



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 147 L

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i psykisk helsevernloven mv.
(økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	7	Rett til å uttale seg før det fattes vedtak	30
			7.1	Gjeldende rett	30
2	Bakgrunn	7	7.2	Forslag i NOU 2011: 9	30
2.1	NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet	7	7.3	Departementets vurderinger og forslag	31
2.2	Høring av NOU 2011: 9	8			
3	Forholdet til menneskerettighetene	12	8	Plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell	32
3.1	Grunnloven og Den europeiske menneskerettskonvensjonen	12	8.1	Gjeldende rett	32
3.2	FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)	12	8.2	Forslag i NOU 2011: 9	32
3.2.1	Kort om konvensjonen	12	8.3	Høringsinstansenes syn	32
3.2.2	Norges ratifisering – to tolknings-erklæringer	13	8.4	Departementets vurderinger og forslag	33
3.2.3	Norges første rapport om implementering av CRPD	14			
4	Samlet gjennomgang av tvangsregelverket i helse- og omsorgssektoren – oppnevning av nytt lovutvalg	15	9	Krav til vedtak, begrunnelse og tidsfrist for vedtak	34
			9.1	Plikt til å fatte vedtak ved bruk av skjerming	34
			9.1.1	Gjeldende rett	34
			9.1.2	Forslag i NOU 2011: 9	35
			9.1.3	Høringsinstansenes syn	35
			9.1.4	Departementets vurderinger og forslag	35
			9.2	Begrunnelse av vedtak om bruk av tvang	35
5	Formålet med psykisk helsevernloven	16	9.2.1	Gjeldende rett	35
5.1	Gjeldende rett	16	9.2.2	Forslag i NOU 2011: 9	36
5.2	Forslag i NOU 2011: 9	16	9.2.3	Høringsinstansenes syn	37
5.3	Høringsinstansenes syn	16	9.2.4	Departementets vurderinger og forslag	38
5.4	Departementets vurderinger og forslag	16	9.3	Tidsfrist for å fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern	38
6	Forslag som gjelder styrking av pasientens selvbestemmelse	18	9.3.1	Gjeldende rett	38
6.1	Generelt	18	9.3.2	Forslag i NOU 2011: 9	38
6.2	Manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang	18	9.3.3	Høringsinstansens syn	38
6.2.1	Gjeldende rett	18	9.3.4	Departementets vurderinger og forslag	38
6.2.2	Forslag i NOU 2011: 9	19			
6.2.3	Høringsinstansenes syn	20	10	Evaluerings av bruk av tvang og skjerming	39
6.2.4	Departementets vurderinger og forslag	23	10.1	Gjeldende rett	39
6.3	Krav om antatt samtykke	27	10.2	Forslag i NOU 2011: 9	39
6.3.1	Gjeldende rett	27	10.3	Høringsinstansenes synspunkter ..	39
6.3.2	Forslag i NOU 2011: 9	27	10.4	Departementets vurderinger og forslag	39
6.3.3	Høringsinstansenes syn	28			
6.3.4	Departementets vurderinger og forslag	29			

11	Obligatorisk undersøkelsestid før det kan fattes vedtak om tvangsmedisinering	41	12.4	Departementets vurderinger og forslag	46
11.1	Gjeldende rett	41	12.4.1	Fritt rettsråd før det tas endelig stilling til etablering av tvang	46
11.2	Forslag i NOU 2011: 9	41	12.4.2	Fritt rettsråd ved klage over vedtak om behandling uten eget samtykke	46
11.3	Høringsinstansenes syn	41	13	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene	47
11.4	Departementets vurderinger og forslag	43	14	Merknader til de enkelte bestemmelsene	48
12	Fri rettshjelp	45	14.1	Psykisk helsevernloven	48
12.1	Gjeldende rett	45	14.2	Rettshjelploven	50
12.1.1	Generelt om ordningen med fri rettshjelp	45	Forslag til lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet)	51	
12.1.2	Særlig om ordningen med fritt rettsråd	45			
12.1.3	Pasienter i psykisk helseverns tilgang til fri rettshjelp	45			
12.2	Forslag i NOU 2011: 9	45			
12.3	Høringsinstansenes syn	45			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 147 L

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2016,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Tall fra Helsedirektoratet¹ tyder på at bruken av tvang går litt opp og at det fortsatt er store geografiske variasjoner i bruken av tvang.

Tvang skal bare brukes når det er helt nødvendig og som en siste utvei. Styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet er viktige tiltak for å redusere bruken av tvang og for å få en riktigere bruk av tvang. Medvirkning og selvbestemmelse er også sentrale elementer i regjeringens arbeid med å skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste.

Departementet har vurdert lovforslagene i NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet (Paulsrud-utvalget) og foreslår at flere av forslagene fra utvalgets flertall følges opp.

For å styrke pasientens rett til å ta beslutninger som får konsekvenser for egen helse, foreslår departementet at pasienter som har samtykkekompetanse får rett til å nekte behandling i det psykiske helsevernet. Departementet foreslår

også lovendringer som vil bidra til å styrke rettssikkerheten til pasienter i psykisk helsevern som motsetter seg behandling eller andre tiltak. Pasientens rett til å få et vedtak og til å uttale seg før det fattes vedtak utvides, kravene til begrunnelse for vedtak skjerpes og ordningen med fritt rettsråd utvides. Det foreslås også tydeliggjøringer av formålet med psykisk helsevernloven og at bruk av tvang skal evalueres sammen med pasienten.

Paulsrud-utvalget mente de manglet særskilt kompetanse på barn og unge. Utvalget gikk derfor i liten grad inn på spørsmål som særlig gjelder denne gruppen. Utvalget mente også at det bør vurderes om tvangsreglene i helse- og omsorgslovgivningen burde samles i én felles lov, men mente at det falt utenfor mandatet og tidsrammen for utvalget å gå nærmere inn på dette. Utvalget mente dessuten at det bør gjøres grunnleggende endringer i kontroll- og overprøvingssystemet og at det bør etableres en felles kontroll- og overprøvinginstans for alle vedtak som fattes med hjemmel i psykisk helsevernloven.

¹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf>

Noen av forslagene fra Paulsrud-utvalget får betydning også utenfor psykisk helsevern og bør sees i en større sammenheng. Forslagene bør utredes ytterligere, særlig med tanke på virkningen for andre deler av helse- og omsorgssektoren.

Regjeringen oppnevner et nytt offentlig lovutvalg. Utvalget får i oppdrag å foreta en samlet gjennomgang av tvangsregelverket i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget blir bl.a. bedt om å se nærmere på problemstillingene som er nevnt ovenfor.

Departementet viser også til forslagene i Prop. 40 L (2015–2016) Endringer i psykisk helsevern-

loven mv. (rettigheter og bruk av tvang på rusfeltet), der det ble foreslått tydeligere rammer i lovverket for forskrifter om bruk av tvang og tiltak uten samtykke fra pasienter og brukere. Stortinget har sluttet seg til forslagene, og endringsloven ble sanksjonert 20. mai 2016, jf. lov 20. mai 2016 nr. 10 om endringer i psykisk helsevernloven mv. Departementet viser videre til forslagene i Prop. 78 L (2015–2016) Endringer i psykisk helsevernloven (kontroll for å hindre innføring av uønskede gjenstandar). Stortinget har også sluttet seg til disse forslagene, og endringsloven ble sanksjonert 10. juni 2016.

2 Bakgrunn

2.1 NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

I forbindelse med en større revisjon av psykisk helsevernloven i 2006, ba Stortinget om en grundigere vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven (Innst. O. nr. 66 (2005 – 2006)). Helsedirektoratet satte derfor ned en arbeidsgruppe i august 2008 som blant annet fikk i mandat å gjøre en slik vurdering.

Arbeidsgruppen, ledet av professor dr. juris Jan Fridthjof Bernt, leverte sin rapport i juni 2009. Arbeidet resulterte ikke i et samlet standpunkt til spørsmålet om lovendringer. Et flertall anbefalte imidlertid at det ble nedsatt et lovutvalg for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern, særlig sett i forhold til pasientrettighetsloven og menneskerettighetene.

Regjeringen fulgte anbefalingen og oppnevnte ved kongelig resolusjon 28. mai 2010 et lovutvalg som skulle utrede regler om tvang mv. innen psykisk helsevern. Utvalget ble ledet av advokat Kari Paulsrud og var ellers satt sammen av brukerrepresentanter og fagpersoner innen jus og medisin. Utvalget hadde 15 medlemmer.

