag. Rettssikkerhetshensyn taler for at de tilfeller hvor det er nødvendig med undersøkelse og behandling av psykisk lidelse, og hvor pasienten motsetter seg dette, behandles etter psykisk helsevernlovens regler.

På denne bakgrunn mener departementet at det bør gjøres et unntak fra pasientrettighetslovens regler om representert samtykke. Spørsmålet blir så hvordan dette unntaket skal utformes. Dersom det skulle gjøres et generelt unntak fra reglene om representert samtykke i pasientrettighetsloven kapittel 4 for pasienter i det psykiske helsevernet ville det ikke være rettslig grunnlag for å yte psykisk helsevern til personer som mangler samtykkekompetanse, men som likevel ikke fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Det ville innebære en innsnevring av muligheten til å gi helsehjelp til denne pasientgruppen i forhold til hva som følger av gjeldende rett.

Utgangspunktet for vurderingen er at det her er tale om helsehjelp som pasienten ikke motsetter seg, jf. §§ 4-5 tredje ledd og 4-6 tredje ledd. Elementet av tvang er ikke like sterkt i slike tilfeller, noe som taler for at de generelle bestemmelser om representert samtykke kan legges til grunn. Overfor pasienter som ikke tilfredsstiller kravet til «alvorlig sinnslidelse» og som heller ikke motsetter seg helsehjelpen mener departementet det bør være anledning til å yte helsehjelp, også i forhold til pasientens psykiske problemer. De strenge kriteriene for tvungent psykisk helsevern vil innebære at man ellers ikke har hjemmel for å gi helsehjelp til en pasientgruppe som ikke er i stand til å avgi et gyldig samtykke, men som på grunnlag av manglende motstand i mange tilfeller kan antas å ønske helsehjelpen.

Enkelte av innspillene i høringsrunden gir inntrykk av at høringsinstansene vurderer forslaget

som noe helt nytt i forhold til gjeldende rettstilstand. Imidlertid er representasjonsreglene i pasientrettighetsloven kapittel 4 også etter dagens rettstilstand gitt delvis virkning for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse av senil demente og psykisk utviklingshemmede. Departementet antar at disse gruppene er blant de pasienter som representert samtykke også i fremtiden vil være mest praktisk overfor. Likevel mener departementet det er uheldig med den avgrensning som følger av dagens regelverk. For eksempel vil det kunne være pasienter uten samtykkekompetanse som verken er demente, utviklingshemmede eller alvorlig sinnslidende, men som likevel har behov for helsehjelp for en psykisk lidelse.

Sykehuset Innlandet HF påpeker at det vil være en kategori pasienter som faller utenfor forslaget til lovendring. Dette er pasienter som ikke har samtykkekompetanse, som har en psykisk lidelse som faller utenfor vilkåret «alvorlig sinnslidelse, og som motsetter seg helsehjelpen. Disse pasientene vil det heller ikke pr. i dag være hjemmel for å gi helsehjelp for den psykiske lidelsen. Etter departementets vurdering er den frykt for et tosporet tvangssystem i det psykiske helsevernet som kommer til uttrykk gjennom høringsuttalelsene mer aktuelt for denne pasientgruppen. Departementet har derfor ikke funnet tilstrekkelig grunnlag til også å gi hjemmel for helsehjelp på grunnlag av representert samtykke overfor disse pasientene.

På denne bakgrunn foreslår departementet at det føyes til et nytt femte ledd i pasientrettighetsloven § 4-3 som innebærer at pasientrettighetslovens representasjonsregler i kapittel 4 kommer til anvendelse ved undersøkelse og behandling av psykisk lidelse med mindre mangelen på samtykkekompetanse skyldes en alvorlig sinnslidelse.

Departementet har merket seg at det både i forbindelse med høringen av foreliggende lovforslag og i forbindelse med høringen av forslag til nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven har kommet innspill på at det er behov for ytterligere klargjøring av hva som ligger i begrepet samtykkekompetanse og retningslinjer for vurderingen. Departementet vil vurdere hvordan dette bør følges opp på egnet måte.

6.4 Retten til individuell plan

6.4.1 Gjeldende rett

6.4.1.1 Planens innhold

Etter psykisk helsevernlovens § 4-1 har institusjoner i det psykiske helsevernet ansvar for å utarbeide en individuell plan for pasienten. Tilsvarende

plikter ble ved helselovreformen innført i spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 (nå § 2-5), pasientrettighetsloven § 2-5 og kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. Fra 1. januar 2004 ble det også lovfestet en plikt for sosialtjenesten til å utarbeide individuell plan i sosialtjenesteloven § 4-3a. Med hjemmel i lovbestemmelsene er det gitt felles *forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven* av 23. desember 2004 nr. 81.

Psykisk helsevernloven § 4-1 er den eneste av de nevnte lovbestemmelsene som gir føringer på hvilken informasjon som skal innarbeides i planen. Planen skal:

- Kartlegge behovet for psykisk helsevern
- Angi hva som er målet med vernet
- Angi hva slags psykiatriske tjenester som er aktuelle
- Angi omfanget av de aktuelle tjenester
- Beskrive gjennomføringen av vernet
- Beskrive det nødvendige samarbeid med andre helse- og sosialtjenester

I de øvrige lovbestemmelsene om individuell plan gir kriteriet «behov for langvarige og koordinerte tjenester» en føring for planens formål og innhold – langsiktig og samordnet planlegging av behandlingsforløpet. Formålet er nærmere utdypet i *forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven* av 23. desember 2004 § 2:

- a) å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- b) å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- c) å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Det kan reises spørsmål ved om psykisk helsevernloven § 4-1 i større grad enn de andre lovbestemmelsene stiller krav til beskrivelse av behandlingsopplegget ved den aktuelle institusjon. I høringsnotatet til 1999 loven fra Sosial- og helsedepartementet i august 1997 ble § 4-1 i lovforslaget betegnet «behandlingsplan». Bakgrunnen for lovforslaget i høringsnotatet var den svenske og den danske lovgivningen om psykisk helsevern som stiller krav til behandlingsplaner i forbindelse med tvungent psykisk helsevern. Betegnelsen på planen ble imidlertid harmonisert

med den generelle bestemmelsen om individuelle planer som ble nedfelt i pasientrettighetsloven § 2-5. Likevel blir begge begrepene brukt i Ot.prp. nr. 11 (1998 -99) punkt 8.1.4, og det kan synes uklart i hvilken grad begrepet individuell plan var ment å ha et annet meningsinnhold enn begrepet behandlingsplan.

Merknadene fra Stortingets sosialkomite i forbindelse med behandlingen av lovforslaget i Innst.O. nr. 73 (1998 -99) tyder imidlertid på at lovgiver har ment at koordineringen og samhandlingen mellom ulike tjenesteled i behandlingsforløpet skal være det sentrale formål med bestemmelsen:

«Komiteen vil påpeke det positive i at det i lovforslaget foreslås at den individuelle planen også skal beskrive samarbeidet med andre helse- og sosialtjenester, og støtter dette. Det er etter komiteens mening en klar styrke at tiltakene rundt personer med psykiske lidelser også i lovs form ses på som en kjede som vil kreve samarbeid mellom ulike fagnivåer og på tvers av ulike etater.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke viktigheten av å lage en individuell plan for pasienten. Flertallet vil understreke at samarbeid med pasienten om planen bør tillegges stor vekt. Flertallet vil fremme forslag om dette ved behandlingen av Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter.»

På denne bakgrunn la departementet i høringsnotatet av 13. juni 2005 til grunn at psykisk helsevernlovens § 4-1 i all hovedsak stiller de samme krav til planens innhold som den øvrige lovgivning. Den individuelle planens viktigste formål er å bidra til å sikre helhetlig undersøkelse, behandling og oppfølging, både mellom nivåer i det psykiske helsevernet og overfor andre sosial- og helsetjenester. Som ledd i dette må aktuelle behandlingstiltak kartlegges og beskrives, men det vil være nødvendig at det enkelte tjenesteled utarbeider en mer utfyllende behandlings- eller oppfølgingsplan. Et langvarig tilbud om psykisk helsevern for en kronisk syk pasient kan stille helt andre krav til planen enn en kortvarig akuttinnleggelse.

Bestemmelsene om individuell plan gir pasienten en rett til å få planen utarbeidet og vedlikeholdt, men ikke en materiell rett til de ytelser planen beskriver. Det vil med andre ord kunne foretas endringer i planen uten at pasienten kan hevde å ha rettskrav på de tiltak som allerede er beskrevet.

6.4.1.2 Rettighetssubjektet – hvem har krav på individuell plan?

Retten til individuell plan etter pasientrettighetsloven § 2-5 gjelder for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Tilsvarende er det gitt en plikt for kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten til å utarbeide individuelle planer 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.

En pasient eller tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester vil ofte ha en rett til individuell plan etter to eller flere lovbestemmelser på samme tid. Loven gir ingen åpning for at tjenestene skyver ansvaret for å utarbeide individuell plan over på hverandre. Dersom tjenestemottakeren fyller vilkårene for rett til individuell plan vil den tjeneste eller institusjon pasienten oppsøker til enhver tid ha et ansvar for utarbeiding, uavhengig av om vedkommende allerede har hatt et langvarig behandlings- eller klientforhold innen en annen tjeneste.

I psykisk helsevernlovens § 4-1 er det lovfestet en egen bestemmelse om plikt for institusjonen til å utarbeide individuell plan for pasienter i det psykiske helsevernet. I prinsippet har alle pasienter i psykisk helsevern rett til å få utarbeidet en slik plan, ikke bare de med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester.

Plikten gjelder både i forhold til pasienter i frivillig og tvungent psykisk helsevern, men for en person under frivillig vern kan individuell plan bare utarbeides med vedkommendes samtykke. For pasienter under tvungent psykisk helsevern skal det utarbeides slik plan, men det er viktig av behandlingsmessige grunner å forsøke å få til et samarbeid med pasienten om den individuelle planen.

En pasient som ikke gis individuell plan kan, etter først å ha anmodet helsetjenesten om å få slik, klage til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetslovens §§ 7-1 og 7-2. Den som mener å ha rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven må påklage avslag til fylkesmannen, se sosialtjenestelovens §§ 8-6 og 8-7.

6.4.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at institusjonenes plikt til å utarbeide individuell plan fremdeles skulle være nedfelt i psykisk helsevernloven, og ikke bare i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Videre ble det foreslått en har-

monisering med lovteksten i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven når det gjaldt planens innhold. Formålet med dette var å synliggjøre at den individuelle planen ikke er ment å ha et annet innhold etter psykisk helsevernloven enn etter øvrige lovbestemmelser.

Videre ble det foreslått å videreføre gjeldende ordning, hvor plikten til å utarbeide individuell plan i utgangspunktet gjelder overfor alle pasienter i det psykiske helsevernet, men hvor pasienter under frivillig psykisk helsevern selv kan bestemme om man ønsker en slik plan.

6.4.3 Høringsinstansenes syn

Omlag 35 av høringsinstansene uttaler seg eksplisitt om forslagene som gjelder individuell plan. Hovedinntrykket er at høringsinstansene har stor tro på individuelle planer som virkemiddel i helse- og sosialtjenesten generelt, og i det psykiske helsevernet spesielt.

Høringsrunden viser en entydig motstand mot å videreføre plikten til å utarbeide individuell plan for alle pasienter i det psykiske helsevernet. Ingen av høringsinstansene støtter dette forslaget.

Den norske lægeforening uttaler:

«Legeforeningen mener psykisk helsevernloven § 4-1 bør oppheves slik at pasientrettighetslovens bestemmelser om individuell plan ved «behov for langvarige og koordinerte helsetjenester» isteden kommer til anvendelse. Det vises til at det er stigmatiserende i forhold til personer med psykiske lidelser at alle forutsettes å ha behov for individuell plan og at bestemmelsen også innebærer en unødvendig byråkratisering og risiko for manglende etterlevelse.»

Sosial- og helsedirektoratet uttaler:

«Etter direktoratets vurdering bør departementet benytte anledningen til å rydde opp i de uklarhetene bestemmelsen om individuell plan i psykisk helsevernloven § 4-1 har medført i praksis. Det foreliggende forslag bidrar etter vår mening ikke til dette. Det må på en tydeligere måte skilles mellom behandlingsplan, som alle pasienter forutsettes å få ved den enkelte behandlingssenheter, og individuell plan, som skal sikre nødvendig samhandling mellom ulike tjenester og nivåer.»

Statens helsetilsyn uttaler:

«Intensjonen er at alle som trenger det, det vil si alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, får en slik plan. Dersom plikten oppfattes som lite meningsfull – og det

kan nok være realiteten særlig når det gjelder mange av pasientene på frivillig vern og i poliklinikkene – vil det kunne undergrave den gode hensikten.»

Få av høringsinstansene har eksplisitte merknader på hvorvidt plikten til å utarbeide individuell plan bør fremgå eksplisitt av psykisk helsevernloven eller følge de generelle bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Sosial- og helsedirektoratet er blant høringsinstansene som mener at plikten fortsatt bør fremgå av psykisk helsevernloven, men at bestemmelsen for øvrig skal være fullstendig harmonisert med spesialisthelsetjenesteloven.

Pasientombudskollegiet og Mental Helse Norge er blant høringsinstansene som mener at det er tilstrekkelig at plikten fremgår av øvrig lovgivning.

6.4.4 Departementets vurdering og forslag

Innspillene fra høringsinstansene har synliggjort betydningen det har for etterlevelsen av plikten til utarbeidelse av individuell plan, herunder for effekten av planarbeidet, at regelverket om dette ikke åpner for tolkingstil.

Når det gjelder kravet til planens innhold finner departementet god støtte i høringsinstansenes innspill for at det er reguleringen i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven og tilhørende forskriftsbestemmelser som bør være avgjørende.

Derimot viser høringsrunden betydelige motforestillinger mot departementets forslag om å videreføre gjeldende ordning når det gjelder kriteriet for plikten til å utarbeide individuell plan i det psykiske helsevernet. Etter høringsinstansenes syn bør plikten til å utarbeide individuell plan, og den korresponderende retten for pasienten til å få slik plan, bare gjelde pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette samsvarer med anbefalingene fra *Wisløffutvalget*, jf. NOU 2005:3 og *Berntutvalget*, jf. NOU 2004:18.

På bakgrunn av de i hovedsak entydige tilbakemeldingene i høringsrunden har departementet etter en fornyet vurdering kommet til at det også på dette punkt bør skje en harmonisering med øvrig lovgivning. Dette forslaget innebærer at det bare er pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud som skal ha krav på at det utarbeides en slik plan.

Når planens innhold og rettighetssubjektet følger de lovbestemmelser som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven er det spørsmål om det er behov for en egen regulering av individuell plan i psykisk helsevernloven. På

dette punkt har det vært ulike synspunkter blant høringsinstansene. Formålet med å nedfelle plikten i psykisk helsevernloven vil i så fall være den signaleffekt som ligger i en særskilt regulering.

Formålet med foreliggende lovarbeid er å fjerne unødvendige ulikheter i lovgivningen for pasienter i det psykiske helsevernet og i helsetjenesten for øvrig. I dette tilfellet er det dermed ikke tale om ulik regulering, men en bestemmelse med samme innhold som i øvrig lovgivning. På denne bakgrunn vil departementet foreslå at plikten til å utarbeide individuell plan fortsatt skal fremgå av psykisk helsevernloven, men at bestemmelsen for øvrig er fullt harmonisert med øvrig lovgivning om individuell plan.

6.4.5 Kontroll med at individuell plan er utarbeidet for pasienter under tvungent psykisk helsevern

6.4.5.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Ved etablering av tvungent psykisk helsevern vil plikten til kontinuerlig å vurdere andre behandlingsalternativer, herunder bistand fra andre tjenester eller tjenesteledd, være særlig fremtredende. Selv om enkelte pasienter vil være under tvungent psykisk helsevern i en lengre periode, er det likevel vanskelig å tenke seg at det ikke vil være behov for drøftinger og samarbeid med andre tjenestetilbud.

Måltrettet planlegging vil særlig være av stor betydning i forhold til utskrivningssituasjonen, hvor flere enkeltsaker har vist svikt i samarbeidet mellom tjenestene. Ved etableringen av tvungent vern skal det derfor startes et umiddelbart arbeid med å kartlegge og beskrive hvordan pasienten skal følges opp videre, og involvere aktuelle tjenester i dette.

Etter gjeldende rett har ikke kontrollkomisjonene noen kontrollfunksjon i forhold til individuelle planer. Tilsyn med individuelle planer er en oppgave som ligger til tilsynsmyndighetene.

6.4.6 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått at kontrollkomisjonene skulle føre kontroll med at individuell plan foreligger ved lovlighetskontroll av tvangsvedtak etter tre måneder. Departementet understreket at denne kontrollen skulle begrense seg til om individuell plan kunne anses å foreligge. Tilsyn med innholdet av individuell plan skulle fortsatt foretas av tilsynsmyndighetene.

6.4.7 Høringsinstansenes syn

Få høringsinstanser har uttalt seg om dette forslaget. De som har uttalt seg er i hovedsak positive til at kontrollkommisjonen får denne kompetansen. Blant disse instansene er *Statens helsetilsyn*, *Mental Helse Norge*, *Pasientombudskollegiet*, *kontrollkommisjonen for Diakonhjemmets sykehus* og *kontrollkommisjon I for Ullevål universitetssykehus*.

Mental Helse Norge uttaler:

«Dette er et ønske MHN har gitt uttrykk for i lang tid. Vi ser det som en viktig oppgave for kontrollkommisjonene at de skal ha ansvar for å se til dette, etterlyse oppfølging og kreve konkrete ansvars plasseringer for oppfølging av dette.»

Enkelte kontrollkommisjoner påpeker at det bør presiseres hva som blir konsekvensen av at individuell plan mangler ved tremånederskontrollen.

6.4.8 Departementets vurdering og forslag

Ettersom den individuelle planen er et viktig verktøy innenfor tvungent psykisk helsevern, mener departementet at det bør foretas en formell kontroll av at slik plan foreligger for dem som fyller vilkårene.

Arbeidet med individuell plan skal påbegynnes umiddelbart ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Likevel vil det kunne virke mot sin hensikt å nedfelle dette som et vilkår for etableringen av tvungent vern, i alle fall for pasienter som ikke allerede har fått utarbeidet en individuell plan i forbindelse med tidligere innleggelse eller ved bruk av andre tjenester. I forbindelse med etableringen av vernet vil man sjelden ha rukket å gi den individuelle planen innhold, og man kunne risikere at dette ble ansett som et formalkrav som ikke ble fulgt opp videre på en god måte. Etter departementets vurdering vil derfor en slik kontroll mest hensiktsmessig kunne ivaretas av kontrollkommisjonene i forbindelse med den prøving som skal skje tre måneder etter at det tvungne vernet er etablert, jf. § 3-10 i gjeldende psykisk helsevernlov, § 3-8 annet ledd i lovforslaget.

Den formelle kontrollen skal begrense seg til å vurdere hvorvidt individuell plan kan sies å foreligge, og ikke en vurdering av planens kvalitative innhold. Det er med andre ord tale om en særbestemmelse om kontrollkommisjonenes legalkontroll som kommer i tillegg til det generelle tilsyn som føres fra tilsynsmyndighetenes side med helsetjenestens ivaretagelse av lovpålagte plikter.

Enkelte høringsinstanser har etterlyst en vurdering av hvilke konsekvenser det skal ha dersom det ikke foreligger individuell plan ved denne kontrollen. Etter departementets vurdering bør ikke mangel på individuell plan alene være grunnlag for oppheving av det tvungne vernet. Som hovedregel vil kontrollkommisjonene derfor måtte nøye seg med å konstatere et pliktbrudd, noe som i seg selv vil legge et press på vedkommende institusjon. Mangel på individuell plan vil kunne være en indikasjon på manglende planlegging av pasientens behandling og videre oppfølging, som sammen med andre momenter kan tilsi opphør av det tvungne vernet etter hensiktsmessighetsvurderingen som skal foretas.

6.5 Pasientens valg av pårørende

6.5.1 Gjeldende rett

I psykisk helsevernlovens § 1-3 er det en særskilt regulering av hvem som er pårørende etter loven:

«§ 1-3. De pårørende, den nærmeste og offentlig myndighet

En persons pårørende er ektefelle, registrerte partner, person som lever i et ekteskapsliknende eller partnerskapsliknende samboerskap med vedkommende, myndige barn, foreldre eller den som har foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, verge eller hjelpeverge.

Den nærmeste er den av de pårørende som er nevnt i første ledd som vedkommende oppgir som sin nærmeste. Dersom den nærmeste ikke oppgis er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er angitt i første ledd.

Med hensyn til §§ 3-5, 3-6 og 3-7 er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende. Det tas utgangspunkt i rekkefølgen i første ledd, men samboerskapet må ha vart i minst to år for at samboeren kan være den nærmeste etter §§ 3-5, 3-6 og 3-7.

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

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

Denne reguleringen avviker fra det som er ordningen etter pasientrettighetsloven § 1-3, bokstav b):

«pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Der som pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiedømmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge;»

Etter pasientrettighetslovens definisjon i § 1-3 bokstav b) er utgangspunktet at pasientens pårørende er den eller de pasienten selv peker ut. Den *nærmeste* pårørende er i utgangspunktet den pasienten selv peker ut som nærmest. Den nærmeste pårørende er tillagt rettigheter og oppgaver med hensyn til informasjon, samtykke og journalinnsyn. Pasientens rett til fritt å velge hvem som skal regnes som pårørende ble tatt inn i loven i forbindelse med Stortingets sosialkomites behandling av Ot.prp. nr. 12 (1998-99) om forslag til pasientrettighetslov, jf. Innst. O. nr. 91 (1998-99). Begrunnelsen var at det kan tenkes tilfeller hvor forholdet mellom pasienten og pasientens nærmeste familie er slik at det ikke er naturlig at disse ivaretar pasientens rettigheter mot vedkommendes ønske.

I de tilfeller der pasienten ikke er i stand til å oppgi eller ta stilling til spørsmålet om nærmeste pårørende, er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er angitt i bestemmelsen.

Det fremgår av Ot.prp. nr. 11 (1998-99) at psykisk helsevernlovens § 1-3 er basert på den anbefaling som ble gitt av *Berntutvalg I* i NOU 1988:8, men det skjedde ytterligere endringer etter innspill i høringsrunden forut for proposisjonen. Listen over pårørende i § 1-3 første ledd er i hovedsak lik den i pasientrettighetsloven, med unntak av at «andre familiedømmer som står pasienten nær» ikke er opplistet. En annen betydelig forskjell fra pasientrettighetsloven er at pasientens valg av hvem som er nærmeste pårørende er begrenset til personer på den oppsatte listen, i motsetning til pasientrettighetslovens § 1-3 bokstav b), hvor pasienten i utgangspunktet gis full råderett til å utpeke pårørende og nærmeste pårørende uavhengig av den oppsatte listen.

Det er nedfelt en særskilt bestemmelse i psykisk helsevernloven § 1-3 tredje ledd som ytterli-

gere innsnevrer begrepet «nærmeste pårørende» når det gjelder fremsetting av begjæring om tvungent psykisk helsevern. Etter denne bestemmelsen er det bare den av de pårørende som i størst grad har hatt varig og løpende kontakt med pasienten som kan fremsette slik begjæring etter §§ 3-5, 3-6 og 3-7. I Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 48 er dette begrunnet med at situasjonen rundt etablering av tvungent vern ofte er akutt, og at det da ikke vil være praktisk at pasienten selv utpeker nærmeste pårørende. Det uttales videre at i situasjonen etter at tvungent vern er etablert er det viktig at pasientens nærmeste er den pasienten har mest tillit til. Det er imidlertid ikke noe i veien for at pasienten, etter at det tvungne vernet er etablert, velger en annen enn denne som sin nærmeste. Valgfriheten vil imidlertid også her være begrenset til opplistingen i § 1-3 første ledd.

Etter gjeldende rett kan pasientens nærmeste pårørende være tre ulike personer i følgende eksempler:

- Rett til informasjon. Følger pasientrettighetslovens § 3-3. Etter denne bestemmelsen kan pasienten velge hvem som helst som sin nærmeste pårørende, for eksempel en god venn.
- Klage på vedtak om tvangsbehandling etter § 4-4 syvende ledd. Dette følger hovedregelen i psykisk helsevernlovens § 1-3 annet ledd. Klageberettiget etter et slikt vedtak kan for eksempel være en av pasientens foreldre dersom pasienten selv har utpekt vedkommende som sin nærmeste.
- Begjæring om tvungent psykisk helsevern. Følger den snevrere definisjon i § 1-3, tredje ledd. Dette innebærer at det vil være avgjørende hvem som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten. Dette trenger ikke være den av foreldrene som pasienten har utpekt, jf. eksempelet over, men kan for eksempel være pasientens ektefelle.

6.5.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått at definisjonen av pårørende og nærmeste pårørende skal følge § 1-3 i pasientrettighetsloven. Forslaget ble begrunnet med at dagens rettstilstand er uoversiktlig, og at det også innen det psykiske helsevernet kan være grunner til at pasienten skal kunne velge nærmeste pårørende utenfor de personer som følger av opplistingen i psykisk helsevernloven § 1-3 første ledd. Departementet fant ikke grunnlag for å videreføre en ulik regulering av forholdet til pårørende i det psykiske helsevernet og i helsetjenesten ellers.

6.5.3 Høringsinstansenes syn

Innspill fra høringsinstansene har vist at det er svært ulike oppfatninger av hvordan forholdet til pårørende i det psykiske helsevernet bør være regulert. Blant de høringsinstanser som går imot forslaget kan nevnes *Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP)*, *Fylkesmannen i Oslo og Akershus* og *Ullevål universitetssykehus HF v/ kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri*.

Blant høringsinstansene som uttaler seg positivt til endringsforslaget kan nevnes *Pasientombudskollegiet*, *Den norske lægeforening*, *Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo*, *Aker universitetssykehus HF*, *Mental Helse Norge* og *We Shall Overcome (WSO)*.

Enkelte av høringsinstansene gir uttrykk for at man i prinsippet støtter en harmonisering med pasientrettighetsloven på dette punktet, men likevel har betenkeligheter med å gi pasienten full valgfrihet. Blant disse høringsinstansene er *Norsk psykologforening*, *Sosial- og helsedirektoratet*, *Kontrollkommisjonen for diakonhjemmets sykehus og kontrollkomisjon 1 for Ullevål Universitetssykehus* *Norsk Psykologforening* og *Larkollen Ungdomspsykiatriske behandlingshjem (LUB)*.

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP) går imot forslaget, og hevder at dette verken er til det beste for pasienten eller for pårørende. LPP mener særlige hensyn taler for at psykisk helsevernloven skal begrense pasientens adgang til selv å utpeke hvem som skal anses som pårørende og nærmeste pårørende og angir:

- «1. Bestemmelsene i psykisk helsevernloven om tvungent psykisk helsevern, undersøkelse og behandling,
2. Faktiske forhold ved alvorlige psykiske lidelser, slik som sinnsforstyrrelser av ulik art, kognitive eller emosjonelle, ambivalens i valgforhold og skiftende sinnsstemninger, og ikke minst manglende sykdomsinnsikt i mange tilfeller.»

Ullevål universitetssykehus HF v/ kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri viser i sin uttalelse til de argumenter som kan tale for å gi pasienten full valgfrihet i forhold til valg av pårørende. Likevel mener kompetansesenteret at motargumentene bør tillegges større vekt:

«På den annen side må man her ta hensyn til at en stor andel av psykiatriske pasienter skiller seg fra de somatiske pasientene nettopp ved manglende innsikt i egen sykdom og muligens også en manglende evne til en realistisk vurdering av sitt nettverk av pårørende. Basert på

erfaringer frykter vi at i en del tilfeller kan retten til å velge føre til irrasjonelle valg som i verste fall ikke gavner verken pasienten eller pårørende.

Et eksempel kan være at pasienten velger en nærmeste pårørende uten at personen selv føler den samme nærheten til pasienten og ikke ønsker å være pårørende.»

Norsk Psykologforening uttaler:

«Det er imidlertid et problem i forhold til det tvungne psykiske helsevernet at «nærmeste pårørende» i Lov om Pasientrettigheter ikke behøver å være de samme «nærmeste pårørende» som får svære utfordringer i samspillet med pasienten i det øyeblikk han blir utskrevet. Det er rimelig å si at foreldre eller samboere ofte har blitt dårlig ivaretatt av tjenestene og at det fortsatt er slik at loven i liten grad bidrar til at det gjøres et bedre arbeid overfor pårørende. Norsk psykologforening har ikke konkrete forslag til denne lovendring, men det er momenter i denne problematikken som bør inn i et nytt utvalgsarbeid.»

I motsetning til høringsinstansene ovenfor mener Mental Helse Norge at særreguleringen i psykisk helsevernloven på dette punkt bør oppheves:

«MHN mener det er spesielt viktig å sikre brukeren sin rett til å velge sin eller sine nærmeste pårørende. MHN mener derfor her at pasientrettighetsloven sine regler rundt dette skal gjelde fullt ut.»

6.5.4 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering bekrefter høringsinnspillene at pårørende er en viktig ressurs for pasienter i det psykiske helsevernet. Samtidig er det psykiske helsevernet en av de deler av helsetjenesten hvor det å være pårørende kan være mest krevende.

Hensynet til pasienten og til pårørende vil som hovedregel være sammenfallende. Dette skyldes at pårørende i de fleste tilfeller vil være støtte- og omsorgspersoner for pasienten. For eksempel vil det som regel være slik at jo mer informasjon de pårørende får om pasientens tilstand, dess bedre blir de rustet til å ivareta disse funksjonene til pasientens beste.

Av ulike årsaker kan imidlertid pasienten ønske å forhindre informasjon til, eller annen involvering av pårørende. I slike tilfeller kan det oppstå et motsetningsforhold mellom hensynet til pasientens personlige integritet og autonomi og hensynet til personer som står pasienten nær og som på

ulike måter opplever det belastende å ikke få informasjon og anledning til å komme til orde.

Respekten for pasientens personlige integritet og autonomi er grunnleggende hensyn bak helselovgivningen. Etter departementets vurdering bør dette være utgangspunktet for reguleringen av pasientens forhold til pårørende også innen det psykiske helsevernet. Det er ikke grunnlag for generelt å hevde at det er behov for særregler for pårørende i det psykiske helsevernet. Det er mye som tyder på at pårørende til pasienter i det psykiske helsevernet er for dårlig ivaretatt. I stor grad kan dette best avhjelpes uten endringer i regelverket.

Også hensyn til tilgjengeligheten til regelverket tilsier at pasientrettighetsloven legges til grunn. Dagens regelverk fremstår som uoversiktlig. Dette kan være problematisk både for pasienten, pårørende og helsepersonellet og kan gi grunnlag for ulik praksis.