Utvalget fikk følgende mandat:

- «1. Utvalget skal utrede etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis om tvang innen psykisk helsevern. Følgende skal særlig gjennomgås:
 - Forholdet mellom psykisk helsevernloven og samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og menneskerettigheter.
 - Behandlingstvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern.
 - Vilkaene for iverksetting av behandling under tvang (herunder tvangsmedisiner) og bruk av tvangsmidler.
 - Gjeldende kontrollordninger for overprøving av tvangsvedtak.
2. Siktemålet med å utrede tvangsbestemmelsene er å:
 - sikre en grundig gjennomgang av de gjeldende tvangsbestemmelsene innen

for psykisk helsevern i forhold til pasientenes rettssikkerhet, herunder ivaretagelse av hensynet til lik og forsvarlig utøvelse av tvang i landet

- sikre at eventuelle forslag til lovendringer er godt begrunnet og vurdert både tverrfaglig og av brukere/pårørende
3. Utvalget skal vurdere om regelverket bør endres for å klargjøre rettstilstanden i saker der domstolen kommer til at en pasient under psykisk helsevern skal skrives ut etter psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 6.
 4. Dersom utvalget kommer til at det bør foretas lovendringer, skal det foreslås konkrete lovendringer. Betydningen eventuelle lovendringer kan ha for annet regelverk skal vurderes og beskrives. Både konsekvensene av å beholde behandlingstvilkåret og av å fjerne vilkåret, skal vurderes og beskrives.
 5. Utvalget skal i arbeidet legge til grunn bl.a. følgende dokumenter:
 - Rapport 2. juni 2009 «Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven» fra arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet, ledet av Jan Fridthjof Bernt.
 - Utredning januar 2009 «Menneskerettslige aspekter ved tvangsmessig frihetsberøvelse, herunder lovoppsatte vilkår. Kort om bruk av tvang i behandlingssøyemed i psykisk helsevern, i og utenfor institusjon.» av professor dr. juris Aslak Syse.
 - Prop. 1 S (2009 – 2010) s. 140 avsnitt 3 og 4, kap. 732 (innledningen) under overskriften «prioriterte områder» s. 112, 2. spalte, jf. også kap. 734, post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus, s. 139/140.
 - Politisk plattform for flertallsregjeringen (2009 – 2013): kap. 9: Helse og omsorg.
 - Brev fra Utenriksdepartementet 12. juni 2009 vedrørende FNs konvensjon om

- rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.
- Rt. 2001 s. 752
 - NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004 – 2009.
 - Relevante konvensjoner som berører menneskerettighetene.
6. Utvalget skal utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av sine forslag i samsvar med Utredningsinstruksen kapittel 2. Minst ett av utvalgets forslag skal baseres på uendret ressursbruk.
7. Utvalget skal i løpet av arbeidsperioden avholde minst et høringsmøte hvor ulike brukergrupper er bredt representert. Det vises til artikkel 4 i FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Utvalget skal legge frem en NOU innen ett år fra det oppnevnes. Dersom det oppstår tvil om mandatets innhold og omfang, eller dersom utviklingen i arbeidet skulle tilsi det, kan utvalget ta opp med Helse- og omsorgsdepartementet en presisering eller justering av mandatet.»

2.2 Høring av NOU 2011: 9

Paulsrud-utvalget leverte sin utredning, NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011. Utvalgets medlem Hege Orefellen stilte seg ikke bak de vurderinger og forslag som fremgår av utredningen, og valgte å gi en samlet framstilling av sitt syn i vedlegg 1 til NOU 2011: 9.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte utredningen på høring 25. august 2011 med frist 3. januar 2012. Høringsfristen ble senere forlenget til 6. februar 2012.

Utredningen ble sendt til følgende høringsinstanser:

ACTIS
 ADHD Norge
 Afasiforbundet i Norge
 Akademikerne
 A-LARM – Bruker og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling
 Amalie Skrams Hus
 Ambulanshelsetjenesten KFO
 Amnesty International Norge
 Ananke, Støtteforeningen for mennesker med tvangslidelse
 Angstringen
 ANS Institutt for Familierapi
 Apotekerforeningen

Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem
 Autismeforeningen i Norge
 Arbeidsdepartementet
 Arbeids- og velferdsdirektoratet

Barne- likestillings- og integreringsdepartementet
 Barneombudet
 Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
 Barne-, ungdoms-, og familieetaten
 Bikuben – regionalt brukerstyrt senter
 Blå Kors Norge
 Bruker Spør Bruker

Civita

Datatilsynet
 Den internasjonale juristkommisjon – norsk avdeling
 Den Norske Advokatforening
 Den norske Dommerforening
 Den norske legeforening
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM)
 Den rettsmedisinske kommisjon
 De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk
 Det Norske Nettverket av Fontenehus

Fagforbundet
 Fagrådet innen rusfeltet
 Fampo, Folkeaksjonen mot maktmisbruk, politistat og overgrepskultur
 Fellesorganisasjonen (FO)
 Finansdepartementet
 Flyktninghjelpen
 Folkehelseinstituttet
 Foreningen for transpersoner
 Forskningsstiftelsen FAFO
 Fransiscushjelpen
 Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
 Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker
 Fylkesrådene for funksjonshemmede

Galebevegelsen
 Gatejuristen

Helseansattes Yrkesforbund
 Helsedirektoratet
 Helsetjenestens Lederforbund
 Hovedorganisasjon
 Human-Etisk Forbund
 Hvide Ørn – Interesse- og brukerorganisasjon innen psykisk helse

Informasjonssenteret Hieronimus	Legeforeningens forskningsinstitutt
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo	Likestillings- og diskrimineringsombudet
Institutt for samfunnsforskning (ISF)	LINK Oslo – Senter for selvhjelp og mestring
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet	Manifestsenteret
Interessegruppa for kvinner med spise- forstyrrelser	Medborgernes Menneskerettighets kommisjon
Juridisk rådgivning for kvinner (JURK)	Menneskeverd
Juss-Buss	Mental Helse Norge
Jussformidlingen i Bergen	Mental Helse Ungdom
Jusshjelpa i Nord-Norge	NA, Anonyme Narkomane
Justis- og politidepartementet	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Kommunalansattes Fellesorganisasjon (KFO)KIM-senteret	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – Uni helse
Kirkens Bymisjon	Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Klientaksjonen	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
Kliniske ernæringsfysiologers forening	Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS)
Kommunal- og regionaldepartementet	Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
KS	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF)	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
Kulturdepartementet	Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet
Kunnskapsdepartementet	Norges Farmaceutiske Forening
Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard	Norges forskningsråd
Landets fylkeskommuner	Norges Handikapforbund
Landets helseforetak	Norges Juristforbund
Landets Helsetilsyn i fylkene	Norsk Forbund for Psykoterapi
Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)	Norsk Forbund for Psykisk utviklingshemmede
Landets kommuner	Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
Landets kontrollkommisjoner	Norsk Forskerforbund
Landets politidistrikt	Norsk Helse- og Sosiallederlag
Landets pasient- og brukerombud	Norsk Helsesekretærforbund
Landets regionale helseforetak	Norsk Organisasjon for asylsøkere (NOAS)
Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål	Norsk Pasientforening
Landets regionale kompetansesentre for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri	Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
Landets universiteter	Norsk Presseforbund
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)	Norsk Psykologforening
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS)	Norsk Psykiatrisk Forening
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE)	NorskPsykoanalytisk Institutt
Landsforeningen for Psykopat Ofre	Norsk Redaktørforening
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP)	Norsk senter for menneskerettigheter
Landsforeningen for kosthold og helse	Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)
Landsforeningen for utekontakter	Norsk Sykepleierforbund
Landsforeningen for Voldsofre og Motarbeiding av Vold	Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norsk Tourette Forening
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
LAR Nett Norge	Organisasjonen Voksne for Barn

Organisasjon Mot Offentlig Diskriminering (OMOD)	Følgende instanser har opplyst at de ikke har merknader til høringen: Arbeidsdepartementet Kunnskapsdepartementet Utenriksdepartementet
PARAT Helse Pasientskadenemnda Politidirektoratet Pårørendeforeningen for aldersdemente/ alzheimer Pårørendekompetanse Pårørendesenteret i Oslo	Datatilsynet Diakonhjemmet Sykehus Statens legemiddelverk
Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Regionsentrene for barn og unges psykiske helse Regjeringsadvokaten Rettspolitisk forening Riksadvokaten Riksrevisjonen Rokkansenteret ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser Rusmiddelbrukernes interesseorganisasjon (RIO) Rådet for psykisk helse Råd og muligheter – ROM Agder	Arbeidsgiverforeningen Spekter Kirkens Bymisjon Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) Sametinget Samfunnsviternes fagforening Senter for medisinsk etikk (SME) Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) SINTEF Helse SPEKTER Statens autorisasjonskontor for helsepersonell Statens Helsetilsyn Statens Helsepersonellnemnd Statens legemiddelverk Statens råd for likestilling av funksjonshemmede Statstjenestemannsforbundet Stiftelsen Menneskerettighetshuset Stiftelsen SEPPEPE – Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering av psykoser Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning Stiftelsen Støttecenter mot Incest – Oslo Stortingets ombudsmann for forvaltningen	Følgende instanser har gitt merknader til forslagene i NOU 2011: 9: Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet Justis- og politidepartementet
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund Utenriksdepartementet	Akershus universitetssykehus HF Barneombudet Domstolsadministrasjonen Folkehelseinstituttet Fylkesmannen i Aust-Agder Fylkesmannen i Buskerud Fylkesmannen i Oslo og Akershus Fylkesmannen i Rogaland Fylkesmannen i Vestfold Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker Helsedirektoratet Helse Midt-Norge RHF Helse Nord-Trøndelag HF Helse Sør-Øst RHF Helse Vest RHF Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål II Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III Kontrollkommisjon III for psykisk helsevern i Østfold Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmets sykehus Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern for barn og ungdom – Oslo/ Akershus II Kontrollkommisjonen for Østmarka sykehus Kontrollkommisjon I for Akershus Kontrollkommisjonene i Øvre og Nedre Buskerud Likestillings- og diskrimineringsombudet Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)
Virke (tidligere HSH) Voksne for barn	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
We shall overcome	
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	