I høringsrunden har det imidlertid kommet innspill som klart viser at det i enkelte tilfeller vil være særskilte hensyn som taler for å begrense pasientens valgfrihet. Dette gjelder særlig tilfeller hvor pasienten har en alvorlig sinnslidelse og hvor det ikke finnes rasjonelle grunner for pasientens valg.

Når pasienten selv kan utpeke hvem som skal anses som pårørende er det påpekt at dette kan bli misbrukt. Man kan tenke seg at pasienten velger en kjent person uten noen form for tilknytning til vedkommende. Et annet praktisk eksempel er at pasienten velger en bekjent som ikke ønsker å være pårørende.

Formålet med pasientens valgrett er å respektere vedkommendes selvbestemmelsesrett og erkjennelsen av at det i enkelte tilfeller kan være grunner til at pasienten ønsker å utpeke andre enn bestemte personer i nær slekt til å ivareta viktige funksjoner i forbindelse med helsehjelp til pasienten. Åpenbart misbruk av valgretten eller klart irrasjonelle valg vil helsetjenesten måtte se bort fra.

Etter departementets syn er det imidlertid behov for en særbestemmelse når det gjelder pasienter under tvungent psykisk helsevern. Det kan virke selvmotsigende at man mener pasienten er for syk til at behandlingsnektelsen skal respekteres, og samtidig gir vedkommende full frihet til å velge hvem som skal anses som nærmeste pårørende. For pårørende til pasienter under tvungent psykisk helsevern vil generelt sett hensynet til informasjon og medvirkning gjøre seg sterkere gjeldende enn ellers på bakgrunn av alvorlighetsgraden som preger disse situasjonene. Departe-

mentet foreslår derfor en særbestemmelse for pasienter under tvungent psykisk helsevern i pasientrettighetsloven § 1-3. Det foreslås at den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten skal ha tilsvarende rettigheter som pasientens nærmeste etter pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven, med mindre særlige grunner taler mot dette.

6.6 Rett til valg av sykehus

6.6.1 Gjeldende rett

Etter pasientrettighetslovens § 2-4 har pasienten rett til fritt sykehusvalg. Valgretten gjelder både sykehus, distriktpspsykiatriske senter og behandlingssted i en slik institusjon. Etter lovendring som trådte i kraft 1. september 2004 har pasienten rett til å velge både offentlige sykehus og alle private sykehus som har inngått avtaler om fritt sykehusvalg med de regionale helseforetakene, jf. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003). Valgretten er ikke begrenset til institusjoner tilhørende pasientens bostedsregion, men gjelder sykehus og distriktpspsykiatriske sentra over hele landet. Valgretten omfatter også poliklinikker dersom disse er en organisatorisk del av et sykehus. Retten gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp.

Retten til fritt sykehusvalg gir pasienten rett til å velge hvor behandlingen skal gjennomføres, men ikke på hvilket behandlingsnivå i institusjonen. Pasienten kan for eksempel ikke velge innleggelse på sengepost om vedkommende er henvist til poliklinisk behandling.

Ordningen er uavhengig av diagnose eller hva slags behandling som er aktuell for pasienten. Valgretten foreligger allerede når henvisningen foretas av legen og gjelder på alle trinn av behandlingen. Det vil si at pasienten for eksempel kan la seg undersøke ved ett sykehus, få utført en operasjon ved et annet sykehus og motta rehabilitering ved et tredje sykehus. I den grad det er forsvarlig gjelder også valgretten underveis i et sykehusopphold.

Inntil en lovendring som trådte i kraft 1. september 2004 hadde ikke pasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) rett til fritt sykehusvalg, jf. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003). Begrunnelsen for dette var betydningen av et lokalt nettverk og samarbeid innen BUP. Ved nevnte lovendring ble denne begrensningen fjernet, blant annet på bakgrunn av en klar tilrådning fra Barneombudet i høringsrunden. Det ble der påpekt at fritt sykehusvalg kunne være et virkemiddel for å korte ventelistene for denne pasientgruppen. Det ble også

pekt på at på enkelte steder vil pasienten bo nærmere en annen poliklinikk enn den som har ansvaret for bostedsområdet.

Det har aldri vært tvil om at pasienter under frivillig psykisk helsevern har rett til fritt sykehusvalg. Når det gjelder spørsmålet om pasienter under tvungent vern har rett til fritt sykehusvalg har derimot dette spørsmålet vært gjenstand for noe diskusjon. I forbindelse med en klagesak for Sivilombudsmannen foretok Helsedepartementet en tolking av gjeldende rett ut fra pasientrettighetslovens § 2-4 og psykisk helsevernlovens § 1-5. Lovbestemmelsenes forarbeider kunne forstås slik at retten ikke gjaldt for pasienter under tvungent vern overhodet. Likevel var det andre uttalelser i forarbeidene som talte for at man ikke skulle utelukke pasienter under tvungent vern fra retten, især en uttalelse fra Stortingets sosialkomite i Innst. O. nr. 73 (1998-99) s. 20:

«Bruk av tvang må dermed ikke bidra til å tilsi-desette de generelle rettighetene som framkommer i pasientrettighetsloven, men bare de deler av rettighetene som blir uforenlige med lovens intensjon med bruken av tvang ut fra forutsetningene i § 3-3.»

På bakgrunn av dette og at ordlyden i psykisk helsevernlovens § 1-5 ikke oppstiller absolutte grenser kom departementet til at retten til fritt sykehusvalg gjelder «så langt den passer» for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Det ble imidlertid presisert at i mange tilfeller med tvungent psykisk helsevern ville det ikke passe å gi pasienten rett til fritt sykehusvalg. Departementets tolking er lagt til grunn i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter s. 20.

6.6.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet en tilføyelse av et nytt tredje ledd i pasientrettighetsloven § 2-4 med spesifikke kriterier for nekting av pasientens ønske om valg av institusjon. I følge forslaget skulle pasienter under tvungent psykisk helsevern ha tilsvarende rett til sykehusvalg som andre pasienter unntatt tilfeller hvor dette ville være «uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet».

I tillegg ble det foreslått en særbestemmelse i psykisk helsevernloven § 4-10 om overføring etter søknad. Formålet var å lovfeste en prosedyre for søknad om overføring til annen institusjon fra pasient under tvungent psykisk helsevern, som samtidig ivaretok retten til sykehus-

valg. Forslaget til § 4-10 innebar at unntak fra retten til sykehusvalg måtte vedtas av faglig ansvarlig ved den institusjon pasienten oppholdt seg ved. Det ble også foreslått klageadgang til kontrollkommisjonen på dette vedtaket. Eventuelt avslag på søknaden fra den institusjon pasienten søkte seg til kunne etter forslaget påklages til Helsetilsynet i fylket etter de generelle bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7.

6.6.3 Høringsinstansenes syn

Høringsrunden viser at det blant en del av høringsinstansene, særlig de psykiatriske institusjonene, er betydelig skepsis mot å gi pasienter under tvungent psykisk helsevern rett til å velge sykehus eller behandlingssted. Blant disse høringsinstansene er *Psykiatrien i Vestfold*, *St. Olavs Hospital*, *Diakonhjemmet sykehus*, *Ullevål universitetssykehus HF v/ kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri* og *Fylkesmannen i Oslo og Akershus*.

Diakonhjemmet sykehus uttaler:

«Det er et betydelig underskudd på behandlingssplasser i akuttpsykiatrien. Søknader om behandling ved «andre sykehus» vil både før innleggelse, og ikke minst etter innleggelse, støte på den generelle underdekning av sykehussenger og derfor vil behandlingstilbud på annen institusjon være beskjedent og med fare for å representere en «tilsynelatende» rettighet. Nok en gang er det den sykeste gruppen som kommer dårligst ut fordi kronifiserte pasienter med psykisk lidelse er sterkt avhengig av behandlerapparatets ansvarlighet. Behandlingen er ofte et spørsmål om utholdenhet i behandlingsalliansen. Krav om begrunnelser, rettigheter og valg er mer egnet applisert på de mer ressurssterke pasientene og ikke på pasienter med varig funksjonssvikt. En kunne imidlertid etterlyse en sikring av faglig forsvarlighet som ikke gjør det nødvendig for pasientene å velge annet sykehus.»

St. Olavs Hospital uttaler:

«Det foreslås å åpne for rett til valg av sykehus for pasienter under tvungent vern, dvs. overføring etter søknad i hht. § 4-10. Forslaget oppleves som problematisk da dette kan føre til forverring av tilstanden for enkelte pasientgrupper. Det kan undergrave formålet med det tvungne vernet og vanskeliggjøre behandlingen. Forslaget åpner for forsterkede sykdomsrelaterte ambivalente holdninger i behandlingssamarbeidet.»

Enkelte høringsinstanser er ikke avvisende til at pasienter under tvungent psykisk helsevern skal

ha rett til fritt sykehusvalg, men er likevel skeptiske til om det lar seg gjennomføre. Blant disse høringsinstansene er *Norsk Sykepleierforbund*, *Helsetilsynet i Telemark*, *Helse Øst RHF*, *Helsetilsynet i Sør-Trøndelag*, *Aker universitetssykehus*, *Kontrollkommisjon I for Ullevål Universitetssykehus* og *Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmets sykehus*.

Blant de høringsinstanser som i all hovedsak gir støtte til lovendringsforslaget er *Sosial- og helsedirektoratet*, *Statens helsetilsyn*, *Pasientombudskollegiet*, *Mental Helse Norge*, *Den norske Advokatforening*, *HSH*, *Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo*, *Sykehuset Innlandet HF*, *Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem*, *Norsk Helse- og Sosiallederlag*, *Norsk Psykologforening*, *Tromsø kommune*, *Fylkesmannen i Rogaland*, *Fylkesmannen i Nordland* og *Helsetilsynet i Vest-Agder*.

6.6.4 Departementets vurdering og forslag

Retten til fritt sykehusvalg er en viktig pasientrettighet som i utgangspunktet skal gjelde fullt ut i det psykiske helsevernet. Som det fremgår av punkt 6.6.1 har det imidlertid heftet en del usikkerhet ved i hvilken grad pasienter under tvungent psykisk helsevern har rett til fritt sykehusvalg. Departementet har lagt til grunn at også denne retten gjelder «så langt det passer». Dette er et svært skjønnsmessig vurderingstema som gir liten grad av forutberegnelighet for pasienter og pårørende.

Departementet antar at det først og fremst er spørsmålet om overflytting til annen institusjon mens det tvungne vernet pågår som er relevant for pasienter under tvungent psykisk helsevern, etter som etableringen gjerne skjer akutt. Overføring i løpet av et behandlingsforløp er også omfattet av retten til sykehusvalg etter pasientrettighetsloven § 2-4.

Spørsmålet om valg av sykehus eller behandlingssted for pasienter under tvungent psykisk helsevern er komplekst. På den ene side kan det hevdes at ved å etablere et tvangsvedtak har tjenesten påtatt seg et betydelig ansvar for pasienten ved å sette til side vedkommendes selvbestemmelsesrett. Å gi pasienten en valgrett med hensyn til behandlingssted i en slik situasjon kan synes inkonsekvent og i enkelte tilfeller uansvarlig. En overflytting mens det tvungne vernet pågår vil for eksempel kunne medføre en vesentlig forverring av tilstanden. Dersom pasienten er til fare for seg selv eller andre vil det kunne være i strid med vedtakets formål om vedkommende plasseres på institusjon som ikke har de nødvendige ressurser eller sikkerhetstiltak for å håndtere dette.

På den annen side er det ikke nødvendigvis slik at pasienter som fyller vilkårene for psykisk helsevern ikke kan ha berettigede meninger om både behandlingsforløp og eventuelt hvor behandlingen skal skje. Geografiske forhold, for eksempel nærhet til pårørende, tidligere positive erfaringer med en bestemt institusjon eller negative erfaringer med den institusjon pasienten er innlagt ved kan være grunner til at pasienten ønsker å velge annet behandlingssted. Tillitsforholdet mellom pasient og behandler er særlig viktig i det psykiske helsevernet, noe som også kan støtte opp under pasientens rett til å velge.

Dagens rettstilstand åpner for sykehusvalg «så langt det passer», men høringsuttalelsene kan tyde på at den reelle valgretten er tilnærmet ikke-eksisterende. En av årsakene til dette synes å være at dagens kriterium er lite konkret og åpner for at retten i mange tilfeller kan bortdefineres.

I høringsnotatet foreslo departementet både en tilføyelse i pasientrettighetsloven § 2-4 om kriterier for begrensinger av sykehusvalg for pasienter under tvungent psykisk helsevern og en ny bestemmelse om overføring etter søknad i § 4-10. Sistnevnte bestemmelse ga en forholdsvis detaljert regulering av en overføringsprosedyre. Forslaget innebar blant annet at faglig ansvarlig ved oppholdsinstitusjonen skulle treffe vedtak om overføring i slike saker med klageadgang til kontrollkommisjonen.

Tilbakemeldingene fra høringsinstansene tyder på at forslaget blir vanskelig å praktisere. Etter en fornyet vurdering har departementet kommet til at det er tilstrekkelig å angi kriterier for avslag på pasientens ønske om valg av behandlingssted i pasientrettighetsloven § 2-4. De kriterier som var foreslått i høringsnotatet videreføres.

Enkelte høringsinstanser har vist til at pasientens ønske om bytte av behandlingssted i enkelte tilfeller kan være styrt av en psykotisk tilstand. Det vil etter departementets vurdering være en forutsetning for å utøve valgretten at man anses for å ha samtykkekompetanse etter pasientrettighetsloven kapittel 4 i relasjon til dette ønsket.

6.6.5 Oppsummering

Etter departementets vurdering er det grunn til å revurdere forholdet mellom pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Viktige målsettinger bak Opptrappingsplanen for psykisk helse er normalisering av psykiske lidelser og styrking av pasientrettighetene. Det kan synes som om den reguleringsmodell som ble valgt i forholdet mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetslo-

ven ved forrige lovrevisjon kan ha bidratt til usikkerhet og manglende fokus på generelle pasientrettigheter i det psykiske helsevernet. Slik psykisk helsevernloven § 1-5 lyder i dag kan den også innebære en risiko for at institusjoner tilpasser sin oppfyllelse av pasientrettighetene ut fra ressursmessige hensyn.

Ivaretagelsen av pasientrettigheter er utvilsomt først og fremst et spørsmål om holdninger hos helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten. Etter departementets vurdering tilsier den svikt som er påvist i forhold til enkelte grunnleggende pasientrettigheter i det psykiske helsevernet at det gjøres en vurdering av hensiktsmessigheten av regelverket.

Det er nødvendig med særbestemmelser i det psykiske helsevernet for å bidra til at rettssikkerheten ivaretas for de pasienter det blir nødvendig å anvende tvang overfor. For flertallet av pasienter i det psykiske helsevernet vil imidlertid bruk av tvang aldri bli aktuelt. Det er ingen grunn til å gjøre

unntak for lovbestemte pasientrettigheter utover det som er nødvendig i forbindelse med de unntaksvis situasjoner hvor tvangsbruk er lovlig.

Redegjørelsene og vurderingene ovenfor viser at pasientrettighetsloven med få unntak bør gjelde fullt ut i det psykiske helsevernet. Departementet har foreslått en særskilt unntaksbestemmelse når det gjelder retten til sykehusvalg for pasienter under tvungen psykisk helsevern. Det er videre foreslått et unntak når det gjelder reglene om representert samtykke i kapittel 4 overfor pasienter med en alvorlig sinnslidelse som mangler samtykkekompetanse. Det er også foreslått at psykisk helsevernloven § 4-1 om individuell plan harmoniseres fullt ut med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og pasientrettighetsloven § 2-5.

Under forutsetning av at disse endringsforslagene gjennomføres, kan forbeholdet i § 1-5 i psykisk helsevernloven om at pasientrettighetsloven gjelder «så langt den passer» oppheves.

7 Forslag til andre endringer i kapittel 1 – Alminnelige bestemmelser

7.1 Virkeområde - gjennomføring av opphold i institusjon i det psykiske helsevernet med hjemmel i annen lov

7.1.1 Innledning

Vedtak om tvangsplassering eller innleggelse kalles gjerne etableringsvedtak. Hvordan etableringsvedtak treffes varierer i ulike lover om bruk av tvang på helse- og sosialtjenestens område. For eksempel vil både tvangsvedtak overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven kapittel 6 og vedtak om institusjonsplassering av barn uten eget samtykke etter barnevernloven § 4-24 treffes av fylkesnemnda for sosiale saker.

Reglene for etableringsvedtak og overprøving av disse, må skilles fra det som gjerne kalles gjennomføringsregler. Gjennomføringsreglene regulerer gjennomføringen av et institusjonsopphold, herunder klage og overprøving av slike vedtak. I psykisk helsevernloven er slike bestemmelser gitt i kapittel 4.

I det psykiske helsevernet gjennomføres det til en viss grad institusjonsopphold som har hjemmel i annen lovgivning. Eksempler på dette er vedtak om tvangsplassering av barn med alvorlige adferdsvansker etter barnevernloven § 4-24, vedtak om tilbakehold av rusmiddelbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a og institusjonsopphold i forbindelse med rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167. Når et institusjonsopphold gjennomføres i det psykiske helsevernet etter vedtak med hjemmel i annen lov aktualiseres spørsmålet om hvilke regler som gjelder for denne gjennomføringen. I hvilken grad er det for eksempel anledning til å foreta beslag i gjenstander pasienten oppbevarer, og hvem er klageinstans for et slikt vedtak. I psykisk helsevernloven finnes det i dag ingen bestemmelse om lovens virkeområde.

7.1.2 Gjeldende rett

7.1.2.1 Gjennomføringsregelverk etter sosialtjenesteloven

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 annet ledd er reglene i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskrifter

som er gitt med hjemmel i denne bestemmelsen gjort gjeldende også for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk under spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder reglene i *forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* av 4. desember 1992 nr. 915 kapittel 5 om blant annet vern om personlig integritet, kontroll av post, kroppsvisitasjon, kroppsundersøkelse, ransaking og beslaglegging.

Før 1. januar 2004 gjaldt disse reglene ved inntak i fylkeskommunale og private institusjoner for rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven (daværende) § 7-11 tredje ledd til femte ledd. Som følge av Rusreformen fra 1. januar 2004 ble tjenesten overført til spesialisthelsetjenesten og disse reglene gjelder nå ved opphold i alle institusjoner (offentlige og private) som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Med mindre noe annet fremgår av den enkelte bestemmelse, gjelder reglene generelt enten inntaket skjer på grunnlag av eget samtykke, etter midlertidige vedtak fattet av sosialtjenesten eller etter vedtak fattet i fylkesnemnda, jf. sosialtjenesteloven § 6-2 og § 6-2a.

Regelverkene som gjelder rusinstitusjoner og institusjoner i det psykiske helsevernet er ulikt oppbygd og innholdsmessig samsvarende bestemmelser har ikke samme ordlyd.

Når det gjelder ulikhet i det materielle innholdet er det særlig reglene om skjerming (som bare finnes i psykisk helsevernloven § 4-3) og om tvangsmidler (psykisk helsevernloven § 4-8 og forskrift om sosiale tjenester §§ 4-3 og 5-16) som er forskjellige. Etter psykisk helsevernloven kan både mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende beroligende legemidler og isolasjon benyttes. Etter forskrift om sosiale tjenester § 4-3 (som gjelder boliger med heldøgns omsorgstjenester) er det ikke nevnt bestemte tiltak. Etter samme forskrifts § 5-16 er det nevnt tvangsmedisinering og isolasjon. Begrepet isolasjon er imidlertid definert annerledes enn i psykisk helsevernloven, ettersom det ikke tillates at beboeren er alene bak låst dør. Personalet skal oppholde seg i samme rom eller med ulåst dør til isolatet.

De prosessuelle reglene er også ulike, dvs. både kravene til saksbehandlingen i tilknytning til de tiltak som iverksettes og reglene om kontroll og overprøving av vedtak eller beslutninger.

Dersom inntaket skjer ved vedtak fattet med hjemmel i sosialtjenesteloven, vil det etter gjeldende rett være dette vedtaket som gir hjemmelsgrunnlag for eventuelle tiltak under gjennomføringen av oppholdet og ikke reglene etter psykisk helsevernloven. Dette innebærer at reglene i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskrifter gitt med hjemmel i denne bestemmelsen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-14, vil regulere hvilke tiltak som kan settes i verk under gjennomføringen av vedtaket. Dette fremgår av rundskriv I-8/2004 fra Helsedepartementet. Etter at rundskrivet ble offentliggjort mottok imidlertid departementet en rekke tilbakemeldinger som kritiserte denne forståelsen. Henvendelsene gir grunn til å tro at det har vært etablert praksis en rekke steder for at psykisk helsevernlovens bestemmelser om gjennomføring, kontroll og tilsyn har vært lagt til grunn også overfor rusmiddelmissbrukere innlagt i institusjon i det psykiske helsevernet med hjemmel i sosialtjenesteloven.

7.1.2.2 Gjennomføringsregelverk etter barnevernloven

Det er gitt særskilte regler om institusjonene i barnevernlovens kapittel 5. De viktigste bestemmelsene for gjennomføringen av oppholdet finnes i barnevernloven § 5-9 med utfyllende bestemmelser i *forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon* av 12. desember 2002.

Forskriften § 18 har bestemmelser om bruk av tvangsmidler i akutte nødsituasjoner. Det er ikke gitt noen uttømmende liste, slik det er etter psykisk helsevernloven. Isolasjon er imidlertid definert annerledes enn etter psykisk helsevernloven. Denne bestemmelsen er tilsvarende den som gjelder etter forskrift om sosiale tjenester mv § 5-16. Minst et av personalet skal alltid være tilstede i rommet eller i naborom med ulåst dør til isolatet. Til isolasjon kan bare benyttes rom med vindu og minst 8 kvm. gulvflate. Vedtak om isolasjon treffes av institusjonens leder eller den som gis fullmakt.

Det er særskilt presisert at tvangsmedisinering bare kan besluttes og utføres av kompetent medisinsk personell. Med tvangsmedisinering menes her bruk av korttidsvirkende beroligende legemidler, tilsvarende som i gjeldende lov om psykisk helsevern § 4-8 annet ledd bokstav c.

I forskriften er det også enkelte bestemmelser som ikke finnes i regelverket etter psykisk helse-

vernloven, blant annet begrensninger i telefonbruk (§ 22) og urinprøvetaking (§ 24).

Det er ulikt system for tilsyn, kontroll og klage i forbindelse med institusjonsopphold etter barnevernloven og psykisk helsevernloven. Etter barnevernloven er det fylkesmannen som fører tilsyn med institusjonene. Klage på bruk av tvang og vedtak om bruk av tvang kan rettes til fylkesmannen (§ 25).

7.1.3 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått en ny bestemmelse i § 1-1a om virkeområde. Det ble foreslått at psykisk helsevernloven kapittel 4, unntatt §§ 4-4 og 4-9 skulle legges til grunn for opphold i institusjon i det psykiske helsevernet med hjemmel i barnevernloven eller sosialtjenesteloven.

Formålet med forslaget var å sikre like regler for gjennomføringen av opphold for pasienter på en og samme institusjon.

7.1.4 Høringsinstansenes syn

De fleste av høringsinstansene som uttaler seg om forslaget støtter det. Blant disse er *Rusbehandling Midt-Norge HF, Helsetilsynet i Aust-Agder, Den norske lægeforening, Aker universitetssykehus HF, Larkollen Ungdomspsykiatriske behandlingshjem, Den norske Advokatforening, Barne- og familiedepartementet, Helsetilsynet i Møre og Romsdal, Norsk Psykologforening, Statens helsetilsyn, Fylkesmannen i Rogaland, Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Sykehuset Buskerud*.

Flere av disse instansene understreker imidlertid at denne ordningen bør være midlertidig i påvente av en samlet vurdering av gjennomføringsreglene gjennom et utvalg eller liknende.

Sykehuset i Buskerud uttaler:

«Avdeling for rus og psykiatri mener at begrensningen er for stor og anbefaler at virkeområdet utvides til å gjelde pasienter innlagt etter frivillig psykisk helsevern også. Etter rusreformen behandles pasienter med rusmisbruk og sammensatte psykiske lidelser som kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose etter ICD 10, der frivillig psykisk helsevern kan anvendes for gjennomføring av behandlingsoppholdet.

[...]

Utfordringen i praksis er hvordan helseforetaket skal hjemle gjennomføring av opphold for ovennevnte pasienter ettersom helseforetaket har enheter som behandler pasienter etter frivillig psykisk helsevern og nå også etter tverrfaglig spesialisert behandling. Dette kan føre til at pasientens behandlingsopphold

under samme behandlingsforløp blir regulert av to forskjellige lovverk.»

Helsetilsynet i Aust-Agder uttaler:

«Ulikhetene i gjennomføringsreglene (pkt. 7.3.3) for ulike pasientgrupper på samme institusjon anser vi for å være uønsket. Reglene bør følge institusjonen, og for rusmisbrukere vil det i en del tilfeller også være mest hensiktsmessig da de i en avgiftningsperiode kan være innlagt i psykiatriske institusjoner der problematikken/ symptomene vil likne på det psykiatriske pasienter opplever. Etter en overgangsperiode kan rusmisbrukeren eventuelt overføres til rusinstitusjon for videre behandling, der gjennomføringsreglene følger sosialtjenestelovens system.»

Fire av høringsinstansene går klart mot forslaget. Disse er *Sosial- og helsedirektoratet*, *Helsetilsynet i Vest-Agder*, *Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO)* og *Psykiatrien i Vestfold*.

Sosial- og helsedirektoratet uttaler:

«Direktoratet har forståelse for forslaget, men anser det som en vesentlig svakhet at dette klart synes å innebære en utvidelse av tvangsadgangen i forhold til rusmisbrukere som har opphold i psykisk helsevern, uten at dette blir vurdert konkret i høringsnotatet. På denne bakgrunn kan ikke direktoratet støtte vurderingen av at de hensyn som taler for at samme regelverk skal gjelde innenfor samme institusjon er sterkere enn de som taler mot en slik midlertidig løsning.

En forutsetning for den foreslåtte lovendring må etter vår oppfatning være at de ulike reglene gjennomgås med sikte på å gjøre nødvendige unntak fra bestemmelser i psykisk helsevernloven hvor opphold skjer i medhold av sosialtjenesteloven. Dette vil så vidt vi kan se særlig være aktuelt for skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-3, bruk av mekaniske tvangsmidler etter § 4-8 annet ledd a) samt begrensninger i § 4-5 vedrørende telefonkontroll.»

Psykiatrien i Vestfold v/ Vestfoldklinikken uttaler:

«Selv om vi ser behovet for en gjennomgang av lovverk og forskrifter, så er det enkelte lovverk utformet i forhold til å møte pasientens behov på en best mulig måte. Det kan ikke være praktiske hensyn som avgjør at samme regelverk må brukes på en institusjon, uavhengig av hvilken tvangshjemmel pasienten er innlagt etter.»

Enkelte høringsinstanser har merknader til departementets avgrensninger i høringsnotatet.

Den norske Advokatforening og Voksne for Barn mener at også etableringsvedtak, det vil si selve tvangsvedtaket, burde ha vært behandlet i vurderingen av forholdet mellom barnevernloven og psykisk helsevernloven.

7.1.5 Departementets vurdering og forslag

Innspillene fra høringsinstansene viser at det i overveiende grad gis støtte til forslaget i høringsnotatet. Likevel fremmes det fra enkelte instanser viktige motargumenter som bør drøftes særskilt.

Høringsinstansene bekrefter de argumenter som taler for den foreslåtte lovendring. Det er uheldig at ulike regelverk for gjennomføring av oppholdet legges til grunn i en og samme institusjon. Dette innebærer en uoversiktighet både for pasienter, personalet, kontrollkommisjoner og tilsynsmyndigheter. For pasientene kan det oppleves som urettferdig og forvirrende at det for eksempel er forskjellige systemer for klage. Ulikt regelverk er uoversiktlig for personalet, og øker risikoen for at det gjøres feil i rettsanvendelsen. Det svekker også kontrollkommisjonenes mulighet for å føre en helhetlig kontroll med virksomheten når ikke alle pasientene omfattes av kontrollkommisjonenes virkeområde.

Dersom gjennomføringsreglene skal følge institusjonstypen, og ikke hvilken lov tvangsvedtaket er fattet i medhold av, vil dette innebære at to pasienter innlagt etter samme lov kan bli underlagt ulike gjennomføringsregler avhengig av hvilken institusjon de havner i. For eksempel vil en pasient som tidligere har vært innlagt på rusinstitusjon kunne oppleve at det gjelder andre regler for gjennomføringen av oppholdet når vedkommende overføres til institusjon i det psykiske helsevernet, selv om vedtaket i begge tilfellene er truffet med hjemmel i sosialtjenestelovens bestemmelser om tvungen tilbakeholdelse av rusmiddelmisbrukere.

Blant andre Sosial- og helsedirektoratet uttaler at departementet ikke i tilstrekkelig grad har vurdert de negative konsekvenser av forslaget. Det hevdes at de aktuelle regelsett har ulikt formål, og at forslaget vil utvide adgangen for bruk av tvang overfor de pasienter dette gjelder.

Etter departementets vurdering vil formålene gjennomføringsreglene i de aktuelle regelverk i hovedsak være sammenfallende, likevel med unntak av spørsmålet om tvangsbehandling. I høringsnotatet ble det imidlertid foreslått unntak fra § 4-4 om tvangsbehandling for disse pasientene. Det regelverk som da gjenstår, regulerer i all hovedsak i hvilken grad institusjonen kan føre kontroll med eller gripe inn overfor enkeltpersoner ut fra sikker-

heten til vedkommende selv, personalet eller andre beboere på institusjonen. Skjerming utgjør likevel et unntak fra dette, noe som også ble særskilt nevnt i høringsnotatet. Skjerming er det ikke gitt regler for etter barnevernloven eller sosialtjenesteloven. Tiltaket kan også benyttes med behandlingsformål.

Tvangsmiddelbestemmelsene i psykisk helsevernloven § 4-8 går på enkelte punkter lenger enn tilsvarende bestemmelser etter barnevernloven og sosialtjenesteloven. Forbudet mot bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år innebærer at realitetsforskjellen mellom barnevernloven og psykisk helsevernloven på dette punkt er mindre. Fastholding blir foreslått regulert i psykisk helsevernloven, se nedenfor punkt 10.4. For personer over 16 år, hvor det er truffet tvangsvedtak om plassering i institusjon etter barnevernloven, vil imidlertid psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav a) gi adgang for tiltak (mekaniske tvangsmidler) som ikke følger av hjemmelsloven.

Også overfor rusmiddelmissbrukere vil den viktigste forskjellen ligge i adgangen til å anvende mekaniske tvangsmidler som følger av psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav a.

Sosial- og helsedirektoratet nevner i sin høringsuttalelse at psykisk helsevernloven § 4-5 også gir adgang til bruk av tvang som ikke følger av de øvrige regelverk. Bestemmelsen gjelder adgangen til telefonkontroll, hvor det kan treffes vedtak om restriksjoner i inntil 14 dager. Bestemmelsen gjelder imidlertid bare for pasienter under tvungent psykisk helsevern, og vil derfor ikke få anvendelse for personer som er tilbakeholdes i institusjonen på grunnlag av andre lover. Departementet ser at det kan være grunn til å presisere dette i lovteksten. Tilsvarende gjelder forslaget til ny § 4-7 a annet ledd, som også bare gjelder pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Departementet legger til grunn at plassering i institusjon i det psykiske helsevernet skjer fordi vedkommende person har behov for undersøkelse eller behandling av psykisk lidelse. I slike situasjoner vil det være uhensiktsmessig å fjerne adgangen til skjerming. Departementet har heller ikke funnet tilstrekkelig grunnlag for å unnta adgangen til bruk av mekaniske tvangsmidler overfor de aktuelle personene. Reglene for bruk av mekaniske tvangsmidler er svært strenge, og omfatter i prinsippet både pasienter under tvungent og frivillig psykisk helsevern.

Departementet har merket seg innspillene fra høringsinstansene om at det er behov for å foreta en vurdering av et mer samordnet regelverk for

den type spørsmål det her er tale om, jf. også punkt 5.2.1. Så lenge regelverket på de aktuelle områder ikke er fullstendig harmonisert må det imidlertid foretas et valg om hvorvidt gjennomføringsreglene skal følge institusjonstypen eller hjemmelsloven for tvangsvedtaket. Departementet opprettholder vurderingen av at de hensyn som taler for at samme regelverk skal gjelde innenfor samme institusjon er sterkere enn de som taler for at pasienter innlagt etter vedtak etter samme lov skal bli behandlet etter denne lovens gjennomføringsbestemmelser. Etter departementets vurdering vil rettssikkerheten til de pasienter dette gjelder totalt sett bli styrket av en slik bestemmelse. En slik bestemmelse vil være i samsvar med den praksis som følges i dag når det gjelder plasseringer etter barnevernloven. Det vil også være i samsvar med den praksis som, etter det departementet har grunn til å tro, i betydelig grad ble lagt til grunn overfor rusmiddelmissbrukere før Rusreformen.

Departementet har endret forslaget til lovtekst fra høringsnotatet. I høringsnotatet ble det foreslått at lovteksten direkte skulle regulere pasienter i institusjon i det psykiske helsevernet med hjemmel i sosialtjenesteloven eller barnevernloven. I ettertid har departementet blitt oppmerksom på at tilsvarende problemstillinger som er drøftet ovenfor gjør seg gjeldende i forbindelse med gjennomføring av rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167. Dersom ikke psykisk helsevernlovens bestemmelser skulle komme til anvendelse i et slikt tilfelle ville forholdet vært uregulert. Dette gir svakere rettssikkerhet for vedkommende enn om psykisk helsevernloven kapittel 4 legges til grunn. Etter departementets vurdering bør virkeområdebestemmelsen derfor utformes generelt. Det foreslås at psykisk helsevernloven kapittel 4, unntatt §§ 4-4, 4-5 annet ledd, 4-7 a annet ledd, 4-9 og 4-10 gjelder for opphold i institusjon i det psykiske helsevernet i medhold av annen lov.

7.2 Begrepene tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

7.2.1 Gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 1-2 annet ledd er tvungent psykisk helsevern definert som «slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at vedkommende har samtykket». I første ledd presiseres hva som menes med begrepet «psykisk helsevern». Valget av ordlyden i annet ledd er i liten grad nærmere omtalt i lovens forarbeider, Ot.prp. nr. 11 (1998-99).

7.2.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det påpekt at bestemmelsen slik den lyder i dag kan virke misvisende når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge under 16 år. Etter lovens system er psykisk helsevern til personer under 16 år basert på foreldresamtykke. Psykisk helsevernloven § 1-2 annet ledd viser til uttrykket «uten at vedkommende har samtykket [...]» Dette kan misforstås dit hen at personer under 16 år er underlagt tvungent psykisk helsevern når de ikke har samtykket i eller motsetter seg undersøkelse, behandling, pleie eller omsorg i det psykiske helsevernet. På denne bakgrunn ble det foreslått en endring av definisjonsbestemmelsen. Etter forslaget skulle det anses som tvungent psykisk helsevern når det ikke foreligger samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4.

7.2.3 Høringsinstansenes syn

Forslaget er i liten grad kommentert av høringsinstansene. *Helsetilsynet i Vest- Agder* uttaler:

«Av merknadene fremgår at hensikten med endringen i definisjonen av tvungent psykisk helsevern i § 1-2 annet ledd, er å få frem at det kan etableres psykisk helsevern overfor en person under 16 år på grunnlag av samtykke fra foreldrene. Endringen vil også innebære en presisering av at det representerte samtykke er gyldig rettsgrunnlag for å etablere psykisk helsevern overfor myndige personer som ikke har samtykkekompetanse. (§ 4-6) Dette kan med fordel fremgå av merknader.»

Universitetet i Tromsø, samt *Kontrollkommissjonen for Diakonhjemmets sykehus og Kontrollkommissjonen I for Ullevål universitetssykehus* kommenterer at definisjonen av tvungent psykisk helsevern ikke er fulgt opp i lovens systematikk i kapittel 3, verken i gjeldende lov eller i forslaget i høringsnotatet. Det påpekes at begrepet tvungent psykisk helsevern, både i overskriften til kapittel 3 og for eksempel i § 3-1 i forslaget i høringsnotatet (§ 3-3 i gjeldende lov), brukes som betegnelse på etablering av vedtak inntil ett års varighet. Tvungen videre undersøkelse (observasjon) er ikke omfattet slik begrepet brukes her, noe som er i strid med legaldefinisjonen i § 1-2.

7.2.4 Departementets vurdering og forslag

Definisjonen av tvungent psykisk helsevern er av stor prinsipiell betydning, og den bør være så presis som overhodet mulig. Hvorvidt psykisk helsevern til personer under 16 år skulle være basert på

foreldresamtykke var et tema i forbindelse med forrige lovrevisjon, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 6.3. Man valgte da at reglene om etablering av tvungent psykisk helsevern ikke skulle gjelde for disse pasientene, men fullt ut være basert på foreldresamtykke. Psykisk helsevernloven § 1-2 annet ledd er derfor misvisende i forhold til gjeldende rett, ettersom bestemmelsen tilsynelatende ikke tar opp i seg denne ordningen.

Tilsvarende er bestemmelsen også misvisende når det gjelder psykisk utviklingshemmede og senil demente, hvor psykisk helsevern kan etableres på grunnlag av stedfortredende samtykke. Forslaget til endringer av §§ 2-1 og 2-2 innebærer en noe endret regulering av grensene for representert samtykke. Også i forhold til disse endringene vil den foreslåtte definisjonen av tvungent psykisk helsevern være mer presis.

På bakgrunn av høringsinnspillene fra *Universitetet i Tromsø*, samt *Kontrollkommissjonen for Diakonhjemmets sykehus* og *Kontrollkommissjonen I for Ullevål universitetssykehus* har departementet kommet til at det i tillegg er behov for en klargjøring av forholdet mellom det som i dag kalles tvungen videre undersøkelse (observasjon) og begrepet tvungent psykisk helsevern. Etter gjeldende rett omfattes også observasjon av legaldefinisjonen. Både retts teknisk, og i forbindelse med skriftlig og muntlig kommunikasjon er det imidlertid behov for en klar betegnelse på de tilfeller hvor det er truffet vedtak om tvungent psykisk helsevern av inntil ett års varighet. Disse tilfellene må kunne skilles klart fra observasjonstilfellene, som er av en helt annen varighet og innhold. Det som kjenner seg sistnevnte er nettopp at det er tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern. I forbindelse med observasjon er det heller ikke tillatt å drive behandling av den psykiske lidelsen uten pasientens samtykke.

På denne bakgrunn er det i § 1-2 foreslått endringer av definisjonsbestemmelsene som både klargjør og skiller fra hverandre begrepene tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Begrepsbruken konsekvent gjennomført i de øvrige bestemmelsene i lovforslaget.

7.3 Faglig ansvarlig for vedtak

7.3.1 Innledning og gjeldende rett

De fleste vedtak om bruk av tvang etter psykisk helsevernloven skal treffes av en faglig ansvarlig. Eksempler på slike vedtak er:

- Etablering av tvungent psykisk helsevern (§ 3-8)

- Vedtak om tvangsbehandling (§ 4-4)
- Vedtak om overføring (§ 4-10)

I forbindelse med vedtak om bruk av tvangsmidler etter § 4-8 er det derimot ikke stilt krav til at vedtaket skal treffes av faglig ansvarlig. I disse tilfellene er vedtakskompetansen lagt til lege med mindre en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med lege ikke er mulig.

Etter psykisk helsevernloven § 1-4 er den faglig ansvarlige for å treffe vedtak «vedkommende overlege». Det er gitt nærmere bestemmelser og unntak i *forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet av 1. desember 2000 nr. 1219*.

Både lov- og forskriftsbestemmelsene var omstridt i forbindelse med forrige lovrevisjon.

I høringsuttalelsen til lovutkastet uttalte Norsk Psykologforening blant annet at:

«Det er så langt vi kan se ingen faglig begrunnelse for at spesialister i klinisk psykologi ikke kan være den faglig ansvarlige. Kliniske psykologer har kompetanse til diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. De er behandlingsansvarlige og er i mange tilfeller delegert ansvar for avdelinger/poster...»

Departementet foreslo likevel at lovens hovedregel skulle være at det faglige ansvar med hensyn å treffe vedtak, samt beslutte de nærmere angitte tiltak etter loven, skulle ivaretas av en overordnet lege som har spesialistutdanning innenfor psykiatri. Departementet uttalte i den forbindelse:

«Departementet har forståelse for Norsk Psykologforenings synspunkter. Kliniske psykologer har en verdifull kompetanse som er viktig for psykiatrien. Det er imidlertid den psykiatriske overlegen som har den bredeste kompetansen til å vurdere pasientens tilstand, og dermed fatte vedtak. Den medisinske kompetansen er særlig viktig med hensyn til å avdekke en sinnslidelses eventuelle organiske sammenhenger og også i forhold til å vurdere pasientens totale helsetilstand.»

Det ble presisert i proposisjonen at definisjonen av faglig ansvar i psykisk helsevernloven ikke berører generelle ledelsesspørsmål ved avdelingene, noe som blant annet reguleres av spesialisthelsetjenesteloven § 3-9.

Bestemmelsen er også særskilt kommentert i forbindelse med Stortingets behandling av proposisjonen i Innst. O. nr. 73 (1998-99). I merknadene til § 1-4 uttales:

«Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at psykologspesialister mange steder i

dag faktisk har det faglige lederansvaret. Videre vil dette flertallet peke på at satsingen innen psykiatri, som er vedtatt av Stortinget, vil bli svært vanskelig å gjennomføre uten nok helsepersonell.

Dette flertallet har merket seg at når det i loven er foreslått at det i forskrift kan gjøres unntak fra at faglig ansvarlig skal være en psykiatrisk overlege, så er dette ikke alene grunnet i situasjoner der psykiater ikke finnes. Dette flertallet vil peke på at unntaksbestemmelsen åpner for å gi kliniske psykologer vedtaksmyndighet.

Dette flertallet vil vise til at når kompetansen til å treffe vedtak som hovedregel legges til psykiatrisk overlege, er dette fordi denne anses å ha den bredeste kompetanse til å avdekke en sinnslidelses eventuelle organiske sammenhenger og kunne vurdere pasientens totale helsetilstand. Dette flertallet vil imidlertid peke på at ved vedtak om f.eks. skjerming, behandling uten samtykke med unntak av medikamentell behandling, restriksjoner i forbindelse med omverdenen, undersøkelser av rom og eiendeler og beslag er ikke begrunnelsen i forhold til den medisinske kompetansen like tungtveiende. Dette flertallet vil vise til at da kliniske psykologer i praksis har selvstendig behandlingsansvar, vil det være en fordel for helheten i behandlingen som tilbys pasienten, at psykologer i større utstrekning kan være faglig ansvarlige for vedtak og beslutninger som angår behandlingen av de pasientene de har behandlingsansvar for.»

Dette var bakgrunnen for forskriften til § 1-4 som ble utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet. Forskriftsteksten §§ 3 og 4 åpner for at flere grupper kan være faglig ansvarlig for vedtak:

- Lege i overordnet stilling som er spesialist i psykiatri (gjelder psykisk helsevern for voksne jf. § 3), eller barne- og ungdomspsykiatri (gjelder barne- og ungdomspsykiatrien jf. § 4)
- Annen lege med spesialistutdanning i psykiatri (gjelder psykisk helsevern for voksne jf. § 3), eller barne- og ungdomspsykiatri (gjelder barne- og ungdomspsykiatrien jf. § 4)
- Spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde klinisk voksenpsykologi (gjelder psykisk helsevern for voksne, jf. § 3), eller med fordypningsområde klinisk barne- og ungdomspsykologi (gjelder barne- og ungdomspsykiatrien jf. § 4). I begge tilfelle stilles det krav til minst to års relevant praksis, jf. § 5, annet ledd.

I tillegg er det gitt utfyllende bestemmelser om delegasjon av faglig ansvarliges myndighet i for-

skriften § 5. Det er presisert i §§ 3 til 5 at spesialist i klinisk psykologi ikke kan ha myndighet til å treffe vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 om behandling med legemidler.

7.3.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått en endring i § 1-4 som etter departementets vurdering innebar en presisering av gjeldende rettstilstand. Forslaget til lovtekst innebar at vedkommende «*spesialist i psykiatri eller klinisk psykolog med praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift*» kunne være faglig ansvarlig for vedtak. Bakgrunnen for at departementet ikke foreslo «spesialist i psykologi» var at dette ikke er en offentlig godkjent spesialitet etter helsepersonelloven § 51.

7.3.3 Høringsinstansenes syn

Få høringsinstanser har kommentert særskilt på dette forslaget. Blant høringsinstansene som har uttalt seg er *Norsk Psykologforening*, *Den norske lægeforening*, *Sosial- og helsedirektoratet* og *Ullevål universitetssykehus HF v/ kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri*.

Den norske lægeforening går imot forslaget til ny § 1-4 og ber om at § 1-4 opprettholdes uendret. Foreningen uttaler:

«Legeforeningen ser store betenkeligheter med å åpne for at enhver lege og psykolog med nevnte kompetanse skal kunne treffe vidtgående tvangsvedtak. Tvang er et inngripende tiltak overfor enkeltmenneske, noe som tilsier at myndighetene bør plasseres hos få enkeltpersoner med særskilt kompetanse.

[...]

Legeforeningen vil be om at hovedregelen bør klargjøres men med et tillegg om at det kan gjøres unntak i forskrift. Det bør i loven tydeliggjøres at all behandling av legemidler forbeholdes leger.»

De øvrige høringsinstansene er i hovedsak positive til forslaget til endring av § 1-4.

Sosial- og helsedirektoratet påpeker imidlertid at adgangen til å gjøre unntak i forskrift ikke bør fjernes fra lovbestemmelsen. Direktoratet påpeker at dette er nødvendig for å kunne begrense vedtakskompetansen til faglig ansvarlig i tilfeller hvor det er tale om behandling med legemidler og vedkommende er psykolog.

Direktoratet har også kommentarer til begrepsbruken i forslaget til endring av bestemmelsen. Det påpekes at man bør brukes begrepet «spesialist i klinisk psykologi» til tross for at vide-

reutdanningen ikke er godkjent som spesialitet etter helsepersonelloven § 51.

7.3.4 Departementets vurdering og forslag

Bestemmelsen om faglig ansvarlig for vedtak i psykisk helsevernloven § 1-4 er ikke en regulering av spørsmålet om ledelse for institusjoner eller enheter i det psykiske helsevernet, se Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 5.5.3. Derimot er bestemmelsen en lovfesting av kvalifikasjonskrav for den som skal ha kompetanse til å kunne treffe inngripende tvangsvedtak. Det er ansett som en rettssikkerhetsgaranti at den som treffer tvangsvedtak har særskilt kompetanse for å vurdere behovet for bruk av tvang, slik at unødvendig tvangsbruk unngås.

Bestemmelsen kommer i tillegg til de generelle krav i helsepersonelloven §§ 4 og 16, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om forsvarlig yrkesutøvelse og organisering av tjenestene. Prinsippene bak denne lovgivningen var å fjerne monopoler for utføring av oppgaver i helsetjenestene, men samtidig presisere både det individuelle ansvar som påhviler det enkelte helsepersonell for forsvarlig yrkesutøvelse og det systemansvar som påligger helsetjenestene for forsvarlig organisering.

Slik psykisk helsevernloven § 1-4 og forskriftsbestemmelsene er utformet er det ikke noe i veien for at det er flere som fungerer som faglig ansvarlige innen en og samme avdeling. Det vil uansett være et ledelsesmessig ansvar å sørge for at organiseringen ivaretar hensynet til faglig forsvarlighet. Bestemmelsen innebærer med andre ord et minstekrav til kompetanse for den som skal treffe vedtak, men unntar ikke ledelsens ansvar for en forsvarlig organisering av vedtaksfunksjonen.

Selv om en klinisk psykolog er faglig ansvarlig for vedtak vil det i mange tilfeller være nødvendig med en medisinsk vurdering av pasienten før vedtaket treffes. I forbindelse med etablering av tvungen psykisk helsevern er dette sikret gjennom psykisk helsevernloven §§ 3-4 og 3-8 femte ledd om obligatoriske legeundersøkelser. Tilsvarende krav er foreslått lovregulert i lovutkastet § 3-2 og 3-3. Også i andre tilfeller enn de som fremgår av loven vil det kunne være nødvendig at det foretas en medisinsk undersøkelse eller vurdering av lege for at vedtaket skal være faglig forsvarlig.

Etter departementets syn bør det foretas endringer i lovens ordlyd som gjenspeiler gjeldende rettstilstand. Dette innebærer at det i lovens ordlyd stilles et særskilt kompetansekrav, og at de nærmere bestemmelsene gis i forskrift som tidligere.

At § 1-4 i dag knytter begrepet faglig ansvarlig til en overordnet stilling - «vedkommende overlege» - kan misforstås dit hen at det er tale om en regulering av et ledelsesmessig spørsmål. Etter som det derimot er tale om et kvalifikasjonskrav er det etter departementets vurdering mer hensiktsmessig å bruke begrepet «lege med relevant spesialistgodkjenning» i stedet for «overlege». Departementet har merket seg Sosial- og helsedirektoratets uttalelse når det gjelder betegnelsen på kvalifikasjonskravet til klinisk psykolog. Departementet mener likevel at betegnelsen «spesialist i klinisk psykologi», som i dag fremgår av forskriften §§ 3 til 5, ikke bør brukes i lovteksten. Videreutdanningen fører pr. i dag ikke til en offentlig godkjent spesialistutdanning etter helsepersonellovens § 51.

Hvilken spesialitet eller videreutdanning som skal kreves ved ulike institusjoner bør fastsettes nærmere i forskrift i tråd med gjeldende rett.

På bakgrunn av høringsuttalelsen fra Sosial- og helsedirektoratet finner departementet grunn til å videreføre den unntaksadgang som følger av bestemmelsen i dag. Dette innebærer at krav til vedtakskompetansen i forbindelse med vedtak om tvangsbehandling med medikamenter og vedtak om bruk av korttidsvirkende beroligende legemidler reguleres i forskrift.

7.4 Advokatbistand for barn mellom 12 og 16 år

7.4.1 Gjeldende rett

Rett til advokat eller annen fullmektig er regulert av psykisk helsevernloven § 1-7 tredje ledd. I forbindelse med klagesaker til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen vil pasienten alltid ha rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig. Det er imidlertid bare i forbindelse med klage på etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern og klage på overføringsvedtak at pasienten har rett til å få dekket advokatutgifter etter lov om fri rettshjelp § 17 tredje ledd nr. 3. Dersom en pasient på mellom 12 og 16 år bringer spørsmålet om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen, jf §§ 2-1 fjerde ledd eller 2-2 femte ledd, gis derfor ikke vedkommende dekning av rettshjelp uten behovsprøving.

7.4.2 Innspill i forbindelse med høringen

Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmets Sykehus og Kontrollkommisjon I for Ullevål Universitetssykehus uttaler i sin felles høringsuttalelse at loven bør gi rett til fri sakførsel uten behovsprøving for barn mellom 12 og 16 år. Kontrollkommisjonene uttaler:

«All den stund ungdommer mellom 12 og 16 år innlegges etter foreldresamtykke, vil innleggelsen ikke falle inn under begrepet tvungent psykisk helsevern og ungdommen vil derved være uten rett til advokatbistand etter 3. ledd.

Dette er svært uheldig, men i samsvar med gjeldende lovtekst. Barnet eller ungdommen kan være uenig med foreldrene og den faglig ansvarlige om behovet for behandling. Ungdommen kan oppleve sterk motstand mot innleggelsen som for dem i realiteten er en tvungen innleggelse.

De har klagerett til Kontrollkommisjonen. Voksne som klager til Kontrollkommisjonen over tvangsinnleggelser innvilges advokatbistand. Ungdommene får ikke rett til slik bistand fordi innleggelser formelt er av frivillig karakter. Ungdommene er ved slike innleggelser virkelig å anse som en svak part grunnet ung alder, manglende erfaring og kunnskap i forhold til behandlingsapparatet, motstand mot foreldre og faglig ansvarlige. Uten advokatbistand vil deres klagerett, etter vår oppfatning, være av mindre betydning enn klageretten for pasienter i voksenpsykiatrien.»

7.4.3 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering er det her fremmet viktige argumenter for å gi barn mellom 12 og 16 år rett til fri sakførsel i tilfeller hvor spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen. Departementet ser at institusjonsplassering på grunnlag av foreldresamtykke i en del tilfeller kan oppleves som tvungent psykisk helsevern for den det gjelder. I slike situasjoner er det en viktig rettssikkerhetsgaranti å få juridisk bistand utover det kontrollkommisjonen kan bidra med av generell informasjon.

Omfanget av overprøving av den aktuelle type saker er forholdsvis begrenset. I 2003 ble 12 saker etter § 2-1 og 2 saker etter § 2-2 brakt inn for kontrollkommisjonene. I 2004 var de tilsvarende tall 22 saker etter § 2-1 og 3 saker etter § 2-2.

Departementet foreslår en tilføyelse i § 1-7 tredje ledd som gir rett til dekning av advokatutgifter også i slike saker.

8 Forslag til nytt kapittel 2 – Særlige samtykkebestemmelser

8.1 Innledning

Etter departementets vurdering følger det som en konsekvens av forslaget under punkt 6.2 om forholdet til pasientrettighetsloven at det må gjøres endringer i lovens kapittel 2. Kapitlet er i dag betegnet «Frivillig psykisk helsevern. Psykisk helsevern til barn og unge».

Overskriften kan virke misvisende, da bestemmelsene i §§ 2-1 og 2-2 bare gir regler om samtykke, og ikke nærmere bestemmelser om gjennomføring av frivillig psykisk helsevern eller psykisk helsevern til barn og unge. I § 2-3 har forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent vern kommet til uttrykk.

Departementet har vurdert om kravet til samtykke, herunder reglene om manglende samtykkekompetanse, skal være fullt ut regulert i pasientrettighetsloven, og at eventuelle unntak for det psykiske helsevernet også skal nedfelles der. Dette ville være i tråd med de grunnleggende prinsipper for lovreguleringen som departementet legger opp til under kapittel 6.

Når det gjelder kravet til samtykke er det imidlertid nødvendig å videreføre en særskilt lovfesting av institusjonens mulighet til å stille vilkår om tvungen tilbakeholdelse i forbindelse med frivillig innleggelse, jf. psykisk helsevernloven § 2-2. Regulering av dette i pasientrettighetsloven vil være lite naturlig ut fra lovens generelle karakter. Bestemmelsen om at barn mellom 12 og 16 år kan få prøvet spørsmålet om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen passer også mer naturlig i psykisk helsevernloven. På denne bakgrunn vil departementet foreslå at det nedfelles et eget kapittel om samtykke i psykisk helsevernloven. Overskriften på kapitlet bør endres til «særlige samtykkebestemmelser» for å markere at det her er tale om særbestemmelser i forhold til de generelle reglene som følger av pasientrettighetsloven.

8.2 Overprøvingsadgang for kontrollkommisjonen for barn mellom 12 og 16 år

8.2.1 Innledning og gjeldende rett

Selv om etablering av psykisk helsevern for barn under 16 år skjer på grunnlag av foreldresamtykke er barn mellom 12 og 16 år gitt adgang til å bringe spørsmål om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen, jf. §§ 2-1 fjerde ledd og 2-2 femte ledd. Slik bestemmelsen lyder i dag kan det synes uklart hvor langt denne bestemmelsen rekker.

Det har heftet noe usikkerhet ved hvor langt kontrollkommisjonens kompetanse går i slike saker, ettersom det ikke er tale om en prøvelse av vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Forarbeidene gir liten grad av veiledning om dette. Etter departementets vurdering vil det være naturlig at kontrollkommisjonen tar 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 videre være naturlig å se hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern.

Som følge av implementeringen av FNs barnekonvensjon i norsk rett er det lagt til grunn en nedre aldersgrense på syv år for plikten til å informere og gi anledning for barn til å uttale seg før det tas avgjørelse i sak som berører ham eller henne, jf. barnevernloven § 6-3 første ledd og barneloven § 31 annet ledd.

Barnekonvensjonen art. 12 lyder:

- «1. Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvarende med barnets alder og dets modenhet.
2. For dette formål skal barnet særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller gjennom en representant eller et egnet organ, på en måte som

er i samsvar med saksbehandlingsreglene i nasjonal rett.»

8.2.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at adgangen til å bringe spørsmålet om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen skulle videreføres i ny § 2-1 annet ledd. Det ble ikke foreslått endringer i aldersgrensen for denne adgangen.

8.2.3 Høringsinstansenes syn

De høringsinstanser som har uttalt seg om forslaget støtter en slik overprøvingsadgang for barn mellom 12 og 16 år. Blant dem som har uttalt seg er *Voksne for Barn, Barneombudet, Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner, Den norske Advokatforening, Stavanger kommune, Akershus Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Norsk Psykologforening, Sosial- og helsedirektoratet, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere og Helse Vest RHF v/Stavanger Universitetssykehus.*

Barneombudet mener aldersgrensen bør opprettholdes i tråd med departementets forslag, men påpeker at det bør legges til rette for at også yngre barn skal få anledning til å gi uttrykk for hvordan de opplever helsehjelpen overfor kontrollkommisjonen.

Lovisenberg Diakonale Sykehus påpeker i sin høringsuttalelse at det kan synes å være en underrapportering til kontrollkommisjonene av tilfeller hvor barn mellom 12 og 16 år motsetter seg det psykiske helsevernet.

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening mener tilsynelatende at forslaget ikke gir tilstrekkelig rettssikkerhet for denne pasientgruppen. Foreningen uttaler:

«Nbupf mener personer under 16 år som ikke samtykker bør underlegges tvungent psykisk helsevern. Vi mener de unges rettssikkerhet ikke ivaretas godt nok ved foreldresamtykke.»

8.2.4 Departementets vurdering og forslag

Barnets rett til å bringe spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen har en tosidig begrunnelse. For det første er dette et middel for å gi barnet adgang til å fremme sine synspunkter og til å fremme barnets adgang til å bli hørt. For det andre er det en rettssikkerhetsgaranti i den forstand at det vil bli foretatt en prøving av begrunnelsen for etableringen av psykisk helsevern overfor pasienten.

Begge disse argumenter kan sies å ha større betydning jo eldre pasienten er. Evnen til selv å vurdere hva som er en ønsket og hensiktsmessig undersøkelse og behandling øker i takt med utvikling og modenhet.

Etter departementets vurdering er denne overprøvingsadgangen en nødvendig ordning så lenge etablering av psykisk helsevern er basert på foreldresamtykke.

Departementet har foretatt en vurdering av om barnekonvensjonens art. 12 tilsier at aldersgrensen for en slik prøvingsadgang senkes. Konvensjonen stiller ikke krav til at barnet skal få overprøvet spørsmålet administrativt eller i en domstolliknende prosess. Derimot stiller den krav til at barnet skal informeres og bli hørt. Etter departementets vurdering er denne retten tilfredsstillende ivaretatt i pasientrettighetsloven §§ 3-4 og 4-4. Pasientrettighetsloven § 3-4 gir i utgangspunktet både barnet og foreldrene rett til informasjon i tilfeller hvor barnet er under 16 år. Etter pasientrettighetsloven § 4-4 tredje ledd skal den eller de med foreldresvaret høre hva barnet har å si før samtykke gis.

På denne bakgrunn foreslår departementet at adgangen til å bringe spørsmålet om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen videreføres i ny § 2-1 annet ledd. Det foreslås ikke endringer i aldersgrensen for denne adgangen. Av hensyn til barnets rettssikkerhet er det også foreslått å utvide retten til rettshjelpsdekning uten behovsprøving til å omfatte slike saker, se punkt 7.4.

Det har vært reist spørsmål om hvilke situasjoner overprøvingsadgangen omfatter etter gjeldende psykisk helsevernlov. Spørsmålet er om overprøvingsadgangen er begrenset til innleggelsene i døgninstitusjon eller om den gjelder enhver undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet. Lovens ordlyd bruker begrepet «etablering av psykisk helsevern». Dette trekker i retning av at det er i innleggelsestilfellene man har ment at overprøvingsadgangen skal gjelde. Bestemmelsene er en videreføring av § 4 i loven fra 1961. Her var overprøvingskompetansen begrenset til innleggelsene. Også rettssikkerhetshensyn tilsier at det er i disse tilfellene det er størst behov for en overprøvingsadgang, ettersom institusjonsopphold generelt sett vil oppleves mer inngripende enn for eksempel en konsultasjon på poliklinikk. Etter departementets vurdering må det derfor legges til grunn at overprøvingsadgangen i gjeldende lov §§ 2-1 fjerde ledd og 2-2 femte ledd er begrenset til tilfeller med døgnopphold i institusjon. Departementet har imidlertid foreslått en presisering av dette i § 2-1 annet ledd.

8.3 Samtykke til tidsbegrenset tilbakehold i institusjon

8.3.1 Gjeldende rett

I forbindelse med etablering av frivillig psykisk helsevern gir psykisk helsevernloven § 2-2 første ledd hjemmel for å stille vilkår om pasientens samtykke til å være undergitt reglene i § 3-1 i en periode på inntil tre uker. Samtykket kan i utgangspunktet gis av personer over 16 år. Samtykket innebærer ikke at det kan fattes vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4. Det kan heller ikke vedtas innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen, jf. § 4-5 annet ledd. Samtykket skal nedtegnes skriftlig og undertegnes både av pasienten og av den faglig ansvarlige. Etter tredje ledd er det den eller de med foreldreansvaret som kan samtykke på vegne av barn under 16 år.