Nasjonalt kompetansesenter for selvmords- forskning og -forebygging	Trondheim kommune
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Universitetet i Oslo	ADHD Norge
Norsk senter for menneskerettigheter, Universitetet i Oslo	Advokat Ulrik Hegnar
Oslo universitetssykehus HF	Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem
Oslo universitetssykehus HF, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst	Den internasjonale juristkommisjon – norsk avdeling (ICJ-Norge)
Politidirektoratet	Den Norske Advokatforening
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør (RBUP Øst og Sør)	Den norske legeforening
Regjeringsadvokaten	Den rettsmedisinske kommisjon
RKBU Vest – Regionalt kunnskapssenter for barn og unge	Fellesorganisasjonen (FO)
Rådet for funksjonshemmede	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Rådet for psykisk helse	Gatejuristen
Statens Helsetilsyn	Hvite Ørn – Interesse- og brukerorganisasjon innen psykisk helse
Statens seniorråd	Høgskolen i Molde
St. Olavs Hospital HF	Høgskolen i Østfold
Sykehuset i Vestfold HF	Høgskolen i Ålesund
Sykehuset Telemark HF	Informasjonssenteret Hieronimus
Sykehuset Østfold HF	KS
Sørlandet sykehus HF	Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP)
TvangsForsk – Nettverk for forskning og kunn- skapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, Universitetet i Tromsø	Mental Helse Norge
Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet	Mental Helse Ungdom
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Bergen kommune	Norsk Psykologforening
Bærum kommune	Norsk Sykepleierforbund
Holmestrand kommune	Pensjonistforbundet
Horten kommune	Psykiater Terje Vestheim
Innherred samkommune	Redd Barna
Stavanger kommune	We shall overcome – Oslo/ Akershus
	WSO – Landsforeningen We shall overcome
	Høringsinstansenes kommentarer til de for- slagene i NOU 2011: 9 som blir vurdert i denne proposisjonen omtales i kapittel 5 til 12.

3 Forholdet til menneskerettighetene

3.1 Grunnloven og Den europeiske menneskerettskonvensjonen

Psykisk helsevernlovens regler om frihetsberøvelse og bruk av tvang overfor mennesker med psykiske lidelser må utformes og praktiseres slik at de ikke kommer i konflikt med menneskerettslige regler om blant annet rett til vern om personlig frihet og integritet.

Relevante menneskerettsbestemmelser finnes blant annet i Grunnloven kapittel E og Europarådets konvensjon av 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (EMK). EMK er inkorporert i norsk rett ved menneskerettsloven § 2 nr. 1. Konvensjonens bestemmelser gjelder som norsk lov og går foran annen norsk lovgivning ved motstrid, jf. menneskerettsloven § 3.

Grunnloven § 92 fastsetter en generell plikt for staten til å ivareta menneskerettighetene. Staten skal respektere og sikre menneskerettighetene slik disse er nedfelt i Grunnloven og i traktater som er bindende for Norge. Dette gjelder blant annet menneskerettighetene etter EMK og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Statens myndigheter er forpliktet både til å respektere og til å sikre gjennomføringen av rettighetene.

Grunnloven § 94 fastsetter et forbud mot fengsling eller annen frihetsberøvelse uten hjemmel i lov. Et krav om lovhjemmel for å kunne holde pasienter tilbake under tvungent psykisk helsevern følger også av Grunnloven § 113 som stiller krav om hjemmel i lov for statlig inngripen. Tilsvarende forbud mot frihetsberøvelse uten hjemmel i lov følger av EMK artikkel 5 om retten til personlig frihet og forbud mot frihetsberøvelse. Etter denne bestemmelsen kan frihetsberøvelse være tillatt på visse vilkår, blant annet frihetsberøvelse av «sinnslidende». Det stilles krav om at tiltaket er hjemlet i lov og at personen har mulighet for en rask domstolsprøving av lovligheten av frihetsberøvelsen.

Etter Grunnloven § 102 har enhver rett til respekt for sitt privatliv og familieliv. Staten skal sikre vern om den personlige integritet. Inngrep i

den personlige integritet må ha hjemmel i lov, forfølge et legitimt formål og være forholdsmessig.

En tilsvarende rettighet følger av EMK artikkel 8 som gir enhver rett til respekt for sitt privatliv og familieliv. Inngrep fra offentlige myndigheter i utøvelsen av denne rettigheten kan bare skje dersom tiltaket er hjemlet i lov, skal beskytte nærmere bestemte formål og er forholdsmessig. Respekt for privatliv omfatter blant annet rett til selv å bestemme over sin kropp og person. Bruk av tvang overfor personer med psykiske lidelser, som for eksempel tvangsmedisinering og tvangsmidler, vil som regel innebære et inngrep etter denne bestemmelsen som må oppfylle kravene om lovhjemmel, forholdsmessighet og ivaretagelse av bestemte formål for å være lovlig.

Grunnloven § 93 og EMK artikkel 3 fastsetter et forbud mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) har lagt til grunn at tvungent psykisk helsevern, blant annet tvangsbehandling som medisinskfaglig er ansett som nødvendig, ikke er i strid med dette forbudet.

3.2 FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD)

3.2.1 Kort om konvensjonen

FNs generalforsamling vedtok 13. desember 2006 en konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Norge undertegnet konvensjonen 30. mars 2007, jf. kongelig resolusjon av samme dato. Konvensjonen trådte i kraft 3. mai 2008 da 20 stater hadde ratifisert.

Konvensjonens hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne lik mulighet til å realisere sine menneskerettigheter. Konvensjonen bekrefter at de alminnelige menneskerettighetene gjelder fullt ut for mennesker med nedsatt funksjonsevne og skal sikre respekt for funksjonshemmedes gjeldende sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter.

Partene skal forby enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne og treffe hensiktsmessige tiltak for å sikre oppfyllelse av rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er definert som bl.a. mennesker som har langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre. Personer med psykiske lidelser vil være omfattet av denne definisjonen dersom de har en alvorlig og langvarig funksjonsnedsettelse.

Med «diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne» menes enhver forskjellsbehandling, utelukkelse eller innskrenkning på grunn av nedsatt funksjonsevne som har som formål eller virkning å begrense eller oppheve anerkjennelsen, nytelsen eller utøvelsen, på lik linje med andre, av alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter på det politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle, sivile eller et hvilket som helst annet område.

3.2.2 Norges ratifisering – to tolknings-erklæringer

Norske myndigheter ratifiserte konvensjonen i 2013 etter å ha innhentet samtykke fra Stortinget gjennom Prop. 106 S (2011–2012) Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

I forbindelse med ratifikasjonen avga Norge to tolkningserklæringer.

Den ene tolkningserklæringen gjelder konvensjonens artikkel 14 og 25 og adgangen til tvungen omsorg og behandling, blant annet av mennesker med psykiske lidelser. Erklæringen har sin bakgrunn i uenigheter om tolkningen av konvensjonen og særlig spørsmålet om det er diskriminering i strid med konvensjonen å ha særskilte regler som hjemler tvang overfor mennesker med psykiske lidelser. Erklæringen lyder:

«Artikkel 14 og 25

Norge anerkjenner at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet og personlig sikkerhet og en rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. Norge erklærer videre som sin forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak

iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier.»

Artikkel 14 og 25 lyder:

«Artikkel 14 Frihet og personlig sikkerhet

1. Partene skal sikre at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne på lik linje med andre:
 - a) har rett til frihet og personlig sikkerhet,
 - b) ikke berøves friheten på ulovlig eller vilkårlig måte og at enhver frihetsberøvelse skjer på lovlig måte, og at nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse.
2. Partene skal sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne som berøves sin frihet gjennom en hvilken som helst prosess, har krav på garantier på lik linje med andre i samsvar med internasjonale menneskerettighetsbestemmelser, og skal behandles i samsvar med målene og prinsippene i denne konvensjon, herunder ved gjennomføring av rimelig tilrettelegging.»