8.3.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått å videreføre adgangen til å samtykke til tilbakehold i inntil tre uker.

8.3.3 Høringsinstansenes syn

Et mindretall av høringsinstansene uttaler seg om dette forslaget. De som uttaler seg mener bestemmelsene er hensiktsmessige og bør videreføres.

8.3.4 Departementets vurdering og forslag

I enkelte situasjoner kan en adgang til å stille vilkår om tidsbegrenset tilbakeholdsrett være et alternativ til å måtte ty til etablering av tvungent vern, som er mer inngripende. Dette tilsier at ordningen bør beholdes, selv om den blir benyttet i et lite antall tilfeller, og representerer en særordning i forhold til pasientrettighetslovens bestemmelser. Ordningen er foreslått videreført i lovforslaget § 2-2. Som følge av de foreslåtte endringer når det gjelder forholdet til pasientrettighetslovens samtykkebestemmelser foreslås det tilpasninger i bestemmelsen når det gjelder representert samtykke, jf. også punkt 6.3.

9 Forslag til nytt kapittel 3 – Forenkling av lovens systematikk og enkelte andre endringer

9.1 Omredigering og forenkling

9.1.1 Innledning og bakgrunn

Forut for utarbeidelsen av høringsnotatet fikk departementet flere innspill på at gjeldende lov om psykisk helsevern er komplisert å finne fram i. Særlig gjelder dette kapittel 3, hvor vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern er nedfelt. Et eksempel er at mens man tidligere henviste til § 5 for etablering av tvungent psykisk helsevern, må det nå henvises til en lang hjemmelsrekke for å få med de aktuelle vilkår; § 3-8, jf. §§ 3-3, 3-1, 3-2, eventuelt også §§ 3-4, (§ 3-5) og 3-7.

Etter departementets vurdering kan det gjøres flere endringer for at regelverket skal bli mer oversiktlig uten å foreta materielle endringer. I tillegg til rene redigeringsendringer ser departementet også behov for å foreta endringer i formalkrav som ikke medfører noen rettssikkerhetsmessig gevinst for pasienten.

På denne bakgrunn vil departementet foreslå å oppheve gjeldende kapittel 3, og erstatte det med et nytt. De fleste materielle bestemmelser foreslås videreført uendret, så som grunnvilkår og tilleggsvilkår for tvungent psykisk helsevern som finnes i gjeldende lov § 3-3. De viktigste materielle endringene som foreslås er avskaffelse av et absolutt krav om innleggelsesbegjæring (tutorordningen) og lovfesting av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt. Det foreslås også å lovfeste et snevert unntak fra forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet) som finnes i gjeldende lov § 2-3, og samtidig flytte bestemmelsen til ny § 3-4.

9.1.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å oppheve gjeldende kapittel 3 og erstatte det med et nytt kapittel. Bakgrunnen for forslaget var at departementet så behov for en rekke redigeringsmessige endringer i tillegg til enkelte materielle endringer.

9.1.3 Høringsinstansenes syn

De langt fleste av høringsinstansene som uttaler seg om dette mener at forslagene innebærer en betydelig forbedring av tilgjengeligheten til regelverket. *Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmets sykehus* og *Kontrollkommisjon I for Ullevål Universitetssykehus* mener imidlertid at forslagene ikke har medført en forbedring. Etter deres oppfatning er det blant annet behov for å skille vilkårene for tvungen observasjon og vedtak om tvungent psykisk helsevern.

9.1.4 Departementets vurdering og forslag

Det er av stor rettssikkerhetsmessig betydning at regelverk om inngripende vedtak overfor enkeltindivider blir mest mulig klare og oversiktlige. Dette vil bidra til å unngå misforståelser i praktiseringen av regelverket og gi pasienter bedre mulighet for å sette seg inn i sine rettigheter og plikter.

Behovet for et oversiktlig regelverk må avveies mot den ulempe det vil innebære å innføre flere lovendringer relativt kort tid etter forrige lovrevisjon. Nytt regelverk vil innebære beskjedne økonomiske og administrative konsekvenser i form av opplæring, men det antas at det i en overgangsperiode vil kunne oppstå usikkerhet blant rettsanvenderne med hensyn til hva som er gjeldende rett, feil i lovhenvvisninger med videre.

Departementet finner imidlertid støtte i høringsuttalelsene for at det er ønskelig med en redigeringsmessig endring, og at forslaget kan føre til en forbedring som oppveier ulempene.

På bakgrunn av innspillene fra Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmets sykehus og Kontrollkommisjon I for Ullevål Universitetssykehus har departementet foretatt ytterligere endringer i forhold til hva som fremgikk av høringsnotatet. Endringen innebærer et klarere skille mellom tvungen undersøkelse, tvungen videre undersøkelse og tvungent psykisk helsevern, se forslag til §§ 3-1, 3-2 og 3-3.

9.2 Avskaffelse av et absolutt krav til innleggelsebegjæring (tutorordningen), presisering av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt

9.2.1 Innledning og gjeldende rett

Etter gjeldende rett er det ikke tilstrekkelig for tvungen undersøkelse, tvungen videre undersøkelse (observasjon) og tvungent psykisk helsevern at en person har vært undersøkt av leger og at faglig ansvarlig mener at vedkommende fyller vilkårene for en tvangsinnleggelse. Det følger av psykisk helsevernloven §§ 3-5 og 3-8 at begjæring fra offentlig myndighet eller pasientens nærmeste er et vilkår for tvungen legeundersøkelse, videre undersøkelse (observasjon) og etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette blir kalt tutorordningen.

Tutorordningen har en rettssikkerhetsmessig begrunnelse, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 7.4.4.4:

«I tutorordningens krav om begjæring ligger det innebygget en sikkerhetsventil ved at flere separate vurderinger legges til grunn før det fattes et så alvorlig vedtak som tvungent psykisk helsevern.»

Etter gjeldende lov om psykisk helsevern er det i utgangspunktet offentlig myndighet som skal være tutor. Definisjonen av offentlig myndighet følger av psykisk helsevernloven § 1-3 fjerde ledd:

«Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.»

Dette innebærer en endring fra 1961-loven, hvorefter det i utgangspunktet var pasientens nærmeste som var tutor. Det var særlig to hensyn som lå bak denne lovendringen. For det første viser forarbeidene til endringen i samfunnsutviklingen, som innebærer at stadig flere bor for seg selv, eventuelt som enslige forsørgere uten annen familietilknytning. I forhold til denne gruppen ble det vurdert som naturlig at det offentlige har ansvaret for å fremsette begjæring om tvungent psykisk helsevern for disse. For det andre ble det vist til den belastningen det kan være for pasientens nærmeste å være tutor. Svært mange alvorlig sinnslidende opplever det tvungne vernet som urettmessig, og kan komme med bitre anklager mot den nærmeste for å ha framsatt begjæringen.

I forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v. av 21. desember 2000 nr 1410 er det gitt

nærmere bestemmelser om hvilken myndighetsinstans som skal fremme begjæring i ulike tilfeller. Kriteriene er langt på vei utformet i samsvar med de aktuelle instansers ansvarsområder. I følge § 5 annet ledd bokstav c) i denne forskriften skal politiet være tutor dersom:

«[...] den antatt syke allerede er i politiets varetekt, eller det dreier seg om å avverge vesentlig fare for vedkommendes eller andres liv eller helse, eller når politiets bistand er nødvendig for å få han eller henne under tvungent psykisk helsevern,»

En av de opprinnelige forutsetninger bak tutorordningen var at noen som kjente pasienten skulle uttale seg om hvorvidt det var behov for tvang. Både samfunnsutviklingen og rettsutviklingen har ført til at offentlig myndighet, blir bedt om å gi begjæring om bruk av tvang i forhold til pasienter vedkommende ikke har kjennskap til på forhånd. Tall fra SINTEF for 2004 viser at offentlig tutor ble benyttet i 82 prosent av tvangsinnleggelsene dette året. Det foreligger ikke tall for hvilken av de aktuelle myndighetsinstansene som har fremmet begjæringen i de ulike tilfellene. Det vil i all hovedsak være kommunelegen og politiet som avgir begjæring. I mange tilfeller vil dette gjelde personer som kommunelegen eller politiet ikke har noen kjennskap til på forhånd.

9.2.2 Rettstilstanden i Sverige og Danmark

Verken den svenske eller danske loven har et system som tilsvarende den norske tutorordningen. I dansk rett er det riktignok slik at pasientens nærmeste har plikt til å tilkalle en lege, hvis en person som antas å være sinnssyk ikke selv søker nødvendig behandling. Legen avgjør om tvangsinnleggelse er nødvendig, og politiet avgjør når tvangsinnleggelsen skal iverksettes. Etter svensk rett blir såkalt «intagning før tvångsvård» besluttet på grunnlag av «vårdintyg» utferdiget av lege utenfor institusjonen. Etter finsk rett stilles det ikke krav til at tvangsinnleggelse må være initiert av verken lege eller av andre utenfor institusjonen. Dersom observasjon er gjennomført skal legeerklæring fra denne legges til grunn for tvangsvedtaket.

9.2.3 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått å oppheve kravet til begjæring som absolutt vilkår for observasjon og etablering av tvungent psykisk helsevern. For-

slaget må ses i sammenheng med forslaget om varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet. Forslagene innebar at rettsvirkningene av gjeldende tutorordning skulle beholdes i de tilfeller hvor offentlig myndighet mente at en person burde observeres eller tas under tvungent psykisk helsevern. I disse tilfellene skulle det være en plikt til å fremme begjæring, og en slik begjæring utløste tilsvarende klagerettigheter som i gjeldende rett.

9.2.4 Høringsinstansenes syn

46 av høringsinstansene uttaler seg om forslagene. De langt fleste høringsinstansene er positive, blant disse bruker- og pårørendeorganisasjoner, psykiatriske institusjoner, profesjonsorganisasjoner, kontrollkommisjoner, helsemyndigheter og politiet. Bare 8 høringsinstanser går i mot de foreslåtte endringer.

En rekke høringsinstanser uttaler at tutorordningen i liten eller ingen grad innebærer en rettssikkerhetsgevinst for pasienten. I de tilfeller offentlig myndighet er tutor kjenner vedkommende ofte ikke pasienten. Det bekreftes videre at politiet blir benyttet i utstrakt grad, og at tutorordningen fremdeles kan være en belastning for pårørende.

Den norske lægeforening uttaler:

«Dette endringsforslaget er i samsvar med den kritikk Legeforeningen tidligere har fremmet vedrørende tutorordningen, i særlig grad ved den belastning denne ordningen har representert for pårørende. Det legges til grunn fra vår side at tutorbegjæringen ikke anses å ha noen reell betydning for pasientens rettssikkerhet.»

De høringsinstanser som er kritiske til forslaget er *We Shall Overcome (WSO)*, *Aurora Støtteforening*, *Universitetet i Tromsø*, *Den Norske Advokatforening*, *Kommunelegen i Holmestrand*, *Kommunelegen i Asker*, *Tromsø kommune* og *Norsk Helse- og Sosiallederlag*.

Disse høringsinstansene argumenterer blant annet for at det ligger en rettssikkerhetsmessig verdi i at flere involveres i beslutningen om bruk av tvang. Kommunelegene påpeker også at de kan ha en viktig funksjon gjennom sin kjennskap til hjelpeapparatet, noe som kan bidra til å finne alternativer til tvangsinnleggelse.

9.2.5 Departementets vurdering og forslag

Tutorordningen har vært gjennom flere endringer gjennom tiden. Den opprinnelige begrunnelsen for ordningen var at beslutningen om tvangsinnleggelse ikke alene skulle fattes av offentlig myndighet, det vil si overlegen på institusjonen. Det måtte

i tillegg være noen som stod vedkommende person nær som anså tvangsinnleggelse nødvendig. I ettertid har det blitt åpnet for at offentlig myndighet kan begjære bruk av tvang ut fra en erkennelse av at det ofte er en belastning for pårørende å fremme en slik begjæring, eller at de av andre grunner ikke ønsker å gjøre dette. Som nevnt ovenfor ble dette ytterligere endret i forbindelse med gjeldende lov til at offentlig myndighet skulle være primærtutel.

Skal tutorordningen ha noen rettssikkerhetsmessig verdi er det en forutsetning at den som fremmer begjæringen kjenner pasienten, enten det er nærmeste pårørende, kommunelegen, sosialtjenesten, politiet eller fengselsmyndighetene som er tutor. Departementet har grunn til å tro at dette ofte ikke er tilfellet i dagens situasjon. Nærmeste pårørende vil ofte være de som kontakter hjelpeapparatet, men i mange tilfeller ønsker de ikke å være tutor, noe de skal kunne slippe etter gjeldende rett.

Så lenge kravet til tutorbegjæring er et vilkår for etablering av tvungent vern blir ofte en av nevnte myndighetsinstanser enten kontaktet av innleggende lege eller av institusjonen hvor pasienten er henvist eller anbrakt med anmodning om å fremme en begjæring. Ofte vil tutorbegjæringen fremmes på bakgrunn av opplysninger offentlig myndighet har fått om pasienten fra innleggende lege eller institusjonen, og ikke ut fra opplysninger som den aktuelle offentlige myndighet selv har tilgjengelig gjennom kjennskap til pasienten.

Den vesentlige rettssikkerhetsgarantien for pasienten ligger etter departementets vurdering i kravet om at det skal foretas to uavhengige legeundersøkelser før det kan etableres tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Innleggende lege skal foreta en grundig vurdering som skal dokumenteres gjennom særskilt legeerklæring. Også i de unntaksvis tilfeller der pasienten kommer direkte til institusjon må vedkommende undersøkes av lege uavhengig av institusjonen.

Fordelen med tutorordningen er imidlertid at den sikrer en mulighet for offentlig myndighet til oppfølging av sitt ansvar. Dette gjelder ikke minst klageretten den aktuelle myndighetsinstans har i forbindelse med vedtak om etablering eller opphevelse av tvungent psykisk helsevern hvor vedkommende instans har vært tutor. Slik kan tutorordningen ses som et verktøy for de ulike tjenesters ivaretagelse av sitt ansvar overfor psykisk syke. Etter departementets vurdering bør ikke eventuelle lovendringer svekke en slik funksjon.

Høringsrunden gir støtte for at dette vil bli ivarettet gjennom forslaget til en ny bestemmelse om offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt, jf.

lovforslaget § 3-6. Bestemmelsen skal bidra til å sikre at offentlige myndigheter fremdeles ivaretar ansvaret for å sørge for at psykisk syke personer som ikke selv oppsøker det psykiske helsevernet, kommer i kontakt med helsetjenestene. Dersom offentlig myndighet mener det er nødvendig med tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal det fremmes begjæring på samme måte som i dag. I de tilfeller dette gjøres vil klageretten som følger av gjeldende rett bli opprettholdt, slik at offentlig myndighet kan følge opp sitt ansvar. Klageretten for nærmeste pårørende er ikke avhengig av at vedkommende har fremmet begjæring. Denne foreslås derfor videreført uendret.

På denne bakgrunn vil departementet foreslå at tutorbegjæring ikke lenger stilles som et absolutt vilkår for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Etter departementets oppfatning bør det i stedet lovfestes en generell varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet, se lovforslaget § 3-6.

9.3 Forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern - unntak

9.3.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Etter lov om psykisk helsevern § 2-3 oppstilles det et forbud mot overføring av pasient under frivillig psykisk helsevern til tvungent vern, det såkalte konverteringsforbudet. Begrunnelsen for bestemmelsen er at de mennesker som oppsøker frivillig psykisk helsevern skal kunne ha visshet for at «bordet ikke fanger». De bakenforliggende hensyn er både tilliten til psykiatrien, men også at de menneskene som kommer til psykiatrien skal oppleve at de blir behandlet med redelighet og respekt, se Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 6.5.

Bestemmelsen er i følge lovens forarbeider en videreføring av det som var gjeldende rett etter 1961-loven. Likevel hadde man ikke i 1961-loven en tilsvarende bestemmelse. Lovens § 4 om at frivillig innlagt pasient kunne kreve utskrivning uten opphold ble imidlertid ansett for å innebære et slikt forbud.

Konverteringsforbudet i psykisk helsevernloven § 2-3 innebærer at en pasient som er til frivillig behandling når som helst kan be om at vernet opphører, og at institusjonen da har en forpliktelse til å skrive ut pasienten. Utskrivningen av pasienten fra det frivillige psykiske helsevernet skal være reell før det kan fattes vedtak om tvangsinnleggelse. Dette ble slått fast av Høyesterett i en dom gjengitt

i Rt. 2002 side 1646, se side 1651. Retten påpeker her at psykisk helsevernloven § 2-3 skal:

«...sikre at en pasient som er frivillig innlagt, når som helst skal kunne begjære seg utskrevet. Det må da kreves at det er en realitet bak utskrivningen.»

Kravet til at utskrivningen må være reell fremgår også av lovens forarbeider, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 6.5.4.

Både i den saken som endte for Høyesterett, og i en del andre tilfeller har det oppstått tolkningstvil og problemer i praktiseringen av konverteringsforbudet. På denne bakgrunn har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet et rundskriv om tolkingen av denne bestemmelsen, IS-18/2004. Her gjøres det nærmere rede for hva som ligger i kravet til at utskrivningen skal være reell.

For at kravet til realitet skal være oppfylt, må en pasient som ønsker det få anledning til å forlate institusjonen uten å bli innhentet umiddelbart av ansatte ved institusjonen eller andre. For eksempel vil ikke tilbakehenting rett utenfor institusjonen eller et par kvartaler unna tilfredsstille kravet om reell utskrivning. Det samme gjelder dersom vedkommende blir fulgt av pleiere/politi direkte til legevakten for legeundersøkelse og deretter tilbake til institusjonen. Det presiseres imidlertid i forarbeidene i Ot.prp. nr. 11 (1998-99), side 65 at det må være anledning til å iverksette relativt raske tiltak for å få pasienten under tvungent psykisk helsevern dersom vilkårene for tvungent vern er oppfylt.

Det kan også forekomme at pasienten motsetter seg tvangsbehandling, men likevel ikke ønsker å forlate sykehuset. Til denne situasjon har Høyesterett uttalt at det

«avgjørende i denne situasjonen må være om det i utskrivningen lå tilstrekkelig realitet til at [pasienten] fikk anledning til å oppfatte og overveie alternativene, og eventuelt benytte seg av sin adgang til å forlate sykehuset.»

Dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon og eventuelt bistand til å forlate sykehuset, men velger å bli værende til tross for at vedkommende vet at hun/han kan bli underlagt tvungent psykisk helsevern, vil det med andre ord ikke være nødvendig at pasienten forlater sykehusets område for å oppfylle kravet om at det skal foreligge realitet bak utskrivelsen. De vanlige prosedyrer for etablering av tvungent psykisk helsevern må imidlertid følges. Det vil si at det skal foreligge en uavhengig legeundersøkelse og tutorbegjæring.

Det følger videre av forsvarlighetskravet i blant annet spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at dersom pasienten ønsker å forlate sykehuset har institusjonen en plikt til å sikre at pasienten får nødvendig oppfølging fra andre instanser i helse- og sosialtjenesten.

En pasient som er innlagt til frivillig psykisk helsevern vil kunne holdes tilbake mot sin vilje dersom vedkommende i en akutt nødrettssituasjon vil være til fare for eget eller andres liv eller helse. Før man holder pasienten tilbake med tvang ut fra nødrettslige betraktninger skal alle andre alternativer ha blitt vurdert. Som regel vil nødrettssituasjonen være kortvarig. Det betyr at så snart den akutte faresituasjonen er over, må pasienten skrives ut.

Konverteringsforbudet har imidlertid vist seg å være problematisk i enkelte nødrettssituasjoner, det vil si situasjoner hvor det ville være uforsvarlig å la pasienten forlate institusjonen. Det forekommer at en pasient kan være til fare for seg selv eller andres liv og helse over noe lenger tid. Dette skaper en uklar rettslig situasjon i denne perioden. Jo lengre tid som går, desto vanskeligere blir det å akseptere nødrett som hjemmelsgrunnlag. Det er også et problem at de bestemmelser som skal ivareta rettsikkerheten til pasienten i psykisk helsevernloven kapittel 3 og 4 ikke kommer til anvendelse når det ikke er tatt formelle skritt med hensyn til etablering av tvangsvedtak. Dersom det startes en prosess med etablering av tvungent psykisk helsevern vil dette være underlagt materielle og formelle vilkår, herunder klagerett for pasienten.

Det har forekommet at institusjoner på grunn av pasientens tilstand har foretatt mer eller mindre «fiktive» utskrivelser av pasienter fordi det har vært ansett som uholdbart å holde dem tilbake i institusjonen over lengre tid med hjemmel i nødrett, samtidig som det har vært vurdert som nødvendig å få etablert tvungent vern og uforsvarlig å foreta en reell utskrivelse.

Rundskrivet fra Sosial- og helsedirektoratet legger til grunn at det i noen få tilfeller kan anses rettmessig å igangsette prosessen for å få etablert tvungent vern, samtidig som pasienten holdes tilbake på grunn av nødrettssituasjonen.

Pasientens rett til forsvarlig helsehjelp i tråd med psykisk helsevernlovens formål taler for at det bør være en unntaksmulighet. Også EMK artikkel 5, som stiller krav til lovmessig grunnlag, saksbehandling og overprøvningsmulighet i forbindelse med tvangsvedtak taler for at det unntaksvis i enkelte nødrettssituasjoner ikke kan stilles like strenge krav til reell utskrivelse før det etableres tvungent psykisk helsevern.

I følge rundskrivet skal det mye til for å lempe på kravet til utskrivning. Det må foretas en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle. I tillegg til at pasienten må være til fare for seg selv eller andres liv og helse, kan blant annet følgende momenter ha betydning for vurderingen:

- pasientens tilstand er svært alvorlig
- faresituasjonen antas å ville være langvarig, og at det dermed er uforsvarlig å skrive ut pasienten
- det er åpenbart at vedkommende har behov for langvarig tvungent psykisk helsevern
- pasienten har behov for medikamentell behandling (ikke bare behov for medisiner for å avverge den akutte nødrettssituasjonen)

Det er institusjonens ansvar å godtgjøre at en slik situasjon faktisk foreligger, samt å dokumentere dette i pasientjournalen. Begrunnelsen for at det på grunn av nødrett ikke foretas en reell utskrivning skal også fremgå tydelig av journal. Pasienten skal videre informeres om forholdene, herunder at vedkommende formelt er skrevet ut fra frivillig vern og at det vil bli igangsatt en prosess for å få etablert tvungent vern på grunnlag av de vanlige prosedyrer for etablering av tvungent psykisk helsevern.

Kontrollkommisjonen bør varsles så snart som mulig i alle tilfeller hvor en pasient holdes tilbake med hjemmel i nødrett, uavhengig av om det senere etableres tvungent vern eller ikke.

9.3.2 Rettstilstanden i andre land

Verken *Danmark*, *Sverige* eller *Finland* har forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern i sin lovgivning.

I *Danmark* er det gitt en frist på 24 timer fra pasienten uttrykker ønske om utskrivning til overlegen må underrette pasienten om at ønsket etterkommes eller om det skal treffes vedtak om tvangstilbakeholdelse.

I *Sverige* er spørsmålet om konvertering fra frivillig til tvungent psykisk helsevern regulert i lag om psykiatrisk tvangsvård § 11. Her oppstilles begrensninger for når man kan nekte å skrive ut pasienten. I tillegg til at vilkårene for etablering av tvungent vern må være oppfylt er det et vilkår at pasienten som følge av sin psykiske lidelse kan komme til å påføre seg selv eller andre alvorlig skade.

I *Finland* er spørsmålet om overføring til tvungent vern regulert i en egen bestemmelse i loven. Dersom frivillig innlagt pasient ønsker utskrivning kan faglig ansvarlig vedta at pasienten skal tas

under observasjon dersom vedkommende mener vilkårene for tvungent vern er tilstede. Det er videre gitt en frist på fire dager fra pasienten uttrykker ønske om utskrivning til vedtak om tvungent vern må foreligge.

9.3.3 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet i en unntaksbestemmelse fra forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern. Forslaget var basert på innspill til sentrale helsemyndigheter om behovet for lovendring, samt Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-18/2004.

9.3.4 Høringsinstansenes syn

37 av høringsuttalelsene omtaler dette forslaget direkte. 35 av høringsinstansene støtter i hovedsak forslaget, mens to høringsinstanser går mot.

Mange av høringsinstansene som støtter forslaget påpeker at forbudet har vist seg vanskelig å praktisere i enkelte tilfeller, og at det har gitt utslag som er uheldige for de aktuelle pasientene. De fleste av disse høringsinstansene understreker likevel viktigheten av at det fortsatt som den klare hovedregel skal være et forbud mot konvertering, og at unntaket må praktiseres strengt.

Regjeringsadvokaten og *Justisdepartementet* påpeker at kriteriet for unntak fra konverteringsforbudet bør harmoniseres med det generelle farekriteriet, jf. lovforslaget § 3-3 første ledd nr. 4 bokstav b.

Den norske Advokatforening og *We Shall Overcome (WSO)* går i mot forslaget. Den norske Advokatforening uttaler:

«Det er en reell risiko for at unntaksbestemmelsen i praksis får et anvendelsesområde langt utenfor de helt spesielle tilfelle hvor den er tiltenkt brukt. [...] Ulempene ved å måtte bygge på nødreglene i de få tilfellene det dreier seg om, vil etter Advokatforeningens syn være mindre enn ulempene ved å lovfeste et generelt unntak som gir grunnlag for utglidning i praksis.»

9.3.5 Departementets vurdering og forslag

Forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent vern bør etter departementets syn beholdes som den klare hovedregel. Det er viktig at pasienter ikke lar være å oppsøke det psykiske helsevernet for å få hjelp av frykt for å bli tvangsinnlagt. Likevel har det vist seg at konverteringsforbudet kan få

svært uheldige utslag for pasienten i enkelte unntakssituasjoner i form av utskrivninger som kan innebære en fare for pasienten selv eller andre, samt svekket rettssikkerhet for pasienten. For å unngå dette har det forekommet fiktive utskrivelser, noe som ikke nødvendigvis bidrar til å ivareta pasients rettssikkerhet, integritet, verdighet og tillit til systemet.

Etter ordlyden i dagens § 2-3 er forbudet tilsynelatende absolutt. Som det fremgår ovenfor vil det imidlertid være noen få unntakssituasjoner hvor hensynet til pasientens rettssikkerhet tilsier at det vil være rettmessig å starte etablering av tvungent psykisk helsevern uten at det først foreligger en reell utskrivning. Etter departementets syn er det behov for å foreta en lovendring hvor forbudet videreføres, samtidig som det gis kriterier for de få unntakssituasjonene.

I tråd med høringsinstansenes syn mener departementet at det må stilles strenge krav til begrunnelsen for å nekte pasienten en reell utskrivning. For eksempel bør ikke det at mulighetene for bedring eller at tilstanden vil bli vesentlig forverret ved utskrivning i seg selv være nok til å etablere tvungent vern uten reell utskrivning. Departementet ser det som hensiktsmessig at unntakskriteriet harmoniseres med farekriteriet i lovforslaget § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav b. Departementets forslag innebærer at unntaksbestemmelsen bare skal gjelde situasjoner hvor konsekvensen av en utskrivning vil være at pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse. At det foreligger slik fare må dokumenteres av faglig ansvarlig.

Av hensyn til en streng praktisering av overføringsforbudet bør unntak bare gjøres hvor det foreligger en faretilstand som må antas å vare over noe tid. Dersom pasienten vurderes til å være til alvorlig fare for seg selv eller andre bare for en meget kort tidsperiode, for eksempel et par døgn på grunn av en spesiell hendelse, vil det ikke være naturlig å starte etablering av tvungent vern. I slike tilfeller kan det være en bedre løsning at pasienten holdes tilbake på nødrettslig grunnlag så lenge faresituasjonen består.

Etter departementets vurdering vil det være viktig at kontrollkommisjonene fører kontroll med praktiseringen av forbudet og unntak fra dette. Det foreslås derfor at kontrollkommisjonene i forbindelse med dokumentkontrollen etter § 3-8 første ledd skal forelegges særskilt redegjørelse dersom det er gjort unntak fra forbudet mot overføring.

9.4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

9.4.1 Innledning og gjeldende rett

I henhold til psykisk helsevernloven § 3-1 annet ledd første punktum kan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon brukes hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. I motsetning til den tidligere ordning med tvungent ettervern stilles det ikke krav til at pasienten må ha vært innlagt til tvungent psykisk helsevern i institusjon før det kan treffes slikt vedtak.

Ordningen ble innført i forbindelse med vedtakelsen av gjeldende lov, og var da et av de mest omstridte spørsmål. På grunn av betydelig motstand fra flere høringsinstanser i høringsrunden ble forslaget om at helsepersonellet skulle kunne yte behandling hjemme hos pasienten forlatt.

Et slikt vedtak begrenser seg derfor til å gi pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Dette vil være praktisk i de situasjoner der pasienten bor hjemme, mens det samtidig er nødvendig å gi ham eller henne poliklinisk behandling, for eksempel i form av behandling med legemidler og samtaleterapi. For å kunne gjenvinne eller opprettholde pasientens funksjonsnivå kan det også være aktuelt å iverksette enkelte miljøterapeutiske tiltak i en avdeling på dagtid.

Et vedtak om tvungent psykisk helsevern innebærer ikke i seg selv at pasienten kan behandles mot sin vilje. Utgangspunktet er at pasientens samtykke skal innhentes før behandling kan iverksettes, jf. § 4-4. Hvis pasienten motsetter seg behandling i form av for eksempel medisiner og terapi, og den faglig ansvarlige likevel finner at slik behandling er nødvendig, kan behandlingen bare gjennomføres etter særskilt vedtak om behandling uten eget samtykke. Vedtaket kan påklages til Helsetilsynet i fylket.

I § 3-1 annet ledd første punktum presiseres at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold bare skal etableres hvor dette framtrer som et bedre alternativ for pasienten, og betydningen av dette er understreket i lovens forarbeider, se blant annet Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 7.1.5.3 og Innst.O. nr. 73 (1998-1999) s. 21. Før et slikt vedtak fattes må det derfor foretas en grundig helhetsvurdering som innebærer hvorvidt pasienten behøver den døgnkontinuerlige omsorg og behandling som et institusjonsopphold vil kunne gi, eller om vernet tilstrekkelig kan ivaretas mens pasienten har opphold i egen bolig. Under denne vurderingen må den institusjonen som skal ha ansvaret for vernet også forsikre seg om at det lokale behandlingsapparatet har personell og ressurser forøvrig som gjør dette forsvarlig.