«Artikkel 25 Helse

Partene erkjenner at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til den høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Partene skal treffe alle hensiktsmessige tiltak for å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne får tilgang til helsetjenester som tar hensyn til de to kjønns egenart, herunder helserelatert rehabilitering. Partene skal særlig:

- a. sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne tilbys helsetjenester og -programmer, kostnadsfritt eller til en overkommelig pris, som dekker det samme spekteret og holder den samme kvalitet og standard som hva som tilbys andre, også med hensyn til seksuell og reproduktiv helse og folkehelseiltak rettet mot befolkningen,
- b. sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne får de helsetjenester som de trenger spesielt på grunn av sin nedsatte funksjonsevne, herunder tidlig utredning og inngripen, samt tjenester for å begrense og forhindre ytterligere funksjonsnedsettelser, også blant barn og eldre,

- c. sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne tilbys slike helsetjenester så nær hjemstedet som mulig, også i distriktene,
- d. kreve at medisinsk personell gir mennesker med nedsatt funksjonsevne like god behandling som den som gis til andre, herunder at behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke, blant annet ved bevisstgjøring om menneskerettighetene, verdigheten, selvbestemmelsesretten og behovene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, gjennom opplæring og iverksettelse av etiske standarder for offentlige og private helsetjenester,
- e. forby diskriminering av mennesker med nedsatt funksjonsevne med hensyn til tilbud om helseforsikring, og livsforsikring når slik forsikring er tillatt etter nasjonal lovgivning, som skal tilbys på en rettferdig og rimelig måte,
- f. hindre diskriminerende nektelse av helse- og omsorgstjenester, eller mat og drikke, på grunn av nedsatt funksjonsevne.»

Den andre tolkningserklæringen gjelder rettslig handleevne og vergemål.

3.2.3 Norges første rapport om implementering av CRPD

Etter artikkel 35 i konvensjonen skal hver stat avgi en fullstendig rapport til en oppnevnt FN-komite (CRPD-komiteen) om de tiltak staten har truffet for å oppfylle sine forpliktelser etter kon-

vensjon, og den framgang som tiltakene har gitt. Rapporten skal avgis første gang innen to år etter at konvensjonen trådte i kraft for vedkommende stat og deretter hvert fjerde år.

Norge gav sin første rapport om implementering av konvensjonen 2. juli 2015². Rapporten gir et overblikk over norsk politikk for personer med nedsatt funksjonsevne, samtidig som det redegjøres for tiltak og utfordringer under de enkelte artiklene. Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) koordinerer arbeidet med gjennomføringen av konvensjonen, blant annet arbeidet med Norges rapportering. I utarbeidningen av rapporten har BLD innhentet bidrag fra aktuelle sektordepartement. BLD har også involvert sivilt samfunn gjennom dialogmøter og en formell skriftlig høring. Sametinget har også hatt rapporten til høring. BLD har dessuten bevilget 300 000 kroner til Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon til arbeidet med koordinering av en skyggerapport fra sivilt samfunn.

I rapporten fastholder Norge tolkningserklæringene som ble avgitt i forbindelse med ratifikasjonen, herunder erklæringen til artikkel 14 og 25 om tvungen omsorg og behandling. Rapporten viser til at erklæringene er i tråd med en utbredt forståelse av konvensjonen blant statspartene.

Norge vil bli innkalt til høring om rapporten i CRPD-komiteen.

² <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8d611d10d7f4684b7e00f8cf3f1a741/crpd-rapport-2015-0503-versjon-sendt-pa-horing-l311613.pdf>

4 Samlet gjennomgang av tvangsregelverket i helse- og omsorgssektoren – oppnevning av lovutvalg

Regjeringen oppnevner et lovutvalg som skal utrede behov for å revidere og modernisere reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren.

Hoveddelen av reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren er samlet i fire regelsett:

- psykisk helsevernloven,
- pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (tvungen somatisk helsehjelp til blant annet demente),
- helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming) og
- helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 (tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige).

Hvert av de fire regelsettene har egne bestemmelser om formål, virkeområde, vilkår for bruk av tvangstiltak, saksbehandling, gjennomføring, klage og tilsyn. Til sammen gir dette et omfattende regelverk der pasient og bruker i mange tilfeller må ha oversikt over flere lovverk for å kunne forutsi sin rettsstilling.

Ulikhetene i regelverkene har i hovedsak vært begrunnet i forskjellige behov for å bruke tvang overfor målgruppene, men også i ulike fagtradisjoner. Det har imidlertid ikke vært gjennomført en generell gjennomgang av tvangsregelverket med sikte på å avdekke uhensiktsmessige forskjeller mellom de ulike regelsettene.

Utvalget skal vurdere hvordan regelverket kan utformes for å bli bedre samordnet og for å unngå problemer med gråsoner og områder med uklart hjemmelsgrunnlag. Utvalget står fritt i valg av lovstruktur.

Utvalget skal foreslå nødvendige lovendringer for å møte behovene i dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester. Det nye regelverket skal støtte opp under regjeringens mål om å skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste. Regelverket skal legge til rette for god

samhandling på tvers av ulike institusjonstyper og mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Utvalget skal også utrede forholdet til våre internasjonale forpliktelser, blant annet FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne og vurdere om det er behov for endringer i regelverket for å imøtekomme disse forpliktelsene.

Utvalget skal se på noen problemstillinger og forslag som Paulsrud-utvalget pekte på i NOU 2011: 9, men ikke selv utredet. Dette gjelder blant annet problemstillinger knyttet til barn og unge. Paulsrud-utvalget manglet særskilt kompetanse på barn og unge og avgrenset derfor mot særlige problemstillinger knyttet til denne gruppen, men anbefalte at disse spørsmålene utredes nærmere.

Videre foreslo Paulsrud-utvalget å etablere en felles kontroll- og overprøvingsinstans for alle vedtak etter psykisk helsevernloven og argumenterte for at dette bør være fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker. Utvalget utredet imidlertid ikke spørsmålet nærmere og foreslo ikke konkrete lovendringer.

Paulsrud-utvalget pekte også på problemstillinger knyttet til dagens regulering av elektrokonvulsjonsbehandling (ECT), som det var behov for å utrede nærmere, men som utvalget ikke fikk gjort innenfor sin tidsramme.

Det nye lovutvalget vil også bli bedt om å se nærmere på noen av forslagene fra Paulsrud-utvalget som får betydning utenfor psykisk helsevern og som derfor bør sees i en større sammenheng. Forslagene bør utredes ytterligere, særlig med tanke på virkningen for andre deler av helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder blant annet forslaget til endringer i pasient- og brukerrettighetslovens regler om samtykkekompetanse, forslag knyttet til kompetansekrav for helsepersonell og forslaget om utvidelse av virkeområdet for tvisteloven kapittel 36 med rett til fri sakførsel.

5 Formålet med psykisk helsevernloven

5.1 Gjeldende rett

Formålet med psykisk helsevernloven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. Det går fram av psykisk helsevernloven § 1-1.

5.2 Forslag i NOU 2011: 9

Utvalgets flertall foreslo at lovens formålsbestemmelse i større grad skulle markere sentrale prinsipper for anvendelse av tiltakene loven hjemler.

Etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skulle skje i samsvar med menneskerettighetene. Helsehjelpen skulle tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelserett. Bruk av tvang skulle forebygges og begrenses og bare gjennomføres dersom bruken står i et rimelig forhold til målet med tiltaket. Mindre inngripende tiltak skulle benyttes dersom de er tilstrekkelige. Utvalget foreslo at formålsbestemmelsen skulle lyde:

§ 1 Formål

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelserett. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Bruk av tvang etter loven her kan bare gjennomføres dersom bruken står i rimelig forhold til formålet med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes.

Se nærmere omtale av forslaget i NOU 2011: 9 punkt 19.2.

5.3 Høringsinstansenes syn

Bare én høringsinstans uttalte seg særskilt om forslaget til utdyping av formålsbestemmelsen. *Kontrollkommissjonen for OUS Ullevål II* anså det som:

«lovgivningspolitisk meget betenkelig at man i § 1-1 2. ledd har foreslått en bestemmelse hvor lovens formål beskrives til å begrense bruken av tvang. At man fra myndighetenes side må gjøre en betydelig innsats for å forebygge ... er noe helt annet ... selvsagt ingen uenighet om at redusert behov for og bruk av tvangshjemler er et mål. Imidlertid er det en forutsetning at de som er alvorlige syke ..., får den hjelp de har krav på. For dem er psykisk helsevernloven en rettighetslov. Det er derfor svært uheldig, for ikke å si direkte misvisende, å ha en slik formulering som utvalget foreslår i § 1-1, 2. ledd.»

5.4 Departementets vurderinger og forslag

De sentrale menneskerettighetene er gjennom Grunnloven og menneskerettsloven gjort gjeldende for Norge. Se nærmere omtale i kapittel 3. *Departementet* mener likevel at en henvisning i formålsbestemmelsen vil minne de ansatte i psykisk helsevern og kontrollinstansene om at menneskerettighetene gir viktige føringer for praktiseringen av bestemmelsene i psykisk helsevernloven.