9.4.2 Erfaringer med praktiseringen av ordningen

På oppdrag fra Norges forskningsråd har SINTEF Helse utarbeidet en rapport om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2002. Rapporten fra 1. mars 2004 avdekket sviktende tallmateriale fra poliklinikkene. Tallene for overføring fra døgninstitusjoner til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold viser at 900 av 1100 totalt ble foretatt fra sykehus. Gruppen kjennetegnes av en større andel menn (56 prosent) enn de øvrige utskrivningene (46 prosent). Andelen er også høyere enn andelen menn som ble innlagt til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (51 prosent). Gruppen er mer utpreget middelaldrende enn de øvrige grupper, med tyngdepunkt i aldersgruppen 30 til 49 år. For etablering av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold er andelen under 30 år langt høyere. Et betydelig flertall av de registrerte har en schizofrenidiagnose (86 prosent).

9.4.3 «Bopel»-kriteriet – når kan denne tvangsformen benyttes?

Sosial- og helsedirektoratet har mottatt flere henvendelser både fra institusjoner, kontrollkommisjoner og fylkesmenn om hva tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan innebære. Det gjennomgående temaet i henvendelsene er spørsmålet om hvor pasienter kan oppholde seg når de er underlagt et slikt vedtak, ettersom lovens krav er at slikt vern skal gjennomføres mens pasienten har opphold på «egen bopel».

Departementet har tolket bestemmelsen til også å omfatte opphold på kommunal institusjon, hvor det er pleie og omsorg, og ikke behandling som er det fremtredende. Det springende spørsmål har vært hvorvidt slikt tvangsvedtak kan fattes også overfor pasienter som har frivillig opphold i institusjon i spesialisthelsetjenesten som ikke er godkjent for bruk av tvang. Dette spørsmålet er ytterligere aktualisert etter Rusreformen, hvorefter også tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk er en spesialisthelsetjeneste, og opphold i rusinstitusjon dermed også vil kunne anses å diskvalifisere for bruk av § 3-1 annet ledd.

Det kanskje viktigste argumentet mot å utvide bopelskriteriet har vært frykten for utvanning av godkjenningsordningen, det vil si kravet i § 3-1 første ledd om at tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal skje i institusjon godkjent for formålet. En omgåelse av dette kunne innebære et kvalitativt dårligere tilbud for pasienter som er i behov av (tvungen) institusjonsbehandling. Dette var en vesentlig del av skepsisen og kritik-

ken mot dagens lovbestemmelse ved forrige lov-revisjon.

Enkeltsaker har imidlertid også vist at hensynet til gode og fleksible løsninger for pasienten og redusert tvangsbruk kan tale for en utvidelse av bopelbegrepet. Her skal nevnes to eksempler hvor spørsmålet har kommet på spissen:

- En del pasienter som har vært på institusjon godkjent for døgnopphold, kan ha behov for å bo på en institusjon nærmere hjemmet i en overgangsfase før de flytter til egen bolig.
- Noen pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og som bor hjemme, vil ha behov for å kunne oppsøke institusjoner som ikke er godkjent for døgnopphold i akutte situasjoner og for korte opphold. Et slikt lavterskeltilbud kan være en forutsetning for at pasienten i det hele tatt kan bo hjemme.

9.4.4 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet to lovendringer når det gjelder tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. For det første ble det foreslått at kravet til at pasienten skulle bo på egen bopel ble tatt ut av lovteksten. For det andre ble det foreslått en presisering av hensynet til pårørende som pasienten bor sammen med når det gjelder spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

9.4.5 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstanser som uttaler seg vedrørende forslaget til å fjerne bopel- kriteriet støtter departementets forslag. Blant disse instansene er *Statens Helsetilsyn*, *Sosial- og helsedirektoratet*, *Den norske Advokatforening*, *Norsk Psykologforening* og *Fylkesmannen i Oslo og Akershus*.

We Shall Overcome og *Aurora Støtteforening* er blant høringsinstansene som går imot forslaget. Organisasjonene er sterkt uenig i enhver form for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. *Universitetet i Tromsø* går også i mot forslaget og uttaler:

«Det er vesensforskjellig mellom det å kunne bo i eget hjem og det å bo på institusjon. Forslaget vil innebære en utvanning av de krav til materiell og faglig standard som må være oppfylt for å kunne iverksette tvungent psykisk helsevern på institusjon.»

Når det gjelder forslaget om å presisere hensynet til pårørende pasienten bor sammen med i lovteksten var det svært få høringsinstanser som

uttalte seg om dette. *Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri og Barneombudet* er blant høringsinstansene som støtter en slik bestemmelse.

9.4.6 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering taler sterke hensyn for å åpne for at pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan ha opphold i institusjon, også institusjoner som er en del av spesialisthelsetjenesten.

Departementet ser at det kan være frykt for at pasienter som i realiteten har behov for de ressurser som det stilles krav til gjennom godkjenningsordningen etter § 3-1 plasseres ved institusjoner som ikke er godkjent for bruk av tvang av ressursmessige årsaker. Slik tilpasning er det imidlertid flere bestemmelser i loven som skal fange opp. Det er i utgangspunktet et krav til tvungent vern uten døgnopphold at det skal være et bedre alternativ for pasienten enn tvang med døgnopphold, jf. § 3-1 annet ledd (lovforslaget § 3-5 tredje ledd). Videre er det stilt krav til tilstrekkelig faglig og materiell kvalitet ved tilbudet gjennom psykisk helsevernloven § 3-2 (lovforslaget § 3-3 første ledd nr. 4). Også kravet til helhetsvurdering i § 3-3 tredje ledd (lovforslaget § 3-3 første ledd nr. 6) innebærer at pasienten ikke skal gis et institusjonstilbud som ikke er tilfredsstillende i forhold til pasientens behov.

På denne bakgrunn mener departementet at det ikke bør oppstilles absolutte grenser for hvor pasienten kan oppholde seg mens vedkommende er underlagt denne formen for tvang. Her er det viktig å se hen til hva tvangen består i – den består kun i at pasienten kan pålegges å møte til behandling. Det gir ikke grunnlag for tilbakehold i institusjon. Tvangsformen er med andre ord ment for pasienter som ikke har behov for å holdes tilbake i institusjon, men som vil ha det bedre med et pålegg om å møte til behandling. Vedtaksformen skal ikke brukes dersom det hyppig blir behov for faktisk å avhente pasienten. Forutsetningen er derfor at pasienten som hovedregel selv følger pålegget om å møte til behandling. Departementet vil videre presisere at det vil være utelukket å anvende denne tvangsformen for pasienter som ikke har et bosted. I disse tilfellene vil ikke et slikt vedtak være et bedre alternativ enn døgnopphold.

På denne bakgrunn foreslår departementet at kravet til at pasienten bor på egen bopel tas ut av lovteksten, jf. lovforslaget § 3-5.

Departementet mener også at høringsrunden gir støtte for å presisere forholdet til pårørende som pasienten bor sammen med. Det å være pårørende til en alvorlig psykisk syk person kan være

en stor belastning. For pårørende som pasienten bor sammen med vil belastningen kunne bli større dersom pasienten skal bo hjemme, selv om dette alternativet isolert sett vil være den beste løsningen for pasienten. Etablering av tvungent vern uten døgnopphold innebærer en risiko for at pasienten kan bli avhentet i eget hjem ved bruk av makt, i noen tilfeller ved bruk av uniformert politi. Dette vil kunne oppleves svært belastende, også for pasientens pårørende. Særlig barn vil være sårbare i en slik situasjon. Ved etablering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold må det derfor foretas en avveining av hensynene til henholdsvis pasienten og de pårørende som pasienten bor sammen med.

Etter departementets syn bør det av den grunn presiseres i lovens ordlyd at det ved vurderingen av om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon skal etableres også skal tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med, se lovforslaget § 3-5.

9.5 Hjemmel for utvidet observasjonstid i unntakstilfeller

9.5.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Dersom en person er undersøkt av lege, og det fortsatt er tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger kan det treffes vedtak om tvungen videre undersøkelse, også kalt observasjon, dersom pasienten motsetter seg slik undersøkelse. Etter gjeldende rett er det også vilkår om at det må foreligge en begjæring om observasjon og at frivillighet må være forsøkt eller vurdert som åpenbart formålsløst.

I forbindelse med forrige lovrevisjon ble lengste tillatte observasjonstid kortet ned fra tre uker til 10 dager, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd. Bakgrunnen for at observasjonstiden ble forkortet var hensynet til pasientens rettssikkerhet.

I forbindelse med evalueringen av kontrollkommisjonene kom det frem at observasjonstiden i enkelte tilfeller kunne være for kort til å foreta en tilstrekkelig utredning av pasienten. En av kontrollkommisjonene uttaler at:

«Antallet akutte «dobbeltdiagnosetilfeller» er økende. Det dreier seg gjerne om unge mennesker som legges inn til observasjon etter § 3-6 og blir utskrevet etter noen dager, bl.a. fordi det ikke er mulig å skille rus symptomer fra symptomer på psykisk lidelse i løpet av en 10 dagers periode. Som følge av dette blir en rekke unge mennesker «svingdørspasienter»

gjennom flere år før alvorlig psykisk sykdom kan konstateres.»

9.5.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det reist spørsmål ved om det var behov for å åpne for unntak fra den absolutte fristen på 10 dager for observasjon. Det ble ikke foreslått noen konkret lovendring, men antydning at et slikt unntak kunne gjøres avhengig av godkjenning fra kontrollkommisjonens leder og bare kunne benyttes dersom «særlige grunner» tilsa det.

9.5.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansenes syn på å åpne for unntak fra observasjonsfristen er delte. Ingen instanser ønsker en generell utvidelse av gjeldende frist på 10 dager.

Flere høringsinstanser mener at dagens frist er tilstrekkelig. Blant disse instansene er *We Shall Overcome*, *Diakonhjemmet Sykehus* og *Innlandet Sykehus*. *Sosial og helsedirektoratet* mener at det overfor pasienter med rusproblematikk vil kunne være vanskelig å utelukke rus som årsaken til en tilstand i løpet av 10 dager. Likevel mener direktoratet det likevel ikke bør åpnes for unntak fra 10-dagersfristen av hensyn til faren for misbruk av unntaket.

Enkelte andre instanser som *Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner*, *Aker universitetssykehus HF* og *Landsforbundet Mot Stoffmisbruk* mener derimot at det er behov for en unntaksbestemmelse.

Aker universitetssykehus HF uttaler:

«Stort sett har dagens bestemmelse om observasjonstid på opptil 10 dager vært uproblematisk. Det finnes imidlertid, særlig overfor pasienter med rusmisbruk, et behov for utvidet observasjonstid utover gjeldende 10 dager. Avrusning tar tid, og det kan være vanskelig å få gjort en forsvarlig vurdering innen 10 dager. Vi vil derfor støtte forslaget om å åpne for en utvidelse av observasjonstiden i særlige tilfeller.»

9.5.4 Departementets vurdering og forslag

Departementet har i utgangspunktet vært skeptisk til å utvide observasjonstiden. Observasjonstiden er kort av hensyn til pasientens rettssikkerhet. Observasjon gjennomføres fordi det ikke er godt gjort at vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger. Ikke minst av hensyn til EMK artikkel 5 bør derfor observasjonstiden være kortest mulig. En adgang til forlengelse av observasjonstiden

kunne innebære en risiko for at institusjonene endrer prioriteringene og ikke sørger for en så rask utredning som mulig.

Det er likevel svært uheldig om observasjonstiden er så kort at den ikke gir rom for en forsvarlig utredning. På bakgrunn av innspill i forbindelse med evalueringen av kontrollkommisjonene, samt høringsrunden synes det å være tilfeller hvor 10-dagersfristen er for kort. Dette gjelder særlig saker hvor pasienten både har rusrelaterte og psykiske lidelser, og hvor det er uklarhet rundt årsaksammenhengen.

Departementet foreslår derfor at det lovfestes en unntaksbestemmelse i § 3-2. Departementet har ikke fått konkrete innspill på hvor lang utvidelse som vil være nødvendig. Etter departementets syn bør det settes en absolutt begrensning også her, samtidig som unntaksbestemmelsen bør gi tilstrekkelig tid til å få avklart pasientens tilstand. Etter forslaget skal det kunne gis forlengelse av observasjonstiden på inntil 10 dager dersom det anses strengt nødvendig av hensyn til pasientens tilstand. Det foreslås at kontrollkommisjonens leder må samtykke til en slik utvidelse, som må gis før den ordinære tidsfristen har utløpt. De strenge kriteriene for unntak og kravet til samtykke fra kontrollkommisjonens leder er etter departementets vurdering tilstrekkelig til å ivareta pasientens rettssikkerhet.

9.6 Opphevelse av bestemmelsen om oppsettende virkning i forbindelse med vedtak om utskrivning uten klage

9.6.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Faglig ansvarlig har til enhver tid plikt til å vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er tilstede. Dersom vilkårene ikke er tilstede skal vedkommende treffe vedtak om at pasienten skrives ut, jf. psykisk helsevernloven § 3-9 annet ledd. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungent psykisk helsevern kan påklage den faglig ansvarliges vedtak, jf. § 3-9 fjerde ledd. Klagen skal gis oppsettende virkning, det vil si at vedtaket ikke kan iverksettes før klagesaken er avgjort. Bestemmelsen går lenger enn forvaltningslovens bestemmelse om utsatt iverksetting i forvaltningsloven § 42 ved at klage alltid skal medføre utsatt iverksetting av vedtaket. Etter forvaltningsloven § 42 vil kontrollkommisjonen som klageorgan kunne beslutte at vedtak skal ha oppsettende virkning, men da etter en skjønnsmessig vurdering.

9.6.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å oppheve reguleringen av den oppsettende virkning i slike klagesaker. Departementet la til grunn at det som regel ikke vil være pasienten som klager i slike tilfeller, og at det vil være problematisk å holde pasienten tilbake når faglig ansvarlig har funnet at vilkårene for tvang ikke er tilstede.

9.6.3 Høringsinstansenes syn

Svært få høringsinstanser uttaler seg om dette forslaget.

Sosial og helsedirektoratet og *Helsetilsynet i Vest-Agder* er blant høringsinstansene som støtter forslaget. *Helsetilsynet i Vest-Agder* uttaler:

«Vi støtter forslaget om opphevelse av bestemmelsen om oppsettende virkning ved klage på vedtak om utskrivning. Etter vår vurdering er bestemmelsen i dag problematisk både i forhold til legalitetsprinsippet, i forhold til prinsipp om forsvarlighet, og ut fra prinsippet om at helsepersonell skal ta avgjørelser i behandlingsmessige spørsmål.»

Oslo Politidistrikt gir derimot ikke støtte til endringsforslaget. Politidistriktet uttaler:

«Dagens ordning er naturlig og betryggende med tanke på det samfunnsansvar vi forvalter. Vi finner det lite hensiktsmessig at leder for kontrollkommisjonen i hvert klagetilfelle må vurdere spørsmålet om oppsettende virkning. Det burde eventuelt være tilstrekkelig å innføre en regel om at lederen kan beslutte at det ikke skal gis oppsettende virkning, men dette bør bare være aktuelt dersom den faglig ansvarlige finner at grunnvilkåret om at pasienten skal ha en alvorlig sinnslidelse ikke er oppfylt.»

9.6.4 Departementets vurdering og forslag

Det vil sjelden være aktuelt at pasienten selv påklager et vedtak om opphevelse av det tvungne vernet. Bestemmelsen sikrer derfor først og fremst at vedtaket om opphør av det tvungne vernet ikke iverksettes i tilfeller hvor andre enn pasienten selv mener at vedkommende fortsatt bør være under tvungent psykisk helsevern. Det kan for eksempel være foreldrene som klager på utskrivningen av deres 19 år gamle datter eller offentlig myndighet som mener vedkommende er for syk til å utskrives.

Den aktuelle bestemmelsen innebærer at en person som faglig ansvarlig mener ikke fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern, likevel kan tilbakeholdes og eventuelt tvangsbehandles i institu-

sjon. Situasjonen har likhetstrekk med observasjon, ettersom det heller ikke under observasjonstiden er klarlagt om vedkommende fyller vilkårene for tvungent vern. Likevel innebærer det en vesentlig forskjell at faglig ansvarlig har truffet vedtak om opphør av det tvungne vernet fordi vilkårene ikke lenger er tilstede. Dette vil faglig ansvarlig ha godt grunnlag for å vurdere på bakgrunn av at pasienten allerede har vært underlagt tvungent psykisk helsevern. Sannsynligheten for at vilkårene faktisk ikke er tilstede er derfor langt større i disse tilfellene enn i observasjonstilfellene.

Dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt svekkes grunnlaget for å bruke tvang overfor pasienten. Også menneskerettslige forpliktelser, særlig EMK artikkel 5 og artikkel 8 tilsier at man skal være varsom med bruk av tvang i slike grensetilfeller.

Det finnes imidlertid også hensyn som kan tale for at vedtaket gis oppsettende virkning. For eksempel kan ressurs hensyn være den egentlige årsaken til at personer som fyller vilkårene for tvungent vern skrives ut. Dette vil innebære uriktig bruk av § 3-9 annet ledd i gjeldende psykisk helsevernlov, og vil ofte være i strid med kravet til faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Etter departementets vurdering gir imidlertid forvaltningsloven § 42 en tilstrekkelig adgang til å gi vedtaket oppsettende virkning i de tilfeller hvor dette fremstår som nødvendig. Sakene vil imidlertid ofte ha hastekarakter. Det er derfor grunn til at kontrollkommisjonens leder skal kunne ta denne beslutningen alene. Departementet foreslår derfor en lovfesting av at kontrollkommisjonens leder kan beslutte utsatt iverksetting i § 3-7 fjerde ledd.

9.7 Presisering av retten til å uttale seg

9.7.1 Bakgrunn og gjeldende rett

I psykisk helsevernloven § 3-12 er det lovfestet en rett for pasienten til å uttale seg for det treffes vedtak etter lovens kapittel 3. Uttaleretten gjelder blant annet spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern, samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet.

Flere høringsinstanser peker i sine uttalelser på viktigheten av at pasientens syn får komme til uttrykk og bli lagt til grunn i vurderingen av spørsmålet om bruk av tvang. Dette er også i tråd med grunnleggende rettssikkerhets- og pasientrettighetsprinsipper.

9.7.2 Departementets vurdering og forslag

Spørsmålet om en presisering av retten til å uttale seg var ikke omtalt i høringsnotatet. På bakgrunn av inntrykket fra tilbakemeldingene fra høringsinstansene mener likevel departementet det er grunn til å foreta en slik presisering av at opplysningene skal nedtegnes og vektlegges i forbindelse med vedtaket, se forslaget til nytt annet ledd i § 3-9. Presiseringen vil ikke innebære noen realitetsendring i forhold til gjeldende rett, men en tydeliggjøring som skal bidra til at uttaleretten blir så reell som mulig. At pasientens syn skal vektlegges innebærer ikke at pasientens syn er bindende, men pålegger faglig ansvarlig en særskilt forpliktelse til å vurdere de synspunkter på alternative løsninger pasienten eller pårørende måtte ha. Videre mener departementet uttaleretten bør synliggjøres som et eget punkt i vilkårene for henholdsvis tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern jf. §§ 3-2 og 3-3 i lovforslaget.

9.8 Opphevelse av klageadgang til Sosial- og helsedirektoratet i psykisk helsevernloven § 3-11

9.8.1 Gjeldende rett og problemstilling

I psykisk helsevernloven § 3-11 er det lovfestet en klageadgang til Sosial- og helsedirektoratet på kontrollkommisjonens vedtak om ikke å innlegge en person som søkes overført fra annen institusjon eller anstalt. Bestemmelsen gjelder bare overføring som søkes for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Videre gjelder bestemmelsen bare søknad om overføring mellom ulike regionale helseforetak, i tillegg til innsatte i fengselsvesenets anstalter. Klageberettiget er pasienten og vedkommende faglig ansvarlige dersom pasienten allerede er i institusjon i det psykiske helsevernet. Dersom vedkommende er i fengsel er det den innsatte selv eller den ansvarlige fengselsmyndighet som har klagerett.

Det følger videre av bestemmelsen at Sosial- og helsedirektoratet ikke kan omgjøre kontrollkommisjonens vedtak dersom det er begrunnet med at den syke ikke oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 første ledd. Dette innebærer at direktoratet ikke kan prøve om hovedkriteriet om alvorlig sinnslidelse eller tilleggskriteriene foreligger. Direktoratet kan imidlertid overprøve hensiktsmessigheten eller rimeligheten av vedtaket.

Bestemmelsen er en videreføring av en tilsvarende bestemmelse i 1961-loven. Den ble utformet

på bakgrunn av at man hadde erfart problemer med å få overført personer fra fengselsvesenets anstalter til institusjoner i det psykiske helsevernet. Avslagene ble ofte begrunnet med mangelfulle ressurser når det gjaldt personell og lokaliteter, med fare for personalets og de andre pasientenes sikkerhet til følge. Avslagene ble også begrunnet med fare for ødeleggelse av behandlingsmiljøet.

Sosial- og helsedirektoratet har overfor departementet opplyst at det ikke har vært fremmet klager etter denne bestemmelsen etter at loven trådte i kraft 1. januar 2001.

9.8.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått å oppheve klageadgangen. Dette ble begrunnet med at den ikke er benyttet etter at loven trådte i kraft, samt at det er andre bestemmelser som har til hensikt å avhjelpe de situasjoner klageretten gjelder.

9.8.3 Høringsinstansenes syn

Svært få høringsinstanser har uttalt seg om forslaget. *Sosial- og helsedirektoratet* støtter forslaget til lovendring.

9.8.4 Departementets vurdering og forslag

Det faktum at bestemmelsen ikke blir benyttet viser at den ikke har særlig praktisk betydning. Dette skyldes antakelig både at det har blitt bedre samhandling mellom fengselsmyndighetene og institusjoner i det psykiske helsevernet, og dels at det er andre virkemidler og lovbestemmelser som er bedre egnet i de tilfeller hvor vedkommende ikke får et tilbud fra helsetjenesten. Etter departementets vurdering skal retten til helsehjelp sikre at også den gruppen bestemmelsen i utgangspunktet ble utarbeidet for å hjelpe, får et tilbud fra helsetjenesten hvor dette er nødvendig. Dersom ikke pasienten gis helsehjelp etter å ha anmodet om det, kan det fremmes klage til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2. Etter departementets vurdering er det pasientrettighetslovens system som bør benyttes. Også hensynet til forenkling tilsier at denne særreguleringen fjernes. Departementet foreslår derfor at bestemmelsen oppheves.

10 Forslag til endringer i kapittel 4 – Gjennomføring av psykisk helsevern

10.1 Skjerming

10.1.1 Gjeldende rett

Skjerming ble først regulert i forbindelse med forrige lovrevisjon i 1999 på bakgrunn av en henvedelse fra Sivilombudsmannen. Skjerming ble praktisert også forut for lovreguleringen, men uten at det var knyttet materielle eller formelle vilkår til praksisen.

Etter psykisk helsevernloven § 4-3 kan pasient som lider av sterk uro eller som har utagerende adferd holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Dersom tiltaket opprettholdes ut over 48 timer skal det treffes vedtak. Dersom det ikke er truffet nytt vedtak etter tre uker bortfaller vedtaket.

10.1.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått å redusere fristene for skjermingsvedtak. Fristen for når skjermingsvedtak skal treffes ble foreslått redusert fra 48 til 24 timer, mens fristen for bortfall av vedtaket ble foreslått redusert fra tre til to uker. I tillegg til de konkrete lovendringsforslagene reiste departementet et åpent spørsmål om hvorvidt det var behov for endringer av kriteriene for skjerming.

10.1.3 Høringsinstansenes syn

15 høringsinstanser uttaler seg vedrørende spørsmålet om skjerming.

Synspunktene på forslagene til fristreduksjoner er svært varierte. Det er vanskelig å utlede tendenser i synspunktene blant de ulike grupper høringsinstanser. For eksempel argumenteres det helt ulikt blant institusjonene i det psykiske helsevernet. Som eksempel kan nevnes *Diakonhjemmet sykehus* som uttaler:

«En reduksjon av skjermingsvedtaksperioden fra 3 til 2 uker er fornuftig, da dette som regel er tilstrekkelig til å avklare behandlingssituasjoner som krever skjerming. En reduksjon fra

48 timer til 24 timer synes uhensiktsmessig og byråkratisk, da pasienter med rusrelatert forvirring krever >24 timer, men > 48 timer for avklaring av behovet for videre skjerming.»

Sykehuset Innlandet HF uttaler derimot:

«Sykehuset finner å kunne støtte forslaget om at vedtak om skjerming skal fattes ved skjerming utover 24 timer i det det kan sies at skjerming i inntil 48 timer er urimelig lenge uten at det er fattet vedtak i saken. En kan imidlertid ikke se at det er grunn til å endre bestemmelsen om at vedtak kan gjøres for inntil 3 uker av gangen. Sykehuset Innlandet vil derfor ikke støtte departementets vurdering på dette punktet.»

Når det gjelder spørsmålet om kriterier for skjermingsvedtak har enkelte av høringsinstansene gitt innspill også på dette.

Den norske lægeforening uttaler:

«Legeforeningen anser at skjerming kan være et adekvat tiltak også i forhold til pasienter som ikke utviser «sterk uro» eller «utagerende adferd», men som f. eks. verbalt gir uttrykk for å kunne påføre seg selv eller andre skade.»

Diakonhjemmet sykehus uttaler:

«Begrepeu sterk uro og utagerende adferd er for snevre for å favne det som omfattes av skjerming. Den behandlingssbegrunnede skjerming, som tar utgangspunkt i pasientens behov for stimulusreduksjon, favnes ikke av dette.»

10.1.4 Innspill fra Sosial- og helsedirektoratet

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Sosial- og helsedirektoratet foretatt en nærmere vurdering av behovet for endringer i regelverket om isolering og skjerming. Bakgrunnen for oppdraget var blant annet tallmateriale som tydet på reduksjon i bruk av isolering og økning i bruk av skjerming. Vurderingene ble i hovedsak basert på innhentede erfaringer fra et utvalg fagmiljøer.

Direktoratet foretok for det første en vurdering av om definisjonen av isolering var hensiktsmes-

sig. Departementet hadde i høringsnotatet reist spørsmål ved om låst dør mellom pasienten og personalet burde forbyes, eller om isolasjonsbestemmelsen også skulle omfatte tilfeller hvor døren ikke var låst mellom pasienten og personalet.

Etter direktoratets vurdering vil det være helt nødvendig å låse eller stenge døren mellom pasient og personale i noen få nødsituasjoner. Direktoratet mener derfor at isolasjon etter dagens definisjon ikke bør forbyes av hensyn til pasientens rettsikkerhet. I erfaringsinnhentingene fikk imidlertid direktoratet innspill på at det forekommer nødsituasjoner hvor pasienten stenges inne på eget rom ved at døren holdes lukket eller låses uten at det regnes som skjerming av institusjonen. Direktoratet anbefaler på denne bakgrunn at loven endres slik at også tilfeller hvor døren holdes fysisk lukket omfattes av definisjonen.

For det andre foretok direktoratet en vurdering av om bestemmelsen om skjerming var hensiktsmessig, herunder formålskriteriene for bruk av skjerming. Direktoratet fant at det kan være en uklar grense mellom skjerming som behandlingstiltak og skjerming som skadeforebyggende og direkte skadeavvergende tiltak. Direktoratet mener skjerming kan være et hensiktsmessig og mindre inngripende tiltak for å forhindre at det oppstår akutte nødsituasjoner. Dette tilsier at formålsangivelsen bør beholdes. Likevel mener direktoratet at noen skjermingstiltak vil være av en såvidt inngripende karakter med elementer av tvang at det bør vurderes om sterkere rettsikkerhetsgarantier er nødvendig.

Direktoratet anbefaler videre en forskriftsregulering av skjerming. Slik regulering er etterlyst av flere av institusjonene som deltok i erfaringsinnhentingene.

10.1.5 Departementets vurdering og forslag

Lovfestingen av bestemmelsen om skjerming vakte betydelig motstand fra enkelte fagmiljøer da den ble innført i gjeldende psykisk helsevernlov. En del av kritikken mot bestemmelsen var at den ville medføre en forskyvning av ressurser fra klinisk arbeid til utarbeidelse av vedtak.

Ressurshensynet gjør seg fortsatt gjeldende. Likevel må dette veies opp mot hensynet til pasientens rettsikkerhet. I enkelte situasjoner ligger det et element av tvang i tiltaket, selv om det ikke er regnet som et tvangsmiddel. I de mest inngripende tilfellene kan skjerming være tilnærmet like inngripende som isolasjon, bortsett fra at det ved skjerming ikke vil være anledning til å ha låst dør mellom pasienten og helsepersonellet.

Pasienter under frivillig psykisk helsevern skal ikke kunne tilbakeholdes, og skjermingstiltak overfor disse må derfor praktiseres slik at det ikke innebærer utgangshindring. Likevel vil også pasienter under frivillig psykisk helsevern kunne oppleve skjerming som inngripende.

Skjerming og isolasjon har ulikt formål. Likevel vil det kunne være en glidende overgang mellom tilfeller hvor det er behov for skadeavvergende tiltak i akutsituasjoner, hvor tvangsmidler etter § 4-8 er aktuelle å benytte, og hvor det er behov for skjerming av hensyn til medpasienter.

Etter departementets vurdering tilsier hensynet til pasientens rettsikkerhet at så inngripende tiltak som skjerming kan være, ikke bør kunne gjennomføres så lenge som 48 timer før det treffes vedtak. Dersom det stilles krav til vedtaksfesting vil ulovlig bruk lettere kunne identifiseres. Pasienten vil i mange tilfeller kunne oppleve skjerming over et kortere tidsrom som inngripende.

Ettersom innholdet av skjermingstiltaket er så vidt varierende har departementet funnet grunn til å differensiere vedtaksfristene i forslaget til § 4-3. Det foreslås at det som utgangspunkt skal treffes vedtak dersom skjermingen opprettholdes over 24 timer. Dersom pasienten plasseres i skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet skal det treffes vedtak når skjerming opprettholdes over 12 timer. Det foreslås også at fristen for å treffe nytt skjermingsvedtak senkes fra tre til to uker.

Når det gjelder kriteriene for å iverksette skjerming viser høringsrunden at lovens kriterier ikke er treffende for de tilstander som i mange tilfeller vil kreve skjerming. Med unntak for de tilfeller hvor hensynet til andre pasienter gjør skjerming påkrevd vil det som hovedregel være pasientens behov for stimulireduksjon som tilsier skjermingsvedtak. Departementet foreslår derfor et mer generelt kriterium ved at tiltaket gjøres avhengig av at vedkommende har en psykisk tilstand eller utagerende atferd som gjør skjerming nødvendig.