Prinsippet om at frivillig psykisk helsevern skal ha vært forsøkt før det kan bli aktuelt å bruke tvang (frivillighetsprinsippet) er bl.a. nedfelt i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 1. I det ligger det at helsehjelpen så langt som mulig skal tilpasses den enkelte pasientens behov og at tvang skal være en subsidiær løsning. Når det gjelder somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, fastsetter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-1 at hjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt

som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Departementet har merket seg at Kontrollkommissjonen for OUS Ullevål II mener at forslaget om at et av lovens formål skal være å begrense bruken av tvang er betenkelig. Departementet er enig med kontrollkommissjonen i at hovedmålet for psykisk helsevern er å sikre at pasienter får god behandling. Psykisk helsevernloven gir rammer for behandlingen. Departementet viser til at det er et formål med kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven å forebygge og begrense bruk av tvang. De samme føringene gjelder for lovreglene om tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-1. *Departementet* slutter seg derfor til forslaget om harmonisering av regelverkene og foreslår at de samme prinsippene tas inn i formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven.

Prinsippene om at inngrep i en persons integritet må stå i et rimelig forhold til det en ønsker å oppnå med inngrepet (forholdsmessighetsprinsippet) og om at det minst inngripende tiltaket for å nå målet skal velges (minste inngreps prinsipp) er grunnleggende krav til all offentlig myndighetsutøvelse. Prinsippene følger både av menneskerettighetene og av alminnelig forvaltningsrett og ligger således til grunn for all tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren. Forslaget fra utvalgets flertall er imidlertid noe svakere uttrykt enn allerede eksisterende bestemmelser i psykisk helsevernloven. Dette gjelder særlig § 4-2 første ledd som

slår fast at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og at det så langt det er mulig skal tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak, men også andre bestemmelser som for eksempel § 4-8 første ledd om at tvangsmidler bare skal brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre at pasienten skader seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Dette påpekes også av utvalget i NOU 2011: 9 side 237. Departementet mener derfor det kan være noe misvisende å ta inn et svakere krav i formålsbestemmelsen.

Departementet slutter seg dermed til flertallets forslag til endringer i formålsbestemmelsen, med unntak av formuleringen om at bruk av tvang bare kan gjennomføres dersom bruken står i rimelig forhold til formålet med tiltaket. Departementet mener også at «respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet» ikke fullt ut dekker dagens formulering om «respekten for menneskeverdet». Det foreslås derfor at også dagens formulering tas med i den nye formålsbestemmelsen.

Departementet mener dessuten at minste inngreps prinsipp henger tett sammen med de øvrige prinsippene om vern av personlig integritet som er nedfelt i § 4-2. Departementet foreslår derfor at prinsippet tas inn i § 4-2 første ledd i stedet for i formålsbestemmelsen.

Se utkastet til psykisk helsevernloven §§ 1-1 og 4-2.

6 Forslag som gjelder styrking av pasientens selvbestemmelse

6.1 Generelt

Utvalget ble i mandatet særlig bedt om å gjennomgå forholdet mellom psykisk helsevernloven og samtykkebestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven og menneskerettighetene. På denne bakgrunn sto spørsmål om å styrke pasientenes selvbestemmelse i psykisk helsevern sentralt i utvalgets arbeid. Utvalgets flertall foreslo innføring av en ny modell i psykisk helsevernloven, slik at det skal være et vilkår for å bruke tvang at pasienten mangler beslutningskompetanse, jf. punkt 6.2. Flertallet vurderte også andre tiltak for å styrke pasientenes selvbestemmelsesrett ved tvungent psykisk helsevern, blant annet innføring av krav om antatt samtykke som vilkår for bruk av tvang, jf. punkt 6.3.

Utvalgets flertall foreslo også at begrepet samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven skal erstattes med beslutningskompetanse. Flertallet ønsket å synliggjøre at pasientens selvbestemmelsesrett omfatter både det å samtykke til og det å nekte helsehjelp. Det ble foreslått flere endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, bl.a. nye regler om hvem som har beslutningskompetanse. Etter departementets vurdering bør forslagene inngå i en samlet vurdering av tvangsregelverket innenfor helse- og omsorgssektoren, se punkt 6.2.4. Departementet viser til kapittel 4, der det framgår at ett av punktene i mandatet til et nytt lovutvalg er å vurdere regler om samtykkekompetanse.

6.2 Manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang

6.2.1 Gjeldende rett

6.2.1.1 Generelt

Hovedregelen er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Unntak gjelder hvis det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig

informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Etter psykisk helsevernloven § 2-1 er hovedregelen at psykisk helsevern skal ytes på bakgrunn av samtykke etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Unntak gjelder for pasienter med alvorlig sinnslidelse, forutsatt at nærmere angitte tilleggsvilkår er oppfylt. Det er gitt nærmere regler både om tvungen observasjon, etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern, behandling uten eget samtykke, bruk av tvangsmidler og overføring mellom institusjoner eller mellom ulike tvangsformer.

Ett annet unntak fra hovedregelen framgår av helsepersonelloven § 7, som regulerer øyeblikkelig hjelp. Etter denne bestemmelsen skal helsepersonell straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Et annet unntak fra kravet til samtykke er innført i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Denne bestemmelsen gjelder for pasienter over 18 år som mangler samtykkekompetanse, men som ikke motsetter seg helsehjelpen. Bestemmelsen gir på visse vilkår helsepersonell adgang til å ta avgjørelser om helsehjelp på pasientens vegne, jf. punkt 6.3.1.

Dersom en pasient som ikke har samtykkekompetanse, motsetter seg helsehjelp, kan det gis nødvendig somatisk helsehjelp etter nærmere vilkår gitt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

6.2.1.2 Hvem som har samtykkekompetanse

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 regulerer hvem som har rett til å samtykke til helsehjelp. Utgangspunktet etter første ledd er at personer over 18 år har samtykkekompetanse hvis ikke annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse. I tillegg har personer mellom 16 og 18 år samtykkekompetanse hvis ikke annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art.

Dette innebærer at hovedregelen er at personer over 16 år har samtykkekompetanse i helse spørsmål.

Andre ledd i § 4-3 regulerer når samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis. Dette gjelder hvis pasienten «på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.» Dette innebærer at hvis det ikke framstår som åpenbart for helsepersonellet at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt nekte å motta behandling. Bestemmelsen stiller også krav om bestemte årsaker for bortfall av samtykkekompetansen.

I rundskriv fra Helsedirektoratet (IS-8/2015 – Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer) er det redegjort nærmere for momenter som er relevante når det skal tas stilling til spørsmålet om en pasient har samtykkekompetanse. Det er vist til følgende:

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

Tilsvarende tekst er også tatt inn i rundskriv IS-9/2012 Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer. Sistnevnte rundskriv har også mer utfyllende kommentarer til dette spørsmålet. Det er blant annet vist til at avveiningene krever tid og rom for refleksjon og diskusjon, blant annet for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsutøvelsen og for å begrense tvangsbruk.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd fastslår at det er det helsepersonellet som yter helsehjelp, som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse. I forarbeidene (Ot.prp. nr. 12 (1998–99) Lov om pasientrettigheter) framgår det at dette vil være den som har det faglige ansvaret for behandlingen. Videre er det presisert i § 4-3 tredje ledd at helsepersonellet ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn skal legge forholdene til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp. Avgjørelser om manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlige, jf. fjerde ledd. Avgjø-

relsene kan påklages etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd bestemmer at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse, og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, bare kan skje etter reglene om tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven kapittel 3.

6.2.2 Forslag i NOU 2011: 9

Utvalgets flertall foreslo at manglende beslutningskompetanse skal være et vilkår for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Forslaget gjelder både ved tvungen observasjon, etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern og ved behandling uten eget samtykke. Formålet er å styrke pasientens selvbestemmelsesrett i behandlingsspørsmål.

Forslaget innebærer at den som har beslutningskompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern, eventuelt nekte fortsatt behandling, selv om vedkommende har en alvorlig psykisk lidelse, og helsepersonellet mener at pasienten trenger behandling.

Forslaget gjelder ikke tilfeller der pasienten på grunn av alvorlig psykisk lidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ifølge utvalget må reglene om tvungen innleggelse og tilbakehold i psykisk helsevern i større grad skille mellom inngrep som er begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv, og inngrep som er begrunnet ut fra samfunnshensyn. Utvalgets flertall foreslo derfor at vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern på grunnlag av fare for andre reguleres i en egen bestemmelse, der det ikke er satt vilkår om at pasienten mangler beslutningskompetanse.

Forslaget om manglende beslutningskompetanse som vilkår for bruk av tvang gjelder heller ikke ved «alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsrisiko». Ifølge utvalgets flertall vil det være etisk uholdbart å respektere pasientens beslutning når det er stor risiko for selvmord. Utvalgets flertall mente imidlertid at dette unntaket må avgrenses mot tilfeller som faller inn under pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 andre ledd (pasientens rett til å nekte livsforlengende behandling).

Når det gjelder spiseforstyrrelser, la utvalgets flertall til grunn at unnlatelse av å gi helsehjelp til personer med en «spiseforstyrret motivasjon for et næringsinntak som er så lavt at det kan føre til varig somatisk skade», vil føre til for store

menneskelige kostnader. På denne bakgrunn mente flertallet at en person som tar en «spiseforstyrret beslutning om å redusere eller ikke å øke næringsinntaket ved overhengende fare for somatisk helse, som hovedregel må regnes ikke beslutningskompetent.» Flertallet uttalte også at tilfeller som faller inn under pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 (sultestreik), må holdes utenfor.

Utvalgets flertall foreslo også at begrepet «beslutningskompetanse» skal erstatte «samtykkekompetanse», som er brukt i pasient- og brukerrettighetsloven. Begrunnelsen er å synliggjøre at pasientens selvbestemmelsesrett omfatter både det å samtykke til og det å nekte helsehjelp. Forslaget til regulering av hvem som har beslutningskompetanse, er diagnosenøytralt, slik at det er tatt inn fem vurderingskriterier i stedet for diagnoser. Beviskravet skal etter forslaget være at det er «overveiende sannsynlig» at pasienten mangler beslutningskompetanse. Flertallet mente at dette medfører vesentlige endringer av gjeldende rett fordi kravet etter pasient- og brukerrettighetsloven er at det skal være «åpenbart» at pasienten ikke forstår hva samtykket omfatter. Flertallet foreslo med andre ord at det skal mindre til for å komme fram til at pasienten mangler beslutningskompetanse enn det som i dag gjelder for å komme til at pasienten mangler samtykkekompetanse.

I tillegg foreslo utvalgets flertall en hjemmel for Kongen til å gi nærmere regler om vurdering av beslutningskompetanse i psykisk helsevern. Flertallet viste til at en forskriftsregulering kan avhjelpe eventuelle uklarheter eller uheldige utslag av kompetansevurderinger etter hvert som man gjør seg erfaringer med dette vilkåret i psykisk helsevern.

6.2.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene hadde delte meninger om utvalgets forslag. En del uttalelser var uklare med hensyn til hvilke elementer i forslaget som ble kommentert, men uttalelsene kan likevel oppsummeres slik at et flertall støttet forslaget. Mange av de som støttet forslaget, hadde også kritiske merknader, særlig om praktiske utfordringer.

Helsedirektoratet støttet forslaget om at samtykkekompetente pasienter skal kunne nekte behandling i psykisk helsevern (kompetansebasert modell). Direktoratet var imidlertid skeptisk til å endre begrepet samtykkekompetanse, fjerne kontrollmekanismen som ligger i diagnosetilknytning og svekke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlighet». Helsedirektoratet mente at det er et godt dokumentert behov for å

tydeliggjøre kriteriene for vurdering av samtykkekompetanse, og at det er hensiktsmessig og nødvendig å gjøre dette i loven, dersom manglende samtykkekompetanse skal bli et krav for tvungent psykisk helsevern. Direktoratet uttalte:

«Etter en samlet vurdering velger Helsedirektoratet å støtte forslaget om en overgang til en kompetansebasert modell. Det økende fokus på ikke-diskriminering, og på at psykiske lidelser skal møtes på samme måte som andre lidelser, taler for en slik samkjøring med pasientrettighetsloven.

Helsedirektoratet vil imidlertid påpeke at utvalget har hatt svært kort tid til å jobbe med et stort og komplekst mandat. Det gjenstår derfor mye arbeid før en eventuell lovreform kan iverksettes. Et vilkår om manglende beslutningskompetanse vil kunne oppfattes som vagt, upresist og vanskelig å praktisere for helsepersonell. Direktoratet ser derfor at det ved en eventuell overgang til en kompetansebasert modell, vil være nødvendig med presiseringer i regelverk og opplæring av helsepersonell og klageinstanser.»

I likhet med Helsedirektoratet støttet også enkelte andre instanser en kompetansebasert modell, samtidig som de mente at det er unødvendig å erstatte samtykkekompetanse med beslutningskompetanse. *Statens seniorråd* viste til at det kan være behov for en nærmere utredning om endret begrepsbruk når det gjelder demens og somatisk sykdom og pleiebehov.

Mental helse var enig i at samtykkekompetanse erstattes med beslutningskompetanse og mente at beslutningskompetanse og ikke diagnose må være inngangen til bruk av tvang. Organisasjonen uttalte også:

«Mange av de som i dag er underlagt tvungen behandling under behandlingskriteriet, vil kunne vurderes å ha beslutningskompetanse. En lovendring bør sikre at det ikke lenger er mulig å gjennomføre tvungen behandling for denne gruppen.»

Advokatforeningen uttalte:

«Det er etter Advokatforeningens vurdering en klar forbedring at den rettslige betydning av individets kompetanse – og mulighet til å nekte – kommer tydelig frem som et eget vilkår. Selv om forholdet til frivillighet og samtykke også i dag er en del av vurderingen av om vilkårene

for tvangsvern samlet sett er oppfylt, er det ikke et konkret vilkår. I praksis er det vanskelig å få gjennomslag for at personenes kompetanse skal få avgjørende betydning, så lenge begrepet alvorlig sinnslidelse objektivt sett er oppfylt, slik det er fortolket i rettspraksis.

En slik regulering harmoniserer også med vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A og ikke-diskrimineringshensyn. Det er vanskelig å se hvilke særlige hensyn ved psykisk helsevern som skulle legitimere så ulike vurderinger av betydningen av en persons kompetanse, avhengig av om det fattes vedtak om somatisk eller psykisk helsehjelp.»

Helse Vest RHF støttet forslaget og pekte på at vurdering av om pasienten har beslutningskompetanse krever særlig opplæring og erfaring.

Fylkesmannen i Aust-Agder mente det vil være viktig med en kompetansebasert modell og uttalte:

«Dette styrker rettssikkerheten, spesielt for de som har delvis samtykkekompetanse, dvs. de som i perioder vil være samtykkekompetente. Videre er vi av den oppfatning at modellen bidrar til å styrke pasientens medvirkningsrett og gi den enkelte pasient økt verdighet inn i behandlingen.

(...) Samtykkekompetansebegrepet er i dag innarbeidet blant helsepersonell. Det er kjent at det omfatter evnen til å ta en beslutning, uavhengig av om det er ja eller nei til helsehjelpen. Vi mener derfor at det ikke er behov for en endring av terminologien.»

Norsk Sykepleierforbund uttalte:

«Som utvalget påpeker er et sentralt punkt i kritikken mot psykisk helsevernloven at selvbestemmelsesretten settes til side i for stor grad. NSF støtter derfor utvalget når det foreslår overgang til et kompetansebasert system hvor det ikke kan anvendes tvungent psykisk helsevern mot mennesker som har beslutningskompetanse. (...)

NSF er enig i at det ved selvmordsfare og ved fare for andres liv og helse kan sees bort fra beslutningskompetanse som et avgjørende vilkår. (...)

Det knytter seg flere spørsmål til hvordan det kompetansebaserte systemet skal innføres og hvordan opplæring skal gjennomføres. (...) Blant annet vil en kompliserende faktor være at beslutningskompetanse kan variere gjennom døgnet og ulike faser av et sykdomsforløp.

NSF mener det er viktig at beslutningskompetanse hos en pasient kvalitetssikres gjennom en tverrfaglig vurdering i team som representerer et bredt kunnskapsgrunnlag. Vi ser en rekke konkrete og praktiske utfordringer som må imøtekommes gjennom tydelige forskrifter. Det er en fare for fortolkninger som igjen medfører stor variasjon i praksis mellom ulike behandlingstiltak og behandlingsansvarlige.»

Psykologforeningen ga også prinsipiell tilslutning til forslaget, men mente at krav om fravær av beslutningskompetanse ikke kan innføres uten kriterier som gjør det mulig å gjennomføre slike vurderinger i en praktisk klinisk hverdag. Videre uttalte *Psykologforeningen*:

«Psykologforeningen vurderer dette som et viktig tiltak for å sikre pasienters rettssikkerhet, og et tiltak som vil kunne redusere det tolkningsrommet som eksisterer i dagens lovverk, og som bidrar til den store variasjonen i tvangsbruk i helseforetak rundt om i landet.

Det er imidlertid store utfordringer knyttet til en slik endring, som potensielt vil gjøre det praktisk umulig for helsepersonell å yte pasientene den hjelpen de trenger. Spesielt viktig blir det å avklare kriteriene for hvor hyppig man skal gjøre vurderingen, og hvor lenge man kan anta at en beslutningskompetent/ikke-beslutningskompetent fase varer. (...)

Pasienter som gjennom tvangsvedtak kan medisineres, vil i en del tilfeller gjenvinne beslutningskompetanse, avslutte behandlingen og autoseponere medikamenter. Dette medfører en risiko for tilbakefall og nye akutte episoder. *Psykologforeningen* mener imidlertid at det er for lite kunnskap om effekten av å gå lang tid på antipsykotiske medikamenter til å forsvare et tiltak hvor man kan tvangsmedisinere pasienter som har beslutningskompetanse. *Psykologforeningen* understreker at det er behov for mer forskning på dette før man kan forsvare et slikt tiltak.»