10.2 Bruk av tvang i behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser

10.2.1 Innledning

Behandling av spiseforstyrrelser er omtalt i flere dokumenter som foreligger fra de sentrale helsemyndigheters side. I *St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, har vedlegg 1 en redegjørelse for diagno-

ser, forekomst og behandling av psykiske lidelser. Når det gjelder barn og unge med psykiske lidelser og problemer, heter det at spiseforstyrrelser kan ha form av anoreksi eller bulimi, og vanligvis inntreffer i ungdomsalderen. Under kapitlet om voksne og spiseforstyrrelser framholdes det blant annet at de fleste pasientene behandles uten innleggelser. Ved alvorlige tilfeller av anoreksi kan innleggelse i sykehus være nødvendig, og i de mest alvorlige tilfellene må det etableres et samarbeid mellom somatiske og psykiatriske avdelinger. Det pekes på at ulike former for psykoterapi benyttes i behandlingen av personer med spiseforstyrrelser, at familiebehandlingen har vært sentral og at et økende antall pasienter i de senere år har blitt behandlet medikamentelt i tillegg til annen terapi.

Manglende sykdomsinnsikt og dermed manglende motivasjon for behandling tilhører sykdomsbildet. Behandling av spiseforstyrrelser vil som regel la seg gjennomføre med pasientens samtykke, men i enkelte tilfeller motsetter pasientene seg behandling. Spørsmålet blir da i hvilken grad pasienten kan behandles med bruk av tvang.

Selv om det er iverksatt en del tiltak for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen er det fortsatt behov for en samordnet satsing på dette fagfeltet i årene som kommer. Behandlingstilbudet har vært utilstrekkelig, og forebyggende arbeid har vært fragmentert og i liten grad evaluert.

Statens helsetilsyn ga i 2000 ut retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, IK-2714. I disse retningslinjene berøres ulike aspekter ved behandlingen av spiseforstyrrelser, herunder spørsmålet om bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Etter Helseilsynets vurdering var det rettslige grunnlaget for bruk av tvang i behandlingen uklart. Etter omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltningen i 2002 er det Sosial- og helsedirektoratet som nå har ansvar for retningslinjene på dette området.

Det har vært etterlyst et klarere grunnlag for bruk av tvang i behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser, blant annet av Statens helsetilsyn i tilsynsmeldingen for 2002, s. 31:

«Helsetilsynet ønsker et klarere lovverk på området, som også sikrer pasientenes mulighet til å påklage tvangsvedtak på en bedre måte.»

10.2.2 Oversikt over gjeldende rett

10.2.2.1 Utgangspunkt – krav til samtykke

Det grunnleggende utgangspunkt for all medisinsk og psykiatrisk behandling er pasientens

informerte samtykke. Også for behandling av spiseforstyrrelser er derfor den klare hovedregel at behandling ikke kan skje uten at pasienten er gitt tilstrekkelig informasjon og har gitt sin aksept. Dersom vedkommende passivt avfinner seg med ulike behandlingstiltak, vil dette kunne oppfattes som et uttrykk for stilltiende samtykke som er anerkjent i norsk rett, jf. pasientrettighetslovens § 4-2.

10.2.2.2 Helsehjelp i akutte situasjoner

For pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser er blant annet risikoen for organsvikt og andre livstruende tilstander betydelig. Dette innebærer at det kan bli aktuelt å yte helsehjelp mot pasientens vilje for å avverge livsfare eller alvorlig skade, jf. helsepersonellovens § 7. Bestemmelsen er basert på nødrettslige betraktninger, og helsepersonellet har bare rett og plikt til å intervenere mot pasientens vilje i tilfeller hvor helsehjelpen er «påtrengende nødvendig», dvs. i hovedsak ved livstruende tilstander og hvor det er fare for alvorlig skade dersom helsehjelpen ikke gis. Bestemmelsen gir ikke hjemmel for å etablere et behandlingsopplegg som i tid strekker seg ut over det som er nødvendig for å avverge den akutte faren for pasientens helsetilstand.

10.2.2.3 Behandling mot pasientens vilje – pasienter under 16 år

For pasienter under 16 år kommer ikke reglene om bruk av tvang til anvendelse. Behandling i det psykiske helsevernet av pasienter under 16 år er basert på foreldrenes samtykke, også om pasienten ikke gir samtykke. Dersom foreldrene gir samtykke, men barnet er over 12 år og ikke er enig i tiltaket, skal imidlertid spørsmålet om etablering av det tvungne vernet bringes inn for kontrollkommissjonen, se om dette punkt 8.2.

Psykisk helsevernloven § 2-2 første, jf. tredje ledd representerer en begrensning i foreldrenes rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av sine barn. Det kan stilles som vilkår om at foreldrene samtykker til at pasienten kan bli tilbakeholdt etter reglene om tvungen psykisk helsevern inntil tre uker fra etableringen av vernet.

Dersom foreldrene ikke vil gi samtykke til undersøkelse eller behandling er det tvangshjemlene i barnevernlovens regler som må benyttes om barnet skal gis helsehjelp utenfor de akutte situasjonene som omfattes av helsepersonellovens § 7. Barnevernloven § 4-10 gir hjemmel for at fylkesnemnda for sosiale saker kan treffe vedtak om

medisinsk undersøkelse og behandling i tilfeller hvor foreldrene ikke samtykker.

10.2.2.4 Etablering av tvungen psykisk helsevern for pasienter over 16 år

Hvorvidt tvangsbehandling av alvorlige spiseforstyrrelser kan gjøres i medhold av kriteriene for tvungen psykisk helsevern fremgår ikke verken av psykisk helsevernlovens ordlyd eller forarbeidene til den. Spørsmålet er heller ikke behandlet i Høyesteretts praksis, og rettsstillingen har derfor lenge vært uklar.

10.2.2.5 Grunnvilkåret – alvorlig sinnslidelse

Hovedvilkåret om «alvorlig sinnslidelse» i § 3-3 er videreført fra den forrige lov om psykisk helsevern av 1961, og det er i forarbeidene til gjeldende lov forutsatt at begrepet skal forstås på samme måte som tidligere. Dette innebærer at Høyesteretts praksis både etter den forrige loven og etter gjeldende lov er relevant for tolkingen av begrepet. På bakgrunn av forarbeidene og Høyesteretts praksis omfatter grunnvilkåret som utgangspunkt klare og aktive psykoser, men også visse manifeste avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser. I tillegg innbefattes personer med kronisk psykosesykdom, også i symptomfrie perioder, når symptomfriheten skyldes antipsykotisk medikasjon, jf. Rt. 1993 s. 249.

Spørsmålet om hvorvidt alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser kan falle inn under lovens hovedvilkår har ikke vært forelagt Høyesterett. Den generelle definisjonen viser at det ved vurderingen av om hovedvilkåret er oppfylt ikke i seg selv vil være tilstrekkelig at en pasient har en alvorlig spiseforstyrrelse. Verken bulimi eller anoreksi er med andre ord vanligvis en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand. I enkelte tilfeller kan imidlertid pasientens kroppsoppfatning, selvbilde og/eller virkelighetsoppfatning være så fordreid at vilkåret vil kunne være oppfylt, jf. IK-2714 fra Statens helse-tilsyn. I disse tilfellene må det foretas en konkret helhetsvurdering av pasientens sykdomstilstand og hvilke utslag den gir seg. Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evner at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand. Tvungen tilbakeholdelse etter de aktuelle bestemmelser i psykisk helsevernloven vil derfor kun være aktuelt for en begrenset gruppe av pasienter med spiseforstyrrelser.

10.2.2.6 Tilleggsvilkårene

I tillegg til grunnvilkåret om «alvorlig sinnslidelse» må ett av de såkalte tilleggsvilkår i psykisk helsevernlovens § 3-3 første ledd bokstav a. eller b. være oppfylt. Det såkalte behandlingstvilkåret stiller krav til at ansvarlig institusjon har et behandlingsopplegg å tilby som innebærer at pasienten uten å følge dette vil få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, jf. § 3-3 første ledd bokstav a. Dersom vedkommende er så alvorlig syk at vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt vil antakelig også ofte kriteriet om fare for eget liv eller helse, jf. § 3-3 første ledd bokstav b. være oppfylt.

10.2.2.7 Vilkåret om at tvungen psykisk helsevern skal skje i godkjent institusjon

Etter psykisk helsevernloven § 3-1 er det et vilkår for institusjonsopphold under tvungen psykisk helsevern at det gis ved institusjon godkjent for dette formålet. Godkjenningsordningen har en rettssikkerhetsmessig begrunnelse. Institusjoner som skal benytte tvang i behandlingen må ha særskilt kompetanse og bemanning og egnede fysiske forhold i samsvar med de krav som er satt i *forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungen psykisk helsevern* av 3. november 2000 §§ 3 og 4. I § 6 er det gitt dispensasjonsadgang for institusjoner som ikke fyller forskriftens krav dersom det foreligger «særlige hensyn».

10.2.2.8 Bruk av tvang i behandlingen – tvangs-ernæring

Selv om tvungen psykisk helsevern er etablert, det vil si at pasienten er tvangsinnlagt i institusjon, kan ikke tvangsbehandling gjennomføres uten at det treffes særskilt vedtak om dette etter psykisk helsevernlovens § 4-4. Det er et grunnleggende vilkår for tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven at det er tale om behandling av pasientens psykiske lidelse. Det har knyttet seg tvil til om tvangsernæring er å anse som behandling av den psykiske eller bare den fysiske tilstanden. I høringsnotatet omtalte departementet en faglig vurdering foretatt av Sosial- og helsedirektoratet i 2004:

«Nye vurderinger viser imidlertid at det ikke kan oppstilles vanntette skott mellom en somatisk og en psykisk lidelse. En psykisk lidelse kan få somatiske konsekvenser, hvor en pasient ikke ønsker somatisk behandling på grunn av psykisk lidelse. Dette blir særlig tydelig i forhold til alvorlige spiseforstyrrelser. Som det

nevnt i IS-2714 s. 49 viser forskning også at pasienter ved alvorlig undervekt har en redusert glukosemetabolisme i hjernen, noe som svekker vedkommendes kognitive funksjoner. En tilføring av næring (glucose) vil øke glukosemetabolismen i hjernen og dermed bedre hjernens funksjoner.

På bakgrunn av dette kan næringstilførsel i forhold til denne pasientgruppen også anses som behandling av pasientens alvorlige sinnslidelse. Dette vilkåret er derfor ikke i utgangspunktet i veien for at bestemmelsen kan være et grunnlag for slik behandling.»

Før det kan treffes vedtak om tvangsbehandling må i tillegg følgende vilkår være til stede:

- Frivillighet er forsøkt eller åpenbart formålsløst
- Behandlingen klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis
- Pasienten er tilstrekkelig undersøkt
- Behandlingen vil gi tilstrekkelig effekt
- Behandlingen må ikke innebære et «alvorlig inngrep»

Det er særlig to forhold som bør vies oppmerksomhet når det gjelder tvangsbehandling av alvorlige spiseforstyrrelser i form av tvangsernæring. For det første vil det være et vilkår at det er tale om behandling som det er en betydelig grad av faglig samstemmighet om nytten og forsvarligheten av. For det andre er det et spørsmål om tvangsernæringen innebærer et «alvorlig inngrep» overfor pasienten.

Det har vært et problem at behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser, herunder effekten av bruk av tvang, i liten grad har vært gjenstand for faglig konsensus. Sosial- og helsedirektoratet har iverksatt tiltak for å utvikle større grad av faglig samstemmighet og lik praksis gjennom blant annet et faglig nettverk. Sosial- og helsedirektoratet har videre utarbeidet en rapport om forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Formålet med rapporten er å gi en statusrapport i forhold til mål og tiltak i Strategiplan mot spiseforstyrrelser (1999), samt å gi anbefalinger til helse- og sosialtjenestene i forhold til videre utfordringer. Anbefalingene retter seg i hovedsak mot det organisatoriske nivå.

Grensen mot hva som vil være et alvorlig inngrep overfor pasienten fastlegges etter en skjønnsmessig helhetsvurdering. I vurderingen skal både subjektive og objektive elementer hensyntas, det vil si både hvordan pasienten selv vil oppleve tvangsbruken ut fra egne forutsetninger, men også

inngrepets karakter, varighet, behovet for bruk av fysisk makt i gjennomføringen med videre. Etter departementets vurdering vil alvorlighetskriteriet sette en grense for en del tilfeller av tvangsernæring som behandlingsform. Dette innebærer at det ikke vil være lovlig om det ikke nedfelles særskilte unntak i loven slik det er gjort når det gjelder legemidler, jf. § 4-4 annet ledd i gjeldende psykisk helsevernlov.

10.2.2.9 Rettstilstanden i Sverige og Danmark

I *Danmark* er det gitt en særskilt hjemmel for tvangsernæring i *Bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger*, § 7. Dersom de alminnelige vilkårene for tvungen tilbakeholdelse og tvangsbehandling er til stede kan tvangsernæring benyttes for å redde pasientens liv eller for å unngå en alvorlig risiko for pasientens liv eller helbred.

I *Sverige* anser man også at alvorlige spiseforstyrrelser kan tilfredsstille grunnvilkåret om «allvarlig psykisk störning». Det finnes ingen særskilt hjemmel for tvangsernæring, men regelverket er ikke til hinder for at tvangsernæring kan gjennomføres også utenfor nødrettssituasjonene.

10.2.3 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det fremmet to forslag til lovendringer av betydning for personer med alvorlig spiseforstyrrelser. For det første ble det foreslått en utvidelse av lovgrunnlaget når det gjelder ernæring som behandling uten eget samtykke. Dette ble foreslått regulert som et særskilt unntak fra forbudet mot alvorlige inngrep i psykisk helsevernloven § 4-4. Unntaket skulle gjelde tilfeller hvor næringstilførsel mot pasientens vilje sammen med andre tiltak i behandlingen fremsto som det mest forsvarlige behandlingsalternativ.

Det andre spørsmålet gjelder det institusjonelle kravet i § 3-1 første ledd i gjeldende psykisk helsevernlov om at behandlingen skal foregå ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for bruk av tvang. Det kan for eksempel oppstå behov for at pasienten har midlertidig opphold i medisinsk avdeling av hensyn til forsvarlig overvåkning eller behandling, ettersom den fysiske helsetilstanden til disse pasientene i de fleste tilfeller vil være svært dårlig. Det ble foreslått et unntak fra kravet til at oppholdet må skje i godkjent institusjon dersom midlertidig opphold i annen døgninstitusjon er nødvendig for å kunne gi faglig forsvarlig helsehjelp.

10.2.4 Høringsinstansenes syn

Blant de høringsinstanser som uttaler seg eksplisitt om spørsmålet om grunnlaget for ernæring uten eget samtykke er det bare to instanser som motsetter seg prinsippet om en særskilt lovhjemling av ernæringstilførsel uten pasientens samtykke. *Voksne for Barn* uttaler:

«Etter en helhetsvurdering finner Voksne for Barn at det er tilstrekkelig lovgivning allerede, dersom man betrakter ernæring som legemiddel/ behandling og at det i tillegg utarbeides faglige retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser.»

Mental Helse Norge uttaler:

«Vi kan vanskelig forstå at det her ikke holder med bruk av tvang etter farlighetskriteriet, d.v.s. forslaget § 3-1, punkt 4b.»

Blant de høringsinstanser som uttaler seg positivt til en særskilt regulering av bruk av tvangsernæring ved alvorlige spiseforstyrrelser kan nevnes *Statens helsetilsyn*, *Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening*, *Den norske lægeforening*, *Ullevål universitetssykehus v/ Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri*, *Barneombudet*, *Helsetilsynet i Telemark*, *St. Olavs Hospital* og *Universitetet i Tromsø*. Flere av disse instansene har imidlertid særskilte merknader til hvordan lovgivningen på dette punkt bør utformes.

Helsetilsynet i Telemark mener forslaget er for snevert og bør utvides, slik at også andre tilfeller av spise- eller drikkevegring hos alvorlig sinnslidende omfattes.

Den norske lægeforening viser til at det er mange i den aktuelle pasientgruppen som ikke vil omfattes fordi vilkåret om alvorlig sinnslidelse ofte ikke vil være oppfylt. På denne bakgrunn ber Legeforeningen departementet vurdere om den foreslåtte hjemmel er for snever.

St. Olavs Hospital mener tvangsernæring ikke kan anses som noen form for psykiatrisk behandling, og at hjemmelen derfor ikke bør stå i § 4-4, men nedfelles i en egen bestemmelse.

Universitetet i Tromsø mener det er viktig at lovforslaget ikke medfører en utvidelse av begrepet «alvorlig sinnslidelse».

10.2.5 Departementets vurdering og forslag

Undersøkelse og behandling av alvorlige spiseforstyrrelser bør naturligvis i størst mulig utstrekning gis på grunnlag av pasientens samtykke. Bruk av tvang i undersøkelse og behandling innebærer at det offentlige tar på seg et betydelig ansvar for

enkeltmennesket ved å sette samtykkeretten til side. Det er her spørsmål om å utvide adgangen til bruk av tvang i behandlingen av en pasientgruppe. Dette innebærer at spørsmålet om behovet for bruk av tvang, herunder forholdsmessigheten mellom inngrepet og hva som kan oppnås for pasienten, er blant de grunnleggende vurderinger som må foretas.

10.2.5.1 Hjemmel for ernæring uten eget samtykke

Den pasientgruppen det her er tale om kjennetegnes blant annet ved at pasientene har en lav gjennomsnittsalder. Det er utilfredsstillende å måtte gjøre flere kortvarige behandlingsintervensjoner med hjemmel i nødrettsbetraktninger etter helsepersonellovens § 7. Dette vil ofte resultere i at pasientens tilstand gradvis blir redusert, og vil gjøre faren for død eller betydelig skade større for hver gang pasienten på nytt befinner seg i en kritisk tilstand. På denne bakgrunn er det av avgjørende betydning at det finnes tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag for å iverksette et mer langsiktig behandlingsopplegg med bruk av tvang i de få tilfeller hvor dette er nødvendig.

Grunnvilkåret for all bruk av tvang etter psykisk helsevernloven er alvorlig sinnslidelse, jf. § 3-3 første ledd. Dette strenge kravet til en kvalifisert psykisk lidelse innbefatter de klare, aktive psykoser samt visse manifeste avvikstilstander. Vilket er en grunnleggende etisk og juridisk forutsetning for at psykisk syke menneskers rett til å samtykke skal kunne settes til side i behandlingsoyemed. Departementet vil ikke foreslå endringer i dette vilkåret. Dette innebærer at det fortsatt må foretas en streng, skjønnsmessig vurdering av pasientens tilstand for å avgjøre om lidelsen er av en slik karakter at den må sies å være en alvorlig sinnslidelse.

For de pasienter som har en slik lidelse og som for øvrig fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern gir ikke dagens rettstilstand en tilfredsstillende regulering av grunnlaget for tvangsbehandling i form av næringstilførsel. Vurderingen av hvor grensen går for vedtak om tvangsbehandling er for skjønnsmessig og er egnet til å skape tvil og usikkerhet både hos pasient, pårørende og behandlingspersonellet.

I følge Sosial- og helsedirektoratet er det fortsatt stort sprik mellom fagmiljøene med hensyn til behandlingsmetoder for alvorlige spiseforstyrrelser. Dette taler i utgangspunktet mot å åpne den rettslige adgangen til å anvende tvang. Likevel mener departementet at høringsinnspillene har bekreftet en bred faglig enighet om at det er

behov for tvangshjemler i de alvorligste tilfellene for å sikre nødvendig næring forut for at pasientens tilstand blir så alvorlig tilstand at det oppstår en øyeblikkelig-hjelp situasjon, jf. helsepersonelloven § 7.

Etter departementets syn bør man som hovedregel være varsom med å utforme for detaljerte lovregler, for eksempel for pasienter med en bestemt diagnose. Likevel har departementet kommet til at spørsmålet om bruk av tvang i behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser er så særegent at det er vanskelig å løse det uten en særskilt regulering rettet inn mot denne pasientgruppen. Ved en klar lovhjemling forhindres usikkerhet hos behandlingsapparatet, og pasienten gis den rettsikkerhet som saksbehandlingsreglene i psykisk helsevernloven tilbyr. På denne bakgrunn foreslår departementet et særskilt unntak fra forbudet mot alvorlige inngrep i § 4-4 annet ledd bokstav b.

På bakgrunn av den manglende faglige konsensus som fortsatt gjør seg gjeldende på området mener departementet at loven bør legge terskelen høyt for tvangsmessige inngrep overfor den aktuelle pasientgruppen. Departementet foreslår derfor at tvangsernæring bør fremstå som strengt nødvendig for å være lovlig. At tvang bare kan brukes dersom det fremstår som strengt nødvendig innebærer imidlertid ikke at unntaket bare omfatter de rene nødrettssituasjoner. Ernæring uten pasientens samtykke kan fremstå som strengt nødvendig av hensyn til pasientens videre prognose også ut over de situasjoner hvor pasienten er utenfor livsfare.

10.2.5.2 Unntak fra godkjenningskravet

Det er et vilkår for tvungent psykisk helsevern at det skjer ved en institusjon som er godkjent for dette formål, jf. psykisk helsevernloven § 3-1 første ledd. Lovens krav i § 3-1 er tilsynelatende absolutt, og kravet har en rettssikkerhetsmessig begrunnelse.

Ved behandling av alvorlige spiseforstyrrelser oppstår imidlertid fra tid til annen spørsmålet om det også kan brukes tvang i behandlingen av en pasient som har opphold i en institusjon som ikke er godkjent for bruk av tvang. Det er ganske særegent for denne pasientgruppen at deres fysiske helsetilstand tilsier at opphold ved en institusjon som ikke er godkjent kan være nødvendig av hensyn til forsvarlig undersøkelse, behandling eller overvåkning. Dette var antakelig en problemstilling man ikke forutså i forbindelse med forrige lovrevisjon, og det rettslige grunnlaget for et eventuelt unntak fra dette vilkåret er derfor usikkert. Etter departe-

mentets vurdering bør det derfor foretas en lovendring som åpner for et snevert unntak fra godkjenningsordningen.

På denne bakgrunn foreslår departementet at det tas inn et unntak i ny § 3-5 annet ledd fra kravet om at tvungent psykisk helsevern skal gis ved opphold i institusjon godkjent for døgnopphold dersom midlertidig opphold i annen institusjon er nødvendig av hensyn til faglig forsvarlig helsehjelp. I slike tilfeller skal den godkjente institusjonen likevel ha et overordnet ansvar for det tvungne psykiske helsevernet for pasienten.

10.3 Regulering av urinprøvetaking

10.3.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Det finnes i dag ingen lov- eller forskriftshjemmel etter psykisk helsevernloven for urinprøvetaking av pasienter i det psykiske helsevernet. Slik hjemmel finnes derimot etter reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 vedrørende rusmiddelmissbrukere og for institusjoner hvor barn plasseres etter barnevernloven §§ 4-24 og 4-26.

Det følger av *forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* av 4. desember 1992 nr. 915 § 5-8 at rusmiddelmissbrukeren kan samtykke til urinprøvetaking. Uavhengig av vedkommendes samtykke kan fylkesnemnda for sosiale saker i forbindelse med tvangsvedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 6 vedta at urinprøvetaking skal gjennomføres under institusjonsoppholdet, jf. §§ 6-2 annet ledd og 6-2a første ledd. Etter § 6-3 fjerde ledd kan det stilles som vilkår overfor rusmiddelmissbrukeren før oppholdet tar til at det samtykkes til urinprøvetaking under oppholdet. Etter *forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon* av 12. desember 2002 nr. 1594 § 24 er reglene forholdsvis tilsvarende, likevel slik at det etter denne bestemmelsen også kan gis samtykke til urinprøvetaking mens oppholdet pågår.

Som redegjort for i punkt 7.1 forekommer det i en del tilfeller at personer innlegges i institusjon i det psykiske helsevernet på grunnlag av tvangsvedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 6. I disse tilfellene kan det utføres urinprøvetaking i samsvar med det som følger av fylkesnemndsvedtaket. Det vil imidlertid også finnes en del pasienter som er innlagt etter psykisk helsevernloven, men som i tillegg har et rusmiddelmissbruk.

Overfor pasienter innlagt etter psykisk helsevernloven er det derfor ikke hjemmel for å kreve urinprøve i forbindelse med et behandlingsforløp. Et slikt tiltak er så inngripende overfor den det gjelder at det heller ikke er anledning til å nedfelle en

adgang til dette i husordensreglene ved institusjonen eller basere en slik ordning på pasientens samtykke uten særskilt hjemmel.

10.3.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått å lovregulere urinprøvetaking. Forslaget var todelt. For det første ble det foreslått en adgang for faglig ansvarlig til å begjære samtykke til urinprøvetaking i forbindelse med frivillig institusjonsopphold. Slikt samtykke og begrunnelsen for begjæringen skulle nedtegnes.

For det andre ble det foreslått at det i forbindelse med etablering av tvungent psykisk helsevern skulle være anledning til å treffe vedtak om urinprøvetaking uten vedkommendes samtykke.

10.3.3 Høringsinstansenes syn

23 høringsinstanser kommenterer dette forslaget. *Mental Helse Norge, Universitetet i Tromsø og Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO)* går imot lovregulering av urinprøvetaking, mens de øvrige instansene støtter hovedinnholdet i forslaget. Alle de psykiatriske institusjonene som uttaler seg støtter forslaget. Enkelte høringsssvar bekrefter at det er behov for urinprøvetaking og at det allerede i dag faktisk brukes i en viss utstrekning.

Universitetet i Tromsø uttaler mot forslaget:

«Dette er et kontrolltiltak vi går imot. Erfaringer med tvungen urinprøvekontroll fra fengsler er ikke gode. De er ydmykende, bidrar ikke til gode relasjoner, men bidrar i stedet til mistillit og manglende samarbeidsvilje. Dette bør i det minste unngås i behandlingsinstitusjoner, der det må være mer hensiktsmessig å unngå uønsket inntak av rusmidler gjennom tillitsskappende tiltak i stedet for kontroll og tvang.»

Til støtte for forslaget uttaler *Sykehuset Innlandet*:

«Det er et sterkt behov for å ha kontroll med bruken av rusmidler i institusjoner som har ansvar for psykisk helsevern. Urinprøver brukes i dag i stor utstrekning, og det er behov for å lovregulere dette. Det er også svært viktig for diagnostikken at man har egnede metoder for å avdekke bruk av narkotika. Departementet foreslår at en slik ordning skal være basert på samtykke dersom pasienten ikke er under tvungent vern. Sykehuset Innlandet mener at i visse tilfeller vil tilbud om institusjonsopphold faktisk være avhengig av at pasienten samtykker til slik prøvetaking.»

Aker Universitetssykehus HF uttaler:

«Urinprøving kan benyttes i monitoreringsøyemed for å kartlegge rusmiddelmisbruk under pågående behandling. Dette kan brukes til å fokusere på pågående rusmiddelmisbruk som vil hindre eller forsinke behandlingen for en psykisk lidelse. Videre kan det bidra til økt fokus på rusmestring. En lovregulering av dette synes derfor betimelig.»

Sosial- og helsedirektoratet mener hjemmelen til å fatte vedtak om urinprøvetaking ikke bør begrenses til etableringen av tvungent psykisk helsevern. Direktoratet uttaler videre:

«I det psykiske helsevernet er imidlertid pasienten kontinuerlig under oppsyn av den («faglig ansvarlige» for tvangsvedtaket (i motsetning til fylkesnemnda i vedtak etter sosialtjenesteloven), og det er derfor ikke samme grunn til å begrense muligheten til å kunne vedta urinprøvetaking til selve tidspunktet for tvangsvedtaket.»

10.3.4 Departementets vurdering og forslag

Departementet mener høringsrunden viser at det i visse tilfeller er behov for urinprøvetaking, og at det allerede i dag er til dels utstrakt praksis med dette. Det var et viktig prinsipp bak vedtakelsen av gjeldende psykisk helsevernlov at bruk av tvang og restriktive tiltak skulle begrenses og kontrolleres gjennom lovfesting. Dette var bakgrunnen for regulering av blant annet skjerming i § 4-3.

Behovet for urinprøvetaking er antakelig større etter rusreformen, som innebærer at tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere er et ansvar for spesialisthelsetjenesten. Dette har resultert i større grad av samlokalisering mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern. Likevel vil det også være en del pasienter med hovedsakelig psykiatriske lidelser som i tillegg har et rusmiddelmisbruk.

Når forholdet er uregulert er det en risiko for at slik prøvetaking faktisk skjer, for eksempel regulert som en del av husordensreglene, men uten at det er gjenstand for klageadgang og kontroll på samme måte som om det hadde vært stilt lovfestede krav.

På bakgrunn av innspill fra et flertall av høringsinstansene, er det ikke grunn til å anta at kontrollbehovet i alle tilfeller kan ivaretas gjennom tillitsskappende tiltak, slik Universitetet i Tromsø argumenterer for. Etter departementets syn bør imidlertid kriteriene være strenge, slik at det bare

er i de tilfeller det er strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen at tiltaket skal kunne brukes. I dette ligger også at tiltaket må være egnet til å ivareta formålet, og at man ikke kan oppnå samme resultat med mindre inngripende midler.

På denne bakgrunn mener departementet at det er behov for lovfesting som gir institusjonen adgang til å gjennomføre urinprøvetaking på nærmere vilkår, se forslag til § 4-7 a. Det foreslås en adgang til å be om samtykke til urinprøvetaking. Denne adgangen gjelder i prinsippet både pasienter under tvungent og frivillig psykisk helsevern. For det andre foreslås det en adgang til å treffe vedtak om urinprøvetaking. Vedtaksadgangen er bare foreslått å gjelde pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

I forhold til hva som fremgikk av høringsnotatet har departementet skjerpet vilkårene for å begjære samtykke og for å treffe vedtak om urinprøvetaking. I tråd med hva som er anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet har imidlertid departementet foreslått å utvide adgangen til å be om samtykke og til å treffe vedtak om urinprøvetaking til også å gjelde underveis i et behandlingsforløp.

I begge tilfeller er det et vilkår at det faktisk foreligger mistanke om rusmiddelmisbruk, og forslaget åpner derfor ikke for at det rutinemessig kan bes om samtykke til urinprøvetaking. Det foreslås at de nærmere prosedyrer reguleres i forskrift.

10.4 Lovregulering av fastholding

10.4.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Spørsmålet om lovregulering av fastholding har sammenheng med forbudet mot bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år, se drøfting i punkt 5.2.3. Etter gjeldende rett er ulike former for tvangsmidler i akutte nødsituasjoner uttømmende regulert i psykisk helsevernloven § 4-8. Fastholding er ikke listet opp blant tvangsmidlene. Derimot følger det av lovforarbeidene at fastholding ikke er ansett som så inngripende at det regnes som tvangsmiddel, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 163.

10.4.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det reist et åpent spørsmål ved om fastholding burde lovreguleres, da det hadde kommet innspill på at fastholding ble benyttet i betydelig grad i barne- og ungdomspsykiatrien. Departementet mente det var behov for noe ytter-

ligere utredning før et konkret lovforslag kunne utformes.

10.4.3 Høringsinstansenes syn

Et mindretall av høringsinstansene uttaler seg eksplisitt om dette spørsmålet. Blant de høringsinstanser som mener fastholding bør lovreguleres er *Den norske Advokatforening*, *Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner*, *Den norske lægeforening*, *Akershus Universitetssykehus* og *Barneombudet*.

Voksne for barn anbefaler at holding og lignende inngrep reguleres på samme måte som i *forskrift om rettigheter under opphold i barneverninstitusjoner* § 18. Organisasjonen viser særlig til at denne typen tvangsbruk i barneverninstitusjoner er begrenset til akutte nødsituasjoner, og at slike tiltak dermed ikke kan benyttes med behandlingsformål.

10.4.4 Departementets vurdering

Holding og fastholding blir benyttet i svært ulike situasjoner. Det kan være tale om håndledning inn på pasientrommet, fastholding av pasientens hender slik at vedkommende hindres i å klore seg, fastholding for å trygge eller trøste og fysisk inngripende fastholding for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre.

Høringsrunden viser at fastholding blir brukt i et betydelig omfang i barne- og ungdomspsykiatrien. Det er gitt flere innspill på at fastholding bør reguleres. Hovedformålet med en regulering vil være hensynet til pasientens rettssikkerhet, ved at det stilles materielle og formelle vilkår til inngripen. Det må derfor foretas en avgrensning i forhold til hvilke holdesituasjoner som bør lovreguleres.

Etter departementets vurdering bør ikke enhver holding i omsorgs- eller grensesettingssituasjoner lovreguleres. Holding vil i mange tilfeller ikke anses som et tvangstiltak, men som en naturlig del av omsorgen for barnet. Det vil være en glidende overgang mot situasjoner hvor elementet av tvang blir mer fremtredende på grunn av pasientens motstand eller graden av inngripen.

Grunnleggende etiske prinsipper og kravet til faglig forsvarlighet vil ha stor betydning for når holding er riktig og hensiktsmessig overfor vedkommende. Situasjonene hvor fastholding brukes for å få kontroll over en situasjon ved bruk av fysisk makt, og hvor pasienten gjør motstand bør imidlertid lovreguleres. I slike tilfeller er det vanskelig å se at ikke fastholding kan være like inn-

gripende som de tvangsmidler som i dag er nedfelt i § 4-8.

På denne bakgrunn foreslår departementet at fastholding reguleres som tvangsmiddel i § 4-8 annet ledd bokstav d. Dette innebærer at fastholding av pasienten hvor vedkommende motsetter seg dette bare kan benyttes i situasjoner hvor dette er uomgjengelig nødvendig, og skal bare brukes hvor lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Forslaget innebærer at fastholding skal kunne brukes som tvangsmiddel overfor i de akutte nødsituasjoner som omfattes av § 4-8. Det stilles imidlertid krav til at fastholdingen skal være kortvarig og det gis saksbehandlingsregler forbundet med et slikt tiltak. Lovreguleringen innebærer ingen utvidelse av adgangen til å benytte fastholding, og departementet vil understreke betydningen av at de grunnleggende krav til vern om personlig integritet i psykisk helsevernloven § 4-2 blir ivaretatt. Dette innebærer blant annet at man så langt som mulig skal ta hensyn til pasientens syn på de aktuelle tiltak.

10.5 Vedtakskompetansen for bruk av tvangsmidler

10.5.1 Innledning og gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 4-8 er vedtakskompetansen i forhold til tvangsmidler lagt til lege, med mindre umiddelbar kontakt med lege ikke er mulig. I forarbeidene til lovbestemmelsen er det lagt vekt på at det kan være nødvendig med medisinske vurderinger i forbindelse med bruk av tvangsmidler, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 163.

10.5.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått at vedtakskompetansen i forbindelse med vedtak om bruk av tvangsmidler skulle flyttes fra lege til faglig ansvarlig. Dette ble begrunnet med at det også i forhold til denne type tiltak er nødvendig med særskilt høy kompetanse for å vurdere behovet for tvang og hvilken innvirkning tvangsbruken kan få for pasientens psykiske og eventuelt somatiske tilstand. Departementet mente at en klinisk psykolog som fyller vilkårene for å være faglig ansvarlig som regel ville være kompetent til å foreta de nødvendige vurderinger, likevel med unntak av spørsmål om bruk av beroligende legemidler hvor det er nødvendig at en lege treffer vedtak. Det ble også vist til at det i enkelte andre tilfeller kan være nødvendig med vurdering av en lege, men at forsvarlig-

hetskravet i helsepersonelloven § 4 vil fange opp slike tilfeller.

10.5.3 Høringsinstansenes syn

Få av høringsinstansene uttaler seg eksplisitt om dette forslaget. Av de som uttaler seg er stiller de fleste seg positive til at det som hovedregel skal være faglig ansvarlig som har vedtakskompetansen i forhold til bruk av tvangsmidler. Blant disse instansene er blant annet *Sosial- og helsedirektoratet*, *Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo*, *Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner*, *Den norske lægeforening* og *Norsk Psykologforening*.

Enkelte høringsinstanser påpeker imidlertid at det bør gjøres unntak, ettersom faglig ansvarlig ofte ikke vil være tilgjengelig når situasjonen oppstår akutt på kvelds- eller nattestid. Blant disse er *Aker universitetssykehus HF* og *Diakonhjemmet Sykehus*.

Aker universitetssykehus HF påpeker betydningen av tilstrekkelig legetilsyn som kan fange opp faren for medisinske konsekvenser og komplikasjoner som følge av å ligge i belter. På denne bakgrunn mener Aker universitetssykehus at det ikke bør stilles krav til at faglig ansvarlig i alle tilfeller må fatte slike vedtak, men at det åpnes for at spesialist i klinisk psykologi kan fatte slike vedtak.

10.5.4 Departementets vurdering og forslag

Det er av stor betydning at vedtaksansvarlige har særskilt god kompetanse for å vurdere behovet for bruk av tvang og hvilken innvirkning tvangsmiddelbruk kan få for pasientens psykiske og eventuelt somatiske tilstand. Kravet om at legen skal treffe vedtak om bruk av tvangsmidler er i lovens forarbeider begrunnet med behovet for en medisinsk vurdering av eventuelle farer eller ulemper med bruk av de ulike typer tvangsmidler. Med unntak av vedtak om kortvarige beroligende legemidler vil en klinisk psykolog som fyller vilkårene for å være faglig ansvarlig i mange tilfeller ha tilstrekkelig kompetanse til selvstendig å treffe vedtak om bruk av tvangsmidler. Det vil følge av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 at det skal innhentes vurdering fra lege dersom det er behov for medisinske vurderinger forut for, eller i forbindelse med gjennomføringen. I sammenheng med hva som er påpekt av Aker universitetssykehus HF er det etter departementets vurdering et ansvar for institusjonen å påse at det foreligger tilstrekkelig bemanning og rutiner for å ivareta dette.

På bakgrunn av innspill i høringsrunden ser imidlertid departementet at det er behov for å gjøre unntak fra at faglig ansvarlig skal treffe vedtak i slike saker utover det som fremgikk av forslaget i høringsnotatet. Det vil for eksempel kunne virke mot sin hensikt å kreve at faglig ansvarlig i bakvakt skal ta stilling til et akutt spørsmål om tvangsmiddelbruk når det er kvalifisert lege eller psykolog på vakt. Departementet foreslår derfor at det kan gis nærmere bestemmelse om unntak i forskrift, jf. § 4-8 femte ledd.

10.6 Overføring mellom institusjoner for pasienter under tvungent psykisk helsevern

10.6.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Etter § 4-10 er pasienter under tvungent psykisk helsevern gitt rett til å klage på vedtak om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av en annen institusjon enn for den institusjonen etableringsvedtaket gjelder. Tilsvarende bestemmelse er gitt i § 5-4 for personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern. En slik klagerett var ny med gjeldende psykisk helsevernlov. Bestemmelsene var foranlediget av den såkalte særreaksjonsreformen. Justisdepartementet presenterte særreaksjonsordningen i Ot.prp. nr. 87 (1993-94) Om lov om endringer i straffeloven m.v (straffereettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner). Justisdepartementet uttalte i denne proposisjonen blant annet:

«Overføring til og fra døgnopphold i institusjon eller til døgnopphold i annen institusjon er særlig inngripende avgjørelser både for den domfelte og for samfunnet. Slike beslutninger må derfor betraktes som enkeltvedtak. Dette harmonerer også best med det som gjelder for andre pasienters klageadgang, jf. lov om psykisk helsevern § 5 fjerde ledd.»

I Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 8.10 la Sosial- og helsedepartementet til grunn at både pasienter som var innlagt etter dom og andre pasienter under tvungent psykisk helsevern skulle ha klagerett på vedtak om overføring. Departementet uttalte i den forbindelse:

«Sosial- og helsedepartementet er enig med Lovutvalget i at spørsmålet om overføringer er svært grunnleggende for personer under tvungent psykisk helsevern. Selv om de i motsetning til domfelte også har mulighet for å få prø-

vet vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern, har de en selvstendig interesse i å kunne få overføringer prøvet.»

Forarbeidene går ikke nærmere inn på hva som er kriteriene for kontrollkomisjonens overprøving av vedtak om overføring.

10.6.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått to bestemmelser om overføring. Det ble foreslått en ny bestemmelse om overføring etter søknad som skulle angi prosedyren og kriteriene for vurdering av en søknad fra pasienten om å på gjennomført det tvungne vernet ved en annen institusjon. Bestemmelsen i § 4-10 i gjeldende lov ble i tillegg foreslått videreført, likevel slik at det ble åpnet for at kontrollkomisjonens leder kunne bestemme at vedtak om overføring ikke skulle ha oppsettende virkning i påvente av klage.

10.6.3 Høringsinstansenes vurdering

Få høringsinstanser har uttalt seg om dette forslaget. Blant høringsinstansene som har uttalt seg er *Diakonhjemmet sykehus*, *Aker universitetssykehus HF*, *Den norske Advokatforening*, *Kontrollkomisjon II for Ullevål universitetssykehus*, *Kontrollkomisjonen for Diakonhjemmets sykehus og Kontrollkomisjon I for Ullevål Universitetssykehus*.

De høringsinstanser som har uttalt seg bekrefter at bestemmelsen har vært vanskelig å praktisere. Blant de forhold som nevnes er at det er uklart når overføringsvedtak skal treffes. Som eksempel reises det spørsmål ved om det skal treffes vedtak ved overføring mellom behandlingsnivå i samme institusjon eller behandlingskjede.

Aker universitetssykehus HF uttaler om dette:

«Det må være adgang til å overføre pasienter mellom sykehusets avdelinger uten oppsettende virkning. I motsatt fall vil bestemmelsen i § 4-11 få katastrofale følger for pasientflyten innen foretaket og mulighetene til å benytte plassene på en rasjonell måte tilpasset pasientenes behandlingsbehov.»

Videre har den oppsettende virkningen i påvente av klage og eventuelt klagesaksbehandling, gitt betydelige praktiske problemer for planleggingen av institusjonenes ressurser. Det har også vært uklart hva som er kriteriene for kontrollkomisjonens prøving i disse sakene.

10.6.4 Departementets vurdering og forslag

Forslaget i høringsnotatet om en egen bestemmelse om overføring etter søknad er ikke videreført i proposisjonen, se punkt 6.6.

Når det gjelder § 4-10 i gjeldende lov fikk departementet forut for utarbeiding av høringsnotat flere innspill på at bestemmelsen er vanskelig å praktisere. Dette går også frem av resultatene fra evalueringen av kontrollkommisjonene og bekrefte av enkelte høringsuttalelser.

Ett av de praktiske problemer bestemmelsen har medført er knyttet til kravet til at vedtaket ikke skal iverksettes før klagefristen er ute, eller en eventuell klagesak er behandlet. Det innebærer vanskeligheter for institusjonenes planlegging. Dersom institusjonene skal avvente iverksettelse til en klagesak er behandlet, kan en institusjonsplass bli stående tom i uker. Ofte innebærer dette at pasienten mister en plass som ansvarlig institusjon mener ville være et langt bedre tilbud for pasienten.

I høringsnotatet ble det foreslått at kontrollkommisjonens leder kunne beslutte at vedtaket ikke skulle ha oppsettende virkning dersom det forelå særlige grunner. Det er påpekt blant annet av Advokatforeningen i høringsuttalelsen at dette fordrer at kontrollkommisjonens leder realitetsbehandler saken. Departementet ser at det kan føre til at saken i realiteten kan bli avgjort etter en overfladisk behandling, ofte under tidspress. Dette åpner for ulik praksis og svekket rettssikkerhet for pasienten. Etter en fornyet vurdering har departementet kommet til at både pasientens rettssikkerhet og hensynet til institusjonenes planlegging vil være best tjent med at klagefristen reduseres fra tre uker, som i dag følger av forvaltningsloven § 29 første ledd, til en særskilt frist på en uke. For de tilfeller hvor pasientens tilstand tilsier at overføring ikke kan vente, beholdes unntaket som følger av § 4-10 i gjeldende lov.

Enkelte av høringsinstansene har påpekt at det er behov for en avgrensning av i hvilke situasjoner klageretten gjelder. De psykiatriske institusjonene er klare på at det ikke bør være klagerett på overføringer mellom ulike behandlingsnivå. Det hevdes at dette i for stor grad vil gripe inn i mulighetene til å foreta en rasjonell fordeling av plasser i forhold til pasientenes behandlingsbehov. Vurderingen av hvor langt klageretten skal gjelde innebærer derfor en avveining av hensynet til pasientens rettssikkerhet mot hensynet til institusjonenes planlegging av hensiktsmessige og faglig forvarlige behandlingsforløp.

Retten til valg av sykehus eller behandlingssted etter pasientrettighetsloven § 2-4 omfatter ikke valg av behandlingsnivå, jf. annet ledd. Begrunnel-

sen for bestemmelsen er at valg av behandlingsnivå innebærer en faglig vurdering som må foretas av helsepersonell. Dette tilsier at tilsvarende avgrensning bør legges til grunn for klageretten på overføringsvedtak. Likevel vil rettssikkerhetshensyn gjøre seg gjeldende som et tilleggsspekt for de pasienter som omfattes av klageretten etter § 4-10. Dette er pasienter som ikke frivillig har valgt å være i det psykiske helsevernet.

Etter departementets vurdering vil hensynet til pasientens rettssikkerhet langt på vei være tilstrekkelig ivaretatt gjennom muligheten til å påklage etableringen eller opprettholdelsen av tvangsvedtaket. Prøvingen etter § 4-10 gir adgang til en tilleggsprøving av rimeligheten forbundet med selve overføringsvedtaket. Jo mer inngripende endring av pasientens situasjon overføringen innebærer, jo større grunn er det til at overføringsspørsmålet skal kunne prøves særskilt før overføringen gjennomføres.

Det er vanskelig å legge til grunn en generell norm for i hvilke situasjoner en klagerett vil være av betydning. Etter departementets vurdering vil særlig overføring mellom ulike former for tvang, det vil si med og uten døgnopphold i institusjon, være av en slik karakter at klagerett er viktig. Videre vil klageretten også ha betydning dersom overføringen innebærer et brudd med nettverk eller pårørende på grunn av geografiske avstander.

Departementet mener på denne bakgrunn at den avgrensning som følger av pasientrettighetsloven § 2-4 annet ledd om sykehusvalg bør legges til grunn også i spørsmålet om hvor langt klageretten på overføring gjelder.

I nær sammenheng med spørsmålet om i hvilke situasjoner pasienten har klagerett viser evalueringen av kontrollkommisjonsordningen at det er behov for avklaring av hva som er prøvingstema ved kontrollkommisjonenes behandling av disse sakene. Dette ble ikke særskilt omtalt i høringsnotatet. Spørsmålet om overprøving av overføringsvedtak er først og fremst et spørsmål om i hvilken grad pasientens ønsker og behov skal tas i betraktning i forbindelse med en overføring. Det er ikke i samme grad et spørsmål om pasientens rettssikkerhet som når det gjelder personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern, jf. straffeloven § 39. Sistnevnte personer har ikke adgang til å fremme klage for kontrollkommisjonen for å få prøvet vilkårene for det tvungne psykiske helsevernet. Pasienter som er innlagt etter psykisk helsevernloven kapittel 3 har derimot en slik adgang. Ett av de vilkår som skal prøves er om institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende person tilfredsstillende behandling og omsorg.

Ettersom vedkommende kan få prøvet spørsmålet om det tvungne vernet som ordinær klagesak, vil det ikke være vilkårene for tvungent psykisk helsevern som er det sentrale i en prøving etter § 4-10. Etter departementets vurdering vil det sentrale spørsmål derimot være selve overføringen, og hvilke konsekvenser den får for pasienten, både med hensyn til innholdet i de aktuelle behandlingstilbud, pasientens helsetilstand og andre forhold, for eksempel nærheten til pårø-

rende og annet nettverk. Spørsmålet om hvor pasienten bør behandles vil i stor grad være et faglig spørsmål. I så måte bør behandlingsapparatet ha en viss frihet med hensyn til prioriteringer og faglige vurderinger. Grensen bør derfor gå ved hva som fremstår som urimelig etter en helhetsvurdering. Tilsvarende kriterium er foreslått tatt inn i § 5-4 som gjelder klageretten ved overføring av personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern.

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

De fleste av lovendringsforslagene innebærer presiseringer eller mindre endringer av gjeldende rett. Disse lovendringene vil i utgangspunktet i liten grad innebære økonomiske eller administrative konsekvenser. Flere høringsinstanser har imidlertid bemerket at lovendringene vil stille krav til opplæring og kompetanseutvikling både blant brukere, helse- og sosialpersonell, kontrollinstanser og offentlige myndigheter som er involvert på området.

Etter departementets vurdering vil det være et kontinuerlig behov for opplæring og oppdatering i forhold til regelverket på de områder proposisjonen omhandler. Foreliggende forslag til lovendringer har et betydelig omfang, men er likevel i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Etter departementets vurdering tilsier dette at opplæringsbehovet må ivaretas innenfor gjeldende rammer.

Det foreslås større grad av vedtaksfesting med hensyn til skjerming. Dette vil innebære noe merarbeid for institusjonene. På den annen side er det foreslått forenklinger som kan antas å frigjøre noe tid, blant annet forslag til å oppheve det absolutte krav om tutorbegjæring.

Forslaget til dekning av advokatutgifter i forbindelse med prøving av spørsmål om undersøkelse eller behandling i institusjon med døgnopphold for barn mellom 12 og 16 år vil innebære ubetydelig økte utgifter for rettshjelpsordningen. Det anslås i gjennomsnitt i underkant av 10.000 kroner pr. sak fordelt på om lag 20 saker pr. år. Dette innebærer om lag 200.000 kroner i økte advokatutgifter over rettshjelpsordningen.

Utover dette antas ikke forslagene samlet sett å innebære økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

12 Merknader til endringer i psykisk helsevernloven

Til § 1-1 a:

Se proposisjonen punkt 7.1. Formålet med bestemmelsen er å fastslå at gjennomføring av opphold i institusjon i det psykiske helsevernet skal følge gjennomføringsreglene i kapittel 4, også i de tilfeller hvor gjennomføringen skjer med hjemmel i annen lov. Bestemmelsen vil både rette seg mot pasienter som blir innlagt i institusjon i det psykiske helsevernet etter tvangsvedtak truffet med hjemmel i barnevernloven og sosialtjenesteloven, personer som etter kjennelse fra retten blir innlagt til rettspsykiatrisk undersøkelse, jf. straffeprosessloven § 167, og rusmiddelmisbrukere som får frivillig behandling i institusjon i det psykiske helsevernet etter henvisning fra sosialtjeneste eller lege.

Ettersom det ikke skal kunne treffes vedtak om tvangsbehandling overfor disse pasientene er det gjort unntak fra § 4-4 om behandling uten eget samtykke. Det er videre gjort unntak fra § 4-5 annet ledd om restriksjoner i kontakt med omverdenen og vedtak om unnprøvetaking etter § 4-7 a annet ledd, som bare omfatter pasienter under tvungent psykisk helsevern. Endelig er det gjort unntak fra § 4-9 og § 4-10. Bestemmelsene passer ikke hvor vedtaket er truffet med hjemmel i annen lov.

Dersom fylkesnemnda har truffet vedtak om urinprøvetaking regnes dette som en del av etableringsvedtaket, men den nærmere gjennomføring vil følge regelverket etter psykisk helsevernloven i de tilfellene det her er tale om.

Bestemmelsen innebærer at kontrollkommisjonen er klageorgan for vedtak som treffes i forbindelse med gjennomføringen av et institusjonsopphold, men ikke når det gjelder spørsmålet om selve etableringsvedtaket. Ved tilbakeholdelse i institusjon etter sosialtjenesteloven kapittel 6 eller barnevernloven er dette vedtaket truffet av en av fylkesnemndene for sosiale saker og må eventuelt prøves for domstolene, jf. sosialtjenesteloven § 9-10.

Til § 1-2:

Forslaget til begrepsforklaring av tvungen observasjon i nytt annet ledd innebærer at tvungen observasjon ikke regnes som tvungent psykisk

helsevern i lovens forstand. Begrepsbruken er videre fulgt opp i lovens systematikk i kapittel 3, se blant annet forslagene til §§ 3-2 og 3-3. Forslaget til nytt annet ledd er ikke ment å innebære en realitetssending av gjeldende rett med hensyn til hva vedtak om tvungen videre undersøkelse (observasjon) etter gjeldende rett innebærer. I tråd med hva som gjelder i dag følger det av begrepsforklaringen at det ikke kan treffes vedtak om tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven § 4-4 overfor personer som er under tvungen observasjon. Endringsforslaget er omtalt i proposisjonens punkt 7.2.

Henvisningen til pasientrettighetsloven kapittel 4 både i annet og tredje ledd innebærer en presisering av at psykisk helsevern basert på pasientens eget samtykke, eller representert samtykke, ikke regnes som tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Se proposisjonens punkt 6.3.2 og 6.3.3 for henholdsvis samtykke på vegne av barn under 16 år og samtykke på vegne av myndige personer myndige personer uten samtykkekompetanse.

Til § 1-3:

Reguleringen av hvem som er pårørende er tatt ut av bestemmelsen, og foreslås regulert av pasientrettighetsloven. Se punkt 6.5 i proposisjonen og forslag til endring av pasientrettighetsloven § 1-3.

Til § 1-4:

Se generelle merknader i proposisjonens punkt 7.3. Forslaget er ikke ment å innebære en realitetssending, men foreslås for å bringe lovens ordlyd i samsvar med slik lov og forskrift er tolket i gjeldende rett. Bestemmelsen innebærer ikke en regulering av ledelsesforhold i institusjoner. Helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet får også betydning for ivaretagelsen av vedtakskompetansen på system- og individnivå. Forslaget viderefører et kompetansekrav til den som skal være faglig ansvarlig for vedtak i det psykiske helsevernet. Organiseringen av vedtakskompetansen vil være et ansvar som påhviler den enkelte institusjon. Dette innebærer at kompetansen som faglig

ansvarlig ikke følger automatisk av å tilfredsstille kompetansekravene i bestemmelsen. En eller flere faglige ansvarlige må utpekes særskilt.

Kompetansekravene herunder krav til bestemt spesialitet, praksis og videreutdanning forutsettes nærmere regulert i forskrift på samme måte som etter gjeldende rett. Dette gjelder også vedtaks-kompetansen når det gjelder bruk av legemidler, hvor vedtaket alltid må treffes av lege.

Til § 1-5:

Forbeholdet om at pasientrettighetsloven gjelder «så langt det passer» er fjernet fra bestemmelsen. Rettslig sett er det ikke nødvendig å ha en egen henvisning til pasientrettighetsloven, men det foreslås likevel av pedagogiske årsaker.

Pasientrettighetslovens bestemmelser får ikke direkte anvendelse i forhold til personer som er dømt til overføring til tvungent psykisk helsevern, jf. kapittel 5 i psykisk helsevernloven. Forbeholdet i § 5-1 om at bestemmelsene i psykisk helsevernloven gjelder «så langt det passer» får også anvendelse når det gjelder rekkevidden av pasientrettighetslovens bestemmelser.

Til § 1-7:

Se generelle merknader i proposisjonens punkt 7.4. Det foreslås at retten til dekning av advokatutgifter uten behovsprøving utvides til også å omfatte prøving av foreldresamtykke i forbindelse med undersøkelse og behandling av barn mellom 12 og 16 år ved døgnopphold i institusjon, jf. forslaget til § 2-1 annet ledd og § 2-2 fjerde ledd.

Til § 2-1:

Første ledd skal markere den klare hovedregel om samtykke som grunnlag for undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet.

Annet ledd viderefører den adgang barn mellom 12 og 16 år har til å få prøvet spørsmålet om etablering av psykisk helsevern, se generelle merknader i proposisjonens punkt 8.2. Det foreslås en presisering av at prøvingsadgangen bare gjelder for undersøkelse og behandling med døgnopphold i institusjon, se punkt 8.2.4.

I slike saker er det ikke tale om etablering av tvungent psykisk helsevern i lovens forstand. Det er derfor ikke en prøving av lovens vilkår for bruk av tvang som er gjenstand for overprøving. I disse sakene bør 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 vurderin-

gen vil det videre være naturlig å se hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern.

Til § 2-2:

Se generelle merknader i proposisjonens punkt 8.3.

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett, men med enkelte justeringer som følge av endringer i andre bestemmelser, særlig § 1-5.

I tredje ledd er det tatt inn en endring i forhold til gjeldende lov § 2-2 fjerde ledd. Endringen har sammenheng med forholdet til pasientrettighetslovens samtykkebestemmelser i kapittel 4, herunder forslaget til endring av pasientrettighetsloven § 4-3 femte ledd. Forslaget innebærer at dersom det er tale om pasienter som er ute av stand til å samtykke, men verken motsetter seg helsehjelpen eller kvalifiserer til grunnvilkåret om alvorlig sinnslidelse, kan faglig ansvarlig skrive under, eventuelt sammen med den som handler på pasientens vegne. Sistnevnte vil omfatte både advokat, annen fullmektig og pasientens nærmeste pårørende.

I siste setning i tredje ledd er det også foretatt en endring av formuleringen i forhold til hvem som samtykker på vegne av barnet. Endringsforslaget har sammenheng med forholdet til pasientrettighetsloven, hvor også barneverntjenesten kan ha kompetanse til å samtykke på vegne av barnet, uten at det har skjedd en overføring av foreldreansvaret.

Til kapittel 3

Gjeldende kapittel 3 foreslås opphevet og erstattet av et nytt. Det foreslås betydelige omredigeringer, en del omformuleringer, samt enkelte materielle endringer. Forslag til omformuleringer og materielle endringer er kursivert. Videreføring av bestemmelser som følger av gjeldende lov er ikke kursivert selv om rekkefølgen kan ha blitt endret i forhold til gjeldende lov.

Til § 3-1:

Bestemmelsen regulerer legeundersøkelse utenfor institusjon. Slik legeundersøkelse er et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-2 første ledd nr. 2 og § 3-3 første ledd nr. 2.

Bestemmelsens *første ledd* er en videreføring av § 3-4 i gjeldende psykisk helsevernlov.

Bestemmelsens *annet ledd* er en videreføring av gjeldende psykisk helsevernlov § 3-5 og regulerer de tilfeller hvor pasienten ikke samtykker til legeundersøkelse. Overskriften er endret, og det er gjort enkelte andre tilpasninger som er uten realitetsbetydning. Bestemmelsen om

offentlig myndighets plikt til å gi bistand er flyttet til § 3-6.

Til § 3-2:

Se også generelle merknader i punkt 9.1 og 9.2, samt merknad til § 3-3.

Bestemmelsen klargjør vilkårene for vedtak om observasjon. Bestemmelsen er i hovedsak en videreføring og presisering av gjeldende rett, men det er nytt at vilkårene for vedtak om observasjon er skilt ut i en egen bestemmelse. En viktig endring i forhold til gjeldende rett er at kravet til begjæring før vedtak om tvungen observasjon treffes foreslås opphevet, se punkt 9.2.5 i generelle merknader

Det følger av *første ledd jf. annet ledd* at dersom erklæring etter legeundersøkelse jf. § 3-1 konkluderer med behov for tvungen observasjon, skal den faglig ansvarlige foreta en vurdering av vilkårene for tvungen observasjon, eventuelt tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-3, og treffe vedtak i saken. Det skal også treffes vedtak dersom faglig ansvarlig mener vilkårene for tvungen observasjon ikke er tilstede.

Når det gjelder første ledd *nr. 1, 2, 4, og 5* vises det til merknadene til § 3-3. Når det gjelder *nr. 3* er det stilt krav til at det må fremstå som overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Kriteriene for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern er med unntak av § 3-3 første ledd *nr. 3* bokstav a. og b. i hovedsak sammenfallende.

I *nr. 6* stilles det krav til at det foretas en helhetsvurdering før det treffes vedtak om tvungen observasjon. Formålet med observasjonen er å klarlegge om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger. Vurderingen av om tvungen observasjon er den klart beste løsningen for vedkommende må se hen til dette.

I *tredje ledd* er det foreslått en snever unntaksbestemmelse fra 10-dagersfristen for observasjon som følger av gjeldende rett. Unntaksadgangen er begrenset til de tilfeller hvor pasientens tilstand tilsier at utvidet observasjonstid er strengt nødvendig. Unntaket vil for eksempel kunne få anvendelse dersom det er behov for noe mer tid for å klarlegge om en pasients symptomer skyldes rusmiddelmisbruk eller kan diagnostiseres som en sykdom som falle inn under begrepet alvorlig sinnslidelse. Kriteriet for unntak innebærer at det ikke under noen omstendighet kan gis unntak dersom behovet for forlenget frist skyldes sendrektighet eller ressurshensyn ved institusjonen.

Til § 3-3:

Se også generelle merknader i punkt 9.1 og 9.2, samt merknad til § 3-2.

I bestemmelsen er vilkårene for vedtak om tvungent psykisk helsevern og den formelle vedtaksprosedyren samlet. Bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av gjeldende rett.

I *første ledd* angis vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Det er likevel en endring at ikke begjæring om tvungent psykisk helsevern er oppstilt som et vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern. Selv om det absolutte kravet til begjæring foreslås opphevet vil det likevel kunne være en plikt for offentlig myndighet til å fremme slik begjæring. I slike tilfeller vil rettsvirkningene av at det er fremsatt slik begjæring beholdes, se punkt 9.2.5.

Første ledd *nr. 1* er en videreføring av § 3-3 annet ledd i gjeldende psykisk helsevernlov.