Norsk senter for menneskerettigheter (SMR) uttalte:

«Utvalget foreslår tilleggsvilkår for å styrke pasientenes selvbestemmelsesrett ved inngrep i behandlingsøyemed. SMR støtter innføring av et krav om fravær av beslutningskompetanse og om antatt samtykke, men anser ikke dette tilstrekkelig til å forsvare opprettholdelse av behandlingstvilkårets bedrings- og forverringsalternativer. Senteret påpeker også at den kon-

krete utformingen av tilleggskriteriene synes å gi for vide muligheter til å frakjenne pasientene kompetanse til å foreta egne valg. Senteret ønsker å fremheve forholdet til CRPD som tilsier at helsepersonell må gjøre alt de kan for å optimalisere pasientens beslutningskompetanse.»

De instansene som var mot forslaget, viste særlig til at det vil være vanskelig å praktisere, og at det kan få uheldige konsekvenser. Dette gjaldt blant andre flertallet av psykiatriske klinikker ved sykehusene.

Klinikk psykisk helse og avhengighet Oslo Universitetssykehus uttalte:

«På samme måte som beslutningskompetansen kan fluktuere under et forløp, kan den også variere avhengig av hva det skal tas stilling til. En global vurdering av pasientens generelle beslutningskompetanse hvor det konkluderes entydig og saksuavhengig, vil ofte ikke passe med klinisk opplevd virkelighet. Beslutningskompetansen varierer avhengig av hva det skal tas standpunkt til. (...) Hvorvidt innføring av manglende beslutningskompetanse som et vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern ved behandlingsbehov vil føre til økt eller redusert bruk av tvang samlet sett, er også vanskelig å si. Det synes så vidt uklart at formålet med vilkåret også blir uklart, under forutsetning av at det foreligger som klar premiss en alvorlig psykisk lidelse med behandlingsbehov.»

Alle kontrollkommisjonene som uttalte seg om forslaget, var negative. *Kontrollkommisjonen for OUS, Ullevål III* uttalte:

«Slik denne kommisjonen tenker, vil hovedtyngden av de pasienter som har en alvorlig sinnslidelse mangle beslutningskompetanse når det gjelder vurdering av egen psykiske sykdom. For de pasientene som har beslutningskompetansen i behold til tross for en alvorlig sinnslidelse, vil det åpenbart være viktig å bli tatt på alvor når det gjelder egne beslutninger. Dersom en pasient med en alvorlig sinnslidelse viser å ha en innsikt i forhold til håndtering av egen sykdom, vil dette etter denne kommisjonens oppfatning fanges opp av dagens system ved den rimelighetsvurderingen som alltid skal foretas når spørsmålet om etablering/opprettelse av TPH skal vurderes. For at avgjørelsesmyndighetene skal bevisstgjøres dette, ville det etter denne kommisjonens oppfatning muli-

gens være fornuftig om dette bygges inn som et element i den helhetsvurderingen som skal gjøres, for eksempel i form at pasientens innsikt i sin situasjon også skal tillegges vekt.»

Legeforeningen var også skeptisk og uttalte:

«Det er vanskelig å forutse hvordan krav om beslutningskompetanse vil påvirke tvangsbruk i praksis. Muligheten for at forslaget vil føre til økt bruk av tvang er absolutt til stede. Beslutningskompetanse kan vise seg å svinge i løpet av et døgn, og ikke minst i akutte situasjoner kan forbigående og situasjonsutløst svekkelse av beslutningskompetansen kunne føre til uønsket etablering av tvang.

(...) Beslutningskompetansen vil kunne være intakt i forhold til enkle problemstillinger, men kan samtidig være sviktende når det gjelder mer omfattende og sammensatte spørsmål som krever abstraksjonsnivå og evne til å se sammenhenger. Også situasjonsavhengige forhold vil påvirke beslutningskompetanse. (...)

Legeforeningen ser at det på den annen side kan tenkes at en forsiktig, snever fortolkning av begrepet beslutningskompetanse vil føre til at en del pasienter, særlig ved psykose-sykdom under utvikling, vil bli innlagt senere enn under nåværende regelverk. Man kan tenke seg at sykdom må utvikle seg i alvorlig grad og at funksjonsnivået må falle betydelig før tvang kan anvendes.

Hvis utfallet av den foreslåtte lovendringen blir at færre psykotiske personer, og særlig «nye syke», blir tatt imot til tvungent psykisk helsevern, kan konsekvensen bli alvorlig for pasientene og deres pårørende. Langvarige, ubehandlede psykoser kan føre til helseskade på kort og lang sikt. Foruten å gi dårligere behandlingsutsikter så vil sen/ forsinket behandling også kunne medføre økt forekomst av alvorlig vold og alvorlig suicidaladferd. (...)

Legeforeningen vil også peke på det problem som oppstår når en pasient med manglende beslutningskompetanse er i bedring og man skal ta stilling til om beslutningskompetansen er gjenvunnet, slik at tvang skal oppheves. (...) Dette gjelder særlig der hvor beslutningskompetanse er fluktuerende og hvor pasienter er kjennetegnet av beslutningsambivalens.

Beslutningskompetanse skal altså vurderes av helsepersonell under dialog med pasienten, og eventuelt pårørende, om sykdom og behandlingsmuligheter, og deretter lede fram til en beslutning om helsehjelp. Å avklare

beslutningskompetanse er noen ganger en kort og enkel prosess, både ved ukompliserte medisinske tilstander hos psykisk friske og også ved meget alvorlig sykdom hvor fraværet av beslutningskompetanse kan være åpenbart. Men når sykdomstilstanden og helsetilbudet er mer komplisert og pasientens forståelsesmuligheter varierer, blir vurderingen en komplisert og langvarig prosess.

(...) I tillegg vil en del pasienter på grunn av sin tilstand være ambivalente og ha problemer med å ta valg, selv om de isolert sett forstår de relevante problemstillinger. Legeforeningen vil derfor understreke at utøvelse av klinisk skjønn derfor i mange sammenhenger vil kunne være vesentlig mer komplisert og tidkrevende enn det de aktuelle forslag synes å forutsette.»

Statens helsetilsyn uttalte:

«Statens helsetilsyn har merket seg utvalgets begrunnelse for å foreslå den nye betegnelsen «beslutningskompetanse» til erstatning for begrepet «samtykkekompetanse». Statens helsetilsyn vil påpeke at begrepet «beslutningskompetent» kan ha et potensial for å virke mer personlig belastende enn termen «samtykkekompetent». Det å bli vurdert for å kunne gi samtykke til en bestemt medisinsk behandling kan oppleves som mer avgrenset enn å bli utsatt for en mer generell vurdering av sin samlede «beslutningskompetanse». Vi finner det derfor lite hensiktsmessig dersom en endring i begrepsbruk vil kunne øke graden av skjønnsmessige vurderinger og med det gi en utilsiktet større variasjon i de beslutninger som blir fattet.

Vi stiller også spørsmål ved om den nye betegnelsen kan få utilsiktede konsekvenser i forhold til begrepsbruken i annet lovverk som omhandler «samtykke».

I tillegg kan det synes som om systematikken for gjennomføring av vurdering av «beslutningskompetanse» kan fremstå både som komplisert og i unødig grad kan virke byråkratiserende. Statens helsetilsyn vil påpeke at det kan være vanskelig å få gjennomført slike vurderinger på en hensiktsmessig måte i de tilfellene der alvorlig syke og hjelpetrequende mennesker søkes innlagt til helt nødvendig behandling i psykisk helsevern innenfor rammen av en tvangslovgivning. Vi stiller spørsmål ved om den type vurderinger som det her legges opp til, er mulige å praktisere i situasjoner der mennesker har omfattende psykisk sykdom ledsa-

get av sterk uro og kognitive forstyrrelser. Statens helsetilsyn vil uttrykke tvil om den nye betegnelsen vil ha noen reell betydning med tanke på å sikre alvorlig syke mennesker sikker og rettferdig tilgang til helsehjelp.»

6.2.4 Departementets vurderinger og forslag

6.2.4.1 Innføre krav om samtykke fra samtykkekompetente pasienter (kompetansebasert modell)

Som utvalget har vist til, har hensynet til pasientens selvbestemmelsesrett blitt tillagt større vekt i helselovgivningen de siste tiårene. Ved endringer som trådte i kraft 1. januar 2007, ble pasientrettighetene i det psykiske helsevernet styrket ved at tidligere begrensning om at pasientrettighetsloven gjelder «så langt det passer» ble fjernet.

Hovedregelen etter denne endringen er at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 1-5. Etter § 2-1 første ledd er hovedregelen at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Unntak gjelder pasienter med alvorlig sinnslidelse, som kan tvangsinnlegges dersom flere tilleggsvilkår er oppfylt. Muligheten for å yte psykisk helsehjelp på frivillig grunnlag skal alltid være en del av vurderingen av vilkårene for å bruke tvang etter psykisk helsevernloven. Det er ikke på samme måte som for tvangsvedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A stilt et uttrykkelig vilkår om fravær av samtykkekompetanse. Dette medfører at tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven kan fattes også når pasienten er samtykkekompetent.