Kravet til legeundersøkelser fremgår av første ledd, *nr. 2*. Bestemmelsen må ses i sammenheng med forslaget til ny § 3-1. Selv om formuleringen er ny er ikke bestemmelsen ment å endre gjeldende rettstilstand. Etter gjeldende rett skal det skje en legeundersøkelse utenfor institusjonen etter § 3-4, og ved den ansvarlige institusjon etter § 3-8 femte ledd, før vedtak om tvungent psykisk helsevern treffes av faglig ansvarlig. Kravet til at den ene legen er uavhengig av den ansvarlige institusjon anses som en rettssikkerhetsgaranti.

Den legeundersøkelse som skal foretas i institusjonen gjennomføres av faglig ansvarlig i forbindelse med den personlige undersøkelsen, jf. § 3-3 annet ledd i de tilfeller faglig ansvarlig er lege. Dersom faglig ansvarlig er klinisk psykolog må det gjennomføres en egen legeundersøkelse i tillegg til innleggende leges undersøkelse før det kan treffes vedtak i saken.

Første ledd *nr. 3* er en videreføring av en videreføring av § 3-3 første ledd i gjeldende psykisk helsevernlov.

Første ledd *nr. 4* er en videreføring av § 3-2 i gjeldende psykisk helsevernlov.

Første ledd *nr. 5* er en presisering av at pasienten, nærmeste pårørende og eventuelt offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, skal få anledning til å uttale seg før vedtak treffes, og at disse opplysningene skal nedtegnes og vektlegges i forbindelse med vedtaket.

Første ledd *nr. 6* er en videreføring av § 3-3 tredje ledd i gjeldende psykisk helsevernlov. Se også merknad til § 3-2 første ledd *nr. 6*.

Det følger av *første ledd jf. annet ledd* at dersom erklæring etter legeundersøkelse jf. § 3-1 konkluderer med behov for tvungen observasjon, skal den faglig ansvarlige foreta en vurdering av vilkårene for tvungen observasjon, eventuelt tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-3, og treffe vedtak i saken.

derer med behov for tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige foreta en vurdering av vilkårene for tvungent psykisk helsevern, eventuelt tvungen observasjon, jf. § 3-2, og treffe vedtak i saken. Det skal også treffes vedtak dersom faglig ansvarlig mener vilkårene for tvungen observasjon ikke er tilstede.

Til § 3-4

Bestemmelsen er flyttet fra gjeldende § 2-3 og omfatter det såkalte konverteringsforbudet. Forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern videreføres som den klare hovedregel. Det foreslås et snevert unntak for de tilfeller hvor lovens farekriterium er oppfylt.

Unntak fra overføringsforbudet bør bare gjøres hvor det foreligger en faretilstand som må antas å vare over noe tid. Hvor pasienten bare vurderes til å være til alvorlig fare for seg selv eller andre en meget kort tidsperiode, for eksempel et par døgn på grunn av en spesiell hendelse, vil det ikke være naturlig å starte etablering av tvungent vern. I slike tilfeller kan det være mer naturlig at pasienten holdes tilbake på nødrettslig grunnlag så lenge faresituasjonen består.

Dersom den faglig ansvarlige kommer til at unntaksbestemmelsen kommer til anvendelse skal det umiddelbart startes etablering av tvungent psykisk helsevern av hensyn til pasientens rettssikkerhet.

Se også punkt 9.3 i proposisjonen.

Til § 3-5:

Overskriften på bestemmelsen er endret i forhold til dagens § 3-5. Bestemmelsen viderefører gjeldende rett ved at tvungent psykisk helsevern både kan skje med og uten døgnopphold i institusjon.

I *annet ledd* foreslås en ny bestemmelse. Formålet med denne bestemmelsen er sikre at pasienten kan gis opphold ved en institusjon som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern i tilfeller hvor dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Dette er ment som et snevert unntak som kan benyttes hvor pasienten, for eksempel på grunn av en alvorlig spiseforstyrrelse, har en slik helsetilstand at det er behov for avansert medisinsk overvåkning som ikke kan tilbys i en psykiatrisk institusjon godkjent for bruk av tvang. Etableringen av tvungent psykisk helsevern skal under enhver omstendighet skje under ansvar av den godkjente institusjonen. Den godkjente institusjonen vil også ha et særskilt ansvar for oppfølgingen av den psykiatriske undersøkelsen og behandlingen av pasienten. Se også punkt 10.2 i generelle merknader.

I *tredje ledd* er tvungen observasjon tatt inn. At observasjon også kan skje uten døgnopphold i institusjon følger i dag av § 3-8 annet ledd. I likhet med hva som gjelder tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er det presisert at observasjon uten døgnopphold bare kan benyttes dersom dette er et bedre alternativ for pasienten. Tilføyelsen innebærer dermed ingen realitetsendring i forhold til gjeldende rett.

Videre er det foreslått at hensynet til pårørende pasienten bor sammen med skal hensyntas i vurderingen av om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold skal benyttes. Det vil kunne innebære en betydelig belastning for pårørende at pasienten bor hjemme, selv om dette isolert sett fremstår som den beste løsningen for pasienten.

I samme ledd er det også foreslått å ta ut kravet til at tvungent psykisk døgnopphold bare kan finne sted mens pasienten har opphold på egen bopel. Dette innebærer at pasienten i prinsippet også kan ha opphold på institusjon i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid et vilkår at tvungent vern uten døgnopphold skal være et bedre alternativ for pasienten enn døgnopphold i godkjent institusjon. Dette innebærer også at denne formen for tvang ikke kan anvendes overfor bostedsløse pasienter. Dersom pasienten er så syk at vedkommende har behov for døgnopphold i godkjent institusjon vil nevnte vilkår forhindre omgåelse av godkjenningsordningen ut fra ressurshensyn. Det vil ikke være til beste for pasienten i slike tilfeller å ha opphold på en ikke godkjent sengeavdeling. Se også punkt 9.4 i generelle merknader.

Til § 3-6:

Første ledd i bestemmelsen er nytt. Det presiserer det ansvar offentlig myndighet har til å bidra til at alvorlig psykisk syke personer, som ikke selv søker kontakt med det psykiske helsevernet skal komme i kontakt med helsetjenesten. Dersom offentlig myndighet mener at tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er nødvendig, skal det fremmes begjæring om dette i samsvar med hva som gjelder i dag. Begjæringen gir offentlig myndighet klageadgang på manglende innleggelse og opphør av tvungent psykisk helsevern. Det skal også gis tilstrekkelig informasjon til at klageretten kan ivaretas. Se også punkt 9.2 i generelle merknader.

I *annet ledd* er de pliktbestemmelser som angår offentlig myndighet i gjeldende regelverk samlet. I gjeldende lov finnes disse bestemmelsene i §§ 3-1, 3-5 og 3-8. Endringsforslagene innebærer ikke realitetsendring i forhold til gjeldende rett. Bestemmel-

sene er særlig aktuelle i forbindelse med politiets bistand. Kriteriet om at bistanden skal være nødvendig relaterer seg til den enkelte myndighets oppgaver. For eksempel vil politiets bistand være påkrevet dersom det er nødvendig å ty til bruk av fysisk maktutøvelse utenfor institusjon. Det vil ikke være i samsvar med loven dersom politiet benyttes som ren transporttjeneste i forbindelse med transport av pasienter til og fra institusjon.

Til § 3-7:

Bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av § 3-9 i gjeldende psykisk helsevernlov.

I *fjerde ledd* er det foreslått en lovendring. Etter bestemmelsens annet ledd har faglig ansvarlig for vedtak en plikt til å treffe vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern dersom vedkommende finner at vilkårene ikke lenger er tilstede. Etter gjeldende rett skal klage på et slikt vedtak automatisk medføre at det gis oppsettende virkning, dvs. at vedtaket ikke skal gjennomføres før klagesaken er avgjort. At vedtaket gis oppsettende virkning kan være problematisk hvor andre enn pasienten selv klager. Pasienten kan da holdes tilbake i institusjon uten at den faglig ansvarlige for vedtak finner lovens vilkår for bruk av tvang innfridd. Det kan likevel være forhold som tilsier at vedtaket bør gis oppsettende virkning, for eksempel dersom det er grunn til å tro at det ligger en ressursmessig begrunnelse bak vedtaket om opphør av det tvungne vernet. Det er derfor foreslått at kontrollkommisjonens leder skal ha kompetanse til å beslutte at vedtaket skal ha oppsettende virkning. For at bestemmelsen skal ha reell betydning er det viktig at pasient, pårørende og eventuelt offentlig myndighet varsles så tidlig som mulig om at vedtak vil bli fattet, og dermed gis mulighet til å fremme klage og evt. anmodning om oppsettende virkning. Se også punkt 9.6 i generelle merknader.

Til § 3-8:

I *annet ledd* er det foreslått at kontrollkommisjonene som ledd i tremånederskontrollen skal påse at det foreligger en individuell plan for pasienten. Denne legalkontrollen kommer i tillegg til det tilsyn som skal føres med etterlevelsen av regelverket om individuelle planer av tilsynsmyndighetene. Se også punkt 6.4.5 i de generelle merknadene.

I *tredje ledd* er foreslått en presisering av fristberegningen for kontrollkommisjonenes kontroll. Presiseringen vil bare ha betydning for de tilfeller hvor kontrollkommisjonen allerede har gitt ett års forlenget og det på nytt er spørsmål om samtykke.

Bestemmelsen klargjør at fristberegningen skjer fra tidspunktet for etableringsvedtaket, og ikke i forhold til det forrige samtykket fra kontrollkommisjonen.

Til § 3-9:

Bestemmelsens *første ledd* er en videreføring av psykisk helsevernloven § 3-12.

I forslaget til nytt *annet ledd* er det presisert at opplysningene som gis i denne forbindelse skal dokumenteres, og at det skal legges særskilt vekt på uttalelser som gjelder erfaring med bruk av tvang. Dette er i tråd med kravet til helhetsvurdering som følger av gjeldende rett, og som videreføres i §§ 3-2 og 3-3. I den grad pasienten eller pårørende gir uttrykk for at pasienten har hatt negative erfaringer med tvungent psykisk helsevern eller spesifikke tvangstiltak innebærer dette en høyere terskel for gjentakelse av slike tiltak, og en særlig forpliktelse til å vurdere alternativer.

Til § 3-10:

Forslaget er en videreføring av § 3-13 i gjeldende psykisk helsevernlov.

Til § 4-1:

Bestemmelsen er harmonisert med bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Etter § 4-1 i gjeldende psykisk helsevernlov har den enkelte institusjon i utgangspunktet plikt til å utarbeide individuell plan for alle pasienter under psykisk helsevern. Forslaget innebærer at det bare vil være plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Se også punkt 6.4 i proposisjonen.

Til § 4-3:

Kriteriet for når skjerming kan iverksettes er endret. Tilfeller hvor pasientens psykiske tilstand vil gjøre det påkrevet å skjerme vedkommende vil, i tillegg til situasjoner med sterk uro og utagering, omfatte blant annet tilfeller hvor pasienten er suicidal eller kataton.

Av hensyn til pasientens rettssikkerhet er det foreslått differensierte frister for hvor lenge skjerming kan opprettholdes uten at det treffes vedtak. Som utgangspunkt skal det treffes vedtak i skjermingstiltak som varer ut over 24 timer. I de mest inngripende tilfellene skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 12 timer. Momenter i vurderingen vil blant annet være restriksjoner i husordensregler, for eksempel rutiner for utgang, begrensninger i tilgang til aviser, radio og tv, samt møblering og innretning av skjer-

met avsnitt. Den maksimale lengden på skjermingsvedtak før nytt vedtak eventuelt må treffes foreslås redusert fra tre til to uker.

Se også punkt 10.1 i generelle merknader.

Til § 4-4:

I første ledd er det fjernet en henvisning til § 3-1 i gjeldende lov. Henvisningen er ikke lenger nødvendig. Formålet med henvisningen var å markere at det ikke kunne treffes vedtak om tvangsbehandling overfor pasienter under tvungen videre undersøkelse (observasjon). Dette er presisert gjennom en rekke endringsforslag i foreliggende forslag, blant annet begrepsforklaringene i forslaget til § 1-2.

I bokstav b er det tatt inn et unntak fra forbudet mot undersøkelse og behandling som innebærer et «alvorlig inngrep». Unntaket gjelder behandling av alvorlig spiseforstyrrelse i tilfeller hvor vilkårene for tvungent psykisk helsevern for øvrig er oppfylt og det er truffet vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen innebærer at ernæringstilførsel med bruk av tvang skal kunne gjennomføres som ledd i behandlingen dersom det fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ. Kriteriet innebærer et krav til kontinuerlig vurdering av om det er nødvendig å benytte tvang i behandlingen. Kriteriet er likevel ikke til hinder for at ernæring uten pasientens samtykke gjennomføres også utenfor de rene nødretts-situasjoner, jf. punkt 10.2 i generelle merknader. Som det fremgår av bestemmelsen vil ernæring uten eget samtykke være et tiltak som må inngå i et helhetlig behandlingsopplegg.

Til § 4-7 a:

Bestemmelsen er ny, se også generelle merknader i punkt 10.3.

Både for begjæring om samtykke til urinprøvetaking etter *første ledd* og for vedtak om urinprøvetaking etter *annet ledd* stilles det vilkår om at det må foreligge mistanke om rusmiddelmisbruk, og at urinprøvetakingen må være strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Dette innebærer for det første at det ikke er tillatt med rutinemessig urinprøvetaking. For det andre skal hensynet til å gi pasienten helsehjelp skal være formålet med prøvetakingen. I dette ligger et krav til at urinprøvetaking må være et egnet tiltak for kontroll, og at ikke det samme formålet kan oppnås med andre og lempeligere midler for eksempel gjennom tillitsskapende tiltak.

I *første ledd* er det foreslått en adgang til å be om samtykke til urinprøvetaking. Slik begjæring skal

kunne rettes til pasienter som oppsøker det psykiske helsevernet, det vil si både frivillige pasienter og pasienter som tas under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Begjæringen og pasientens samtykke skal nedtegnes i et dokument.

Etter *annet ledd* er det foreslått en adgang til å treffe vedtak om urinprøvetaking overfor pasienter som tas under observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

I *tredje ledd* er det foreslått en forskriftshjemmel for nærmere bestemmelser om urinprøvetaking. Dette gjelder også gjennomføring i det psykiske helsevernet av slike vedtak truffet med hjemmel i annen lov, for eksempel etter vedtak truffet av fylkesnemnda for sosiale saker etter sosialtjenesteloven 6-2 annet ledd.

Til § 4-8:

Enhver bruk av tvangsmiddel etter bestemmelsen skal være etisk og faglig forsvarlig og i samsvar med kravene til vern om personlig integritet i § 4-2.

I *annet ledd bokstav b* er det presisert at begrepet isolasjon også omfatter kortvarig anbringelse bak stengt dør. Dette innebærer at det også skal treffes vedtak i akutte nødsituasjoner hvor døren blir holdt lukket mellom pasient og personale ved fysisk makt, ved hjelp av kloss eller liknende.

I ny *bokstav d* er kortvarig fastholding foreslått regulert som tvangsmiddel. Det skal treffes vedtak dersom fastholding av pasienten benyttes for å få nødvendig kontroll over en akutt nødsituasjon. Det forutsettes nærmere regulering i forskrift av varighet og prosedyrer rundt tiltaket. Se også punktene 10.4 og 5.2.3 i proposisjonen.

Det kan forekomme situasjoner hvor pasienten for eksempel trenger å bli holdt rundt som en del av omsorgen, eller hvor pasienten må håndledes inn på rommet uten behov for bruk av makt. Slike tilfeller omfattes ikke av bestemmelsen, og her er det ikke nødvendig å treffe vedtak.

I *femte ledd* foreslås det at faglig ansvarlig skal ha kompetanse til å treffe vedtak om bruk av tvangsmiddel, mens denne kompetansen etter gjeldende rett er lagt til lege. Det er behov for nærmere regulering i forskrift. Det vil blant annet være nødvendig med unntaksbestemmelser i de tilfeller hvor det er tale om å gi korttidsvirkende beroligende legemidler og faglig ansvarlig ikke er lege. Det kan også være behov for å gjøre unntak for tilfeller hvor faglig ansvarlig ikke er umiddelbart tilgjengelig, blant annet på grunn av vaktordninger. Se også punkt 10.5 i proposisjonen.

Til § 4-9:

Det er kun foreslått en justering i forhold til øvrige endringsforslag. Endringene i bestemmelsen her er uten materiell betydning.

Til § 4-10:

Bestemmelsen er en videreføring av § 4-10 i gjeldende psykisk helsevernlov.

I *første ledd* gis anvisning på i hvilke tilfeller det skal treffes vedtak etter bestemmelsen. Det er gjort unntak for overføring mellom ulike former for døgnopphold i samme institusjon. Som utgangspunkt skal valg av behandlingsnivå innen samme institusjon være unntatt klageadgang. Likevel tilsier rettssikkerhetshensyn at dersom pasienten må bytte institusjon eller overføres til eller fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold skal det treffes vedtak etter bestemmelsen.

I *annet ledd* er klagefristen foreslått redusert fra tre uker som er forvaltningslovens hovedregel, til en uke. Det er foreslått at kontrollkommisjonen skal prøve om overføringen etter en helhetsvurdering fremstår som urimelig. Videre er klagefristen forkortet i forhold til forvaltningslovens alminnelige frist, og er foreslått til en uke.

I *tredje ledd* er det foreslått at vedtaket ikke skal settes i verk før klagefristen er ute eller klagesaken er avgjort. Det kan gjøres unntak dersom umiddel-

bar overføring er strengt nødvendig eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget. Situasjoner hvor overføringen ikke kan vente kan for eksempel forekomme dersom pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold blir akutt dårligere, med behov for døgnopphold i institusjon.

Se også punkt 10.6 i proposisjonen.

Til § 5-1:

Det er kun paragrafnummerering som er endret.

Til § 5-4:

Det er foreslått samme prøvingstema som i § 4-10. Se merknadene til denne bestemmelsen. Hvem som er pasientens nærmeste pårørende følger pasientrettighetsloven § 1-3.

Til § 6-4:

Det foreslås kun en formuleringsendring som følge av begrepsbruken ellers i lovforslaget, se punkt 7.2.

Til § 7-1:

Endringsforslagene er konsekvenser av endringene ellers i loven og innebærer en videreføring av gjeldende rett.

13 Merknader til endringer i pasientrettighetsloven

Til § 1-3:

I første ledd *bokstav b* er det tatt inn et forslag til særregulering av pårørendes rettigheter i tilfeller med tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Dersom pasienten velger en annen som sin nærmeste pårørende enn den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med vedkommende, vil begge disse ha rettigheter som nærmeste pårørende dersom ikke særlige grunner tilsier noe annet. Ved vurderingen av om det foreligger slike særlige grunner vil det være viktig å lytte til pasientens begrunnelser for sitt valg. Det kan tenkes konfliktsituasjoner eller handlinger i strid med pasientens beste som innebærer at vedkommende ikke bør ha de rettigheter som etter lovverket tilkommer pasientens nærmeste pårørende. Under enhver omstendighet vil det være av stor betydning at helsepersonell er bevisst på forholdet til pårørende, herunder å få pasientens samtykke til å gi pårørende tilstrekkelig informasjon til at pårørende kan ivareta pasientens og egne interesser. Se generelle merknader, punkt 6.5.

Til § 2-4:

Forslaget til nytt *tredje ledd* gir kriterier for å nekte pasienter under tvungent psykisk helsevern rett til valg av sykehus eller behandlingssted etter første og annet ledd. Retten gjelder tilsvarende unntatt i tilfeller hvor dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Eksempler på slike tilfeller vil være hvor pasienten med stor sannsynlighet vil bli sykere av en flytting eller hvor pasientens tilstand tilsier et særskilt sikkerhetsnivå som ikke kan tilbys på den institusjon pasienten henvender seg til.

Pasienten selv skal i utgangspunktet ikke behøve å grunngi sitt valg.

Til § 4-3:

Forslaget til nytt *femte ledd* innebærer at reglene om representert samtykke på vegne av myndige uten samtykkekompetanse, jf. pasientrettighetsloven kapittel 4, ikke kan benyttes i forbindelse med undersøkelse og behandling av den psykiske lidelsen overfor personer med en alvorlig sinnslidelse eller som motsetter seg helsehjelpen. Unntaket for situasjoner hvor pasienten motsetter seg helsehjelpen følger også av pasientrettighetsloven §§ 4-5 tredje ledd til og med 4-8. Dette unntakskriteriet er derfor tatt inn i bestemmelsen av pedagogiske årsaker.

Typisk for de undersøkelses og behandlingssituasjoner som det her er tale om er at de ikke vil fremstå som tvangspregede. Forslaget gir heller ikke hjemmel for institusjonalisering som fremstår som en tilbakeholdelse. Dersom det foreligger motstand fra pasienten eller vedkommende har en alvorlig sinnslidelse må undersøkelse og behandling eventuelt skje etter reglene om etablering av tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven kapittel 3.

Til § 4-4:

Det er foreslått å utvide barneverntjenestens rett til å samtykke på vegne av barnet til de tilfeller hvor det har skjedd en omsorgsovertakelse ved et midlertidig akuttvedtak etter barnevernloven § 4-6 annet ledd. Se også generelle merknader, punkt 6.3.2.4.

14 Merknader til endringer i andre lover

1. Lov 22. mai 1902 nr. 10 almindelig borgerlig straffelov

Til § 39 b:

Endringsforslaget er en følge av forslaget til endring av psykisk helsevernloven §§ 1-3 og 1-5. Se punkt 6.5 i generelle merknader.

2. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

Til § 8-3

Endringsforslaget er en følge av forslagene til endring i psykisk helsevernloven kapittel 3. Vilåårene for tvungent psykisk helsevern er samlet i forslagsets § 3-3.

3. Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff

Til § 65

Endringsforslaget er en følge av forslaget til endring av psykisk helsevernloven §§ 1-3 og 1-5. Se punkt 6.5 i generelle merknader.

4. Lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister

Til § 37-3

Endringsforslaget er av teknisk karakter. Dersom ikke bestemmelsen endres vil psykisk helsevernloven bli endret til tidligere rettstilstand ved tvistelovens ikrafttreden.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilråår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

Vi HARALD, Norges Konge,

stadfester:

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v. i samsvar med et vedlagt forslag

Forslag til lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

I

I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjøres følgende endringer:

Ny § 1-1 a skal lyde:

§ 1-1 a *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.

§ 1-2 nytt annet ledd skal lyde:

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 pasientrettighetsloven kapittel 4.

Nåværende annet ledd blir nytt tredje ledd og skal lyde:

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 pasientrettighetsloven kapittel 4.

§ 1-3 skal lyde:

§ 1-3 *Offentlig myndighet*

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, 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.

§ 1-4 første ledd skal lyde:

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.

§ 1-5 skal lyde:

§ 1-5 Forholdet til *pasientrettighetsloven*

Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder *pasientrettighetsloven*.

§ 1-7 tredje ledd skal lyde:

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 retts hjelp.

Ny overskrift til kapittel 2 skal lyde:

Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser

§ 2-1 skal lyde:

§ 2-1 *Hovedregelen om samtykke*

Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, 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.

§ 2-2 skal lyde:

§ 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 pasientrettighetsloven § 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 utviklingshemming 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 pasientrettighetsloven § 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.

§ 2-3 oppheves.

Kapittel 3 skal lyde:

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.

§ 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 en 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.

§ 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 en 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.

§ 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.

§ 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 fram møte 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.

§ 3-6 Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet

Offentlig myndighet skal ved varslings av helsetjenesten 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.

§ 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 kontrollkommissjonen. 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 kontrollkommissjonens leder beslutte utsatt iverksetting av vedtak som nevnt i annet ledd inntil klagesaken er avgjort.*

§ 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 kontrollkommissjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommissjonen skal så snart som mulig forvise 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 kontrollkommissjonen, 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 kontrollkommissjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan *samtykke i forlengelse av vernet* med inntil ett år av gangen, *regnet fra årsdagen for etableringen.*

§ 3-9 Rett til å uttale seg

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.

§ 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.

§ 4-1 skal lyde:

§ 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.

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

§ 4-3 første og annet ledd skal lyde:

§ 4-3 Skjerming

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.

§ 4-3 nåværende annet og tredje ledd blir nytt tredje og fjerde ledd.

§ 4-4 første og annet ledd skal lyde:

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:*

- 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 gjennom-

føres 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 så fremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.*

Ny § 4-7 a skal lyde:

§ 4-7 a 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.

§ 4-8 annet ledd skal lyde:

Som tvangsmiddel kan anvendes:

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

§ 4-8 femte ledd skal lyde:

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.

§ 4-9 første ledd skal lyde:

§ 4-9 Kontrollundersøkelser

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.

Ny § 4-10 skal lyde:

§ 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.

§ 5-1 første ledd skal lyde:

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.

§ 5-4 første ledd skal lyde:

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.

§ 6-4 første ledd skal lyde:

Før kontrollkommisjonen avgjør sak om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt sak om overføring, skal pasienten eller den som hand-

ler på hans eller hennes vegne, gis adgang til å uttale seg.

§ 7-1 skal lyde:

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 retten etter reglene i lov av 13. august 1915 om rettergangsmåten for tvistemål kapittel 33. Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. §§ 4-10 og 5-4.

I følgende bestemmelser skal uttrykket «nærmoste» endres til «nærmeste pårørende»:

§ 1-8, § 4-3 nytt tredje ledd, § 4-4 syvende ledd, § 4-5 femte ledd, § 4-6 første og tredje ledd, § 4-7 annet ledd og § 6-1 annet ledd

II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 1-3 første ledd bokstav b skal lyde:

- b) pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. *Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.*

§ 2-4 nytt tredje ledd skal lyde:

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, gjelder ikke retten etter første ledd dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet.

§ 2-4 nåværende tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

Nytt § 4-3 femte ledd skal lyde:

Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3.

§ 4-4 annet ledd skal lyde:

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 annet ledd, § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

III

Endringer i andre lover:

1. I lov 22. mai 1902 nr. 10 almindelig borgerlig straffelov gjøres følgende endring:

§ 39 b annet ledd skal lyde:

Den domfelte, dennes nærmeste *pårørende* eller den faglig ansvarlige ved den institusjonen som har behandlingsansvaret for den domfelte, kan begjære opphør av reaksjonen. Hvem som er den domfeltes nærmeste *pårørende*, avgjøres etter *pasientrettighetsloven* § 1-3 første ledd bokstav b. Påtalemyndigheten fremmer saken for tingretten, som avgjør den ved dom. Behandlingen av saken skal påskyndes.

2. I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endring:

§ 8-3 annet ledd skal lyde:

Privat forpleining som tvungent psykisk helsevern kan bare videreføres for den enkelte pasient dersom vilkårene etter § 3-3 i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) er oppfylt.

3. I lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff gjøres følgende endring:

§ 65 annet ledd skal lyde:

Den domfelte, hans nærmeste *pårørende* og den faglig ansvarlige ved den institusjon som har behandlingsansvaret for den domfelte, kan begjære opphør av reaksjonen. Hvem som er den domfeltes nærmeste *pårørende*, avgjøres etter *pasientrettighetsloven* § 1-3 første ledd bokstav b. Påtalemyndigheten fremmer saken for tingretten,

som treffer avgjørelsen ved dom. Behandlingen av saken skal påskyndes.

4. I lov 17. juni 2005 nr. 90 om mekling og rettergang i sivile tvister § 37-3 nr. 15 gjøres følgende endring:

I nr. 15 skal endringen av lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 7-1 første punktum lyde:

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.

IV

Loven gjelder fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

Vedlegg 1**Høringsinstanser**

Akademikerne
 Afasiforbundet i Norge
 ADHD-foreningen
 Amnesty International Norge
 Ananke, Støtteforeningen for mennesker med tvangslidelse
 Angstringen
 Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiske helseproblemer
 Autismeforeningen i Norge
 Ambulanshelsetjenesten KFO
 Arbeidsgiverforeningen NAVO
 Barneombudet
 Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
 Bioteknologinemnda
 Blå Kors Norge
 Datatilsynet
 De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk
 De regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål
 Den Norske Advokatforening
 Den norske Dommerforening
 Den norske lægeforening
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM)
 Departementene
 Fagforbundet
 Fagrådet for psykiatri
 Famileterapi Instituttet
 Fampo
 Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere
 Flerfaglig Fellesorganisasjon
 Foreningen mot stoffmisbruk
 Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
 Fylkesnemndene for sosiale saker
 Fylkesrådet for funksjonshemmede
 Galebevegelsen
 Handels-og Servicenæringens Hovedorganisasjon
 Helseansattes Yrkesforbund
 Helsetjenestens Lederforbund
 Helsetilsynet i fylkene
 Informasjonssenteret Hieronimus
 Institutt for samfunnsforskning
 Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser

Koordineringsutvalget for psykiatriske ungdomsteam
 KFO
 Kirkens Bymisjon
 Kliniske ernæringsfysiologers forening
 Kommunenes Sentralforbund (KS)
 Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard
 Landets distriktpsikiatriske sentra
 Landets fylkeskommuner
 Landets helseforetak
 Landets kommuner
 Landets kontrollkommisjoner
 Landets politidistrikt
 Landets regionale helseforetak
 Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)
 Landets pasientombud
 Landets universiteter
 Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
 Landsforeningen Alopecia Areata
 Landsforeningen for etterlatte v/ selvmord
 Landsforeningen for Psykopat Ofre
 Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
 Landsforeningen for kosthold og helse
 Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende
 Landsforeningen for voldsofre
 Landsforeningen for transseksuelle
 Landsforeningen Mitt Livstestament
 Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 Legeforeningens forskningsinstitutt
 Medborgernes Menneskerettighets kommisjon
 Mental Helse Norge
 Nasjonalt folkehelseinstitutt
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording
 Norges Apotekerforening
 Norges Farmaceutiske Forening
 Norges forskningsråd
 Norges Juristforbund
 Norsk Forbund for Psykoterapi
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norsk Helse- og Sosiallederlag
 Norsk Helsesekretærforbund
 Norsk Pasientforening

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	Rusinstitusjoner
Norsk Presseforbund	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Norsk Psykologforening	Rådet for psykisk helse
Norsk Psykiatrisk Forening	Sametinget
NorskPsykoanalytisk Institutt	Samfunnsviternes fagforening
Norsk Redaktørforening	Senter for samfunnsforskning
Norsk senter for menneskerettigheter	Senter for medisinsk etikk, SME
Norsk Sykepleierforbund	SINTEF Unimed
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Sosial- og helsedirektoratet
Norsk Tourette Forening	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Norsk Vernepleierforbund	Statens Helsepersonellnemnd
NOVA	Statens råd for funksjonshemmede
Organisasjonen Voksne for Barn	Statens senter for rusmiddelforskning (SIRUS)
Politidirektoratet	Statstjenestemannsforbundet
Private helseinstitusjoners landsforbund (PHL)	Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Pårørendeforeningen for aldersdemente/alzheimer	Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)
Regjeringsadvokaten	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Rettspolitisk forening	Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Riksadvokaten	Stiftelsen Støttecenter mot Incest - Oslo
Riksrevisjonen	Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser	We shall overcome
	Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