Forslaget om å innføre en kompetansebasert modell for tvungent psykisk helsevern reiser vanskelige spørsmål. Det framgår i punkt 6.2.3 at høringsinstansene hadde delte meninger om dette forslaget, men at et flertall støttet det. De som støttet forslaget, viste særlig til at det vil styrke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Innvendingene mot forslaget gjaldt særlig praktiske utfordringer og helsemessige og velferdsmessige konsekvenser forslaget kan få for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Hovedanbefalingen fra flertallet i utvalget er at pasientenes selvbestemmelsesrett styrkes i psykisk helsevernloven. Departementet slutter seg til dette. Som utvalgets flertall har pekt på, må det vurderes hvilke rettslige virkemidler som kan styrke pasientenes selvbestemmelse uten at dette i for stor grad går på bekostning av de hen-

synene som ligger bak dagens tvangsregler i psykisk helsevernloven. Departementet vil nedenfor gå gjennom argumenter som taler for å innføre en kompetansebasert modell og argumenter som taler mot.

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) ble ratifisert av Norge i 2013, jf. punkt 3.2.2. Det er omstridt hvordan flere artikler i denne konvensjonen skal tolkes, jf. de tolkningserklæringene Norge har avgitt. Som utvalget har pekt på, er det imidlertid liten tvil om at konvensjonen gir uttrykk for en internasjonal utvikling med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering. Etter departementets vurdering er det viktig å gjøre endringer i psykisk helsevernloven som følger denne utviklingen. En modell som går ut på å styrke pasientenes selvbestemmelsesrett vil etter departementets syn være en viktig tilpasning til de prinsippene som ligger til grunn for FN-konvensjonen. En kompetansebasert modell innebærer en overgang fra fokus på diagnose til funksjonsnivå, noe som er i tråd med CRPD.

Flere høringsinstanser viste til at en modell som går ut på at en pasient med alvorlig psykisk lidelse kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern, kan medføre alvorlige helsemessige og velferdsmessige konsekvenser for pasienten. I tillegg viste flere til at modellen også kan få alvorlige konsekvenser for pasientens pårørende. Det er ikke mulig med sikkerhet å forutse om eller i hvilken grad forslaget vil få slike konsekvenser. Departementet vil imidlertid vise til at det i tilfeller der pasienten ikke utgjør en fare for andres liv eller helse, som utgangspunkt er vanskelig å legitimere tvungent vern og behandling overfor mennesker som har samtykkekompetanse. Selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse, bør dette etter departementets vurdering ikke være et tilstrekkelig grunnlag for å overprøve pasientens vurderinger. Av uttalelsen fra Advokatforeningen framgår det at det i praksis er vanskelig å få gjennomslag for at pasientens kompetanse skal få avgjørende betydning, så lenge begrepet alvorlig sinnslidelse objektivt sett er oppfylt, slik det er tolket i rettspraksis.

Departementet vil også vise til at hovedvilkåret alvorlig sinnslidelse i hovedsak omfatter psykose, der tap av kontakt med virkeligheten er det sentrale. Hovedvilkåret forutsetter en kompetansesvikt som legitimerer inngrep fordi pasienten ikke kan ta vare på seg selv. Dette slår ikke inn der samtykkekompetansen er til stede eller gjenopprettet.

Hvis det er stor risiko for selvmord, vil det imidlertid etter departementets vurdering være

etisk uholdbart å respektere pasientens beslutning om å nekte å ta imot helsehjelp. Det samme gjelder tilfeller der pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Departementet viser også til helsepersonelloven § 7, som pålegger helsepersonell en plikt til å gi helsehjelp «når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig». Intensjonen med denne bestemmelsen støtter at det bør gjelde visse unntak når det gjelder å respektere pasientens beslutning om å nekte å ta imot helsehjelp. Bestemmelsen skal imidlertid ikke tolkes slik at den gir en videre hjemmel til å bruke tvang ved behandling av psykiske lidelser enn det som følger av psykisk helsevernloven.

Flere høringsinstanser uttalte at forslaget vil føre til at noen pasienter kommer senere i gang med behandling hvis helsetjenesten ikke lykkes med annen oppfølging på frivillig basis, og at dette kan bety dårligere behandlingsutsikter og redusert livskvalitet for disse pasientene. Det ble også vist til at en kompetansebasert modell kan medføre tidligere utskrivninger enn etter dagens regler og flere reinnleggelser. Andre høringsinstanser viste til at usikkerhet rundt vedlikeholdsbehandling og virkning av langtidsbehandling med antipsykotika taler for at pasienter med beslutnings- eller samtykkekompetanse bør kunne nekte behandling. Etter departementets vurdering bør en avgjørelse om bruk av tvang bygge på mer enn en diagnose og helsefaglige vurderinger om behov for behandling. Et lovverk som i tillegg bygger på pasientens kompetanse vil bidra til at avgjørelser om bruk av tvang får et bredere beslutningsgrunnlag.

Departementet vil også vise til utvalgets uttalelse om at det foreligger en «bred og begrunnet kritikk av langtidseffekten av antipsykotika, og av hvordan behandlingseffektforskningen har blitt tolket og omformet i behandlingspraksis ved alvorlige psykiske lidelser». Departementet legger til grunn at innføring av en kompetansebasert modell i praksis særlig vil få konsekvenser for langvarig tvangsmedisinering. Slik behandling må anses som et særlig inngripende tiltak.

Et krav om manglende samtykkekompetanse kan også gi en sterkere oppfordring til å trekke andre som kjenner pasienten inn i beslutningsprosessen, for eksempel pårørende. Dette vil innebære at pårørendes rolle blir styrket.

Manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang vil innebære en sterkere rettsliggjøring av tvungent psykisk helsevern. Økt rettsliggjøring kan gjøre vurderingene mer tilgjengelig for kontroll av jurister og lekfolk i

klageinstanser og domstoler, slik at rettssikkerheten til pasientene styrkes. Rettstilstanden kan tenkes å bli mer forutberegnelig. På den annen side kan det hevdes at et vilkår om manglende samtykkekompetanse kan oppfattes som upresist og vanskelig å praktisere for helsepersonell, jf. innvendingene fra høringsinstansene referert i punkt 6.2.3.

Departementet vil her understreke at det ved iverksetting av ny modell må gis god opplæring og veiledning om hvordan de nye reglene skal forstås. Det vil også være viktig at en beslutning om samtykkekompetanse blir kvalitetssikret. Etter departementets vurdering vil det være en god løsning at slike beslutninger kvalitetssikres ved en tverrfaglig vurdering i team som representerer et bredt kunnskapsgrunnlag, slik Norsk Sykepleierforbund har vist til. Se også forslag i kapittel 8 om plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvangsbehandling.

En annet argument for å innføre en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven er at dette vil harmonere med modellen i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A. Dette kapitlet trådte i kraft 1. januar 2009 og regulerer somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Spørsmålet om pasienten mangler samtykkekompetanse skal etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 vurderes etter samme lov kapittel 4. Samtykkekompetente pasienter kan som hovedregel nekte somatisk helsehjelp.

Ved å innføre en tilsvarende modell i psykisk helsevernloven vil reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten bli mer samordnet. Flere høringsinstanser trakk fram dette. Helsedirektoratet viste også til økende fokus på at psykiske lidelser skal møtes på samme måte som andre lidelser. Advokatforeningen uttalte at det er vanskelig å se hvilke særlige hensyn ved psykisk helsevern som skulle legitimere så ulike vurderinger av betydningen av en persons kompetanse, avhengig av om det fattes vedtak om somatisk eller psykisk helsehjelp.

Det kan også hevdes at en kompetansebasert modell som legger større vekt på selvbestemmelseretten, vil gi tjenesteyterne en sterkere oppfordring til å kartlegge pasientens ønsker og behov og et sterkere insentiv til å nå fram med hjelpen ved frivillighet. En effekt kan også bli at informasjonsutvekslingen mellom helsepersonellet og pasienten blir styrket, både når det gjelder behandlingsformer og vurderinger av nytte og ulemper ved et behandlingsopplegg.

En innvending mot å innføre en kompetansebasert modell er at dette kan føre til økt bruk av vilkåret om at pasienten utgjør en fare for andre. Enkelte pasienter og tjenesteytere kan oppleve det mer belastende at vilkåret om manglende samtykkekompetanse blir lagt til grunn enn at vilkåret om fare for andre blir brukt. Andre pasienter eller tjenesteytere kan ha motsatt oppfatning eller opplevelse av dette. Det er mulig at økt bruk av farevilkåret kan bli en utilsiktet sidevirkning av forslaget, men departementet mener i likhet med utvalgets flertall at en viss økning i bruk av farevilkåret er legitimt i tilfeller der det dreier seg om personer som allerede i dag oppfyller dette vilkåret, men der den faglig ansvarlige velger å bruke behandlingvilkåret.

Tvungent psykisk helsevern starter nesten alltid med døgnopphold. Deretter er mange av pasientene under tvungent vern uten døgnopphold. Denne tvangsformen benyttes ofte for vedlikeholdsbehandling når den akutte psykosen eller manien er over. Departementet antar at overgangen til en kompetansebasert modell vil være særlig aktuell for pasienter under tvungent vern uten døgnopphold, og at modellen kan redusere tvangsbruken for denne gruppen.

Det er vanskelig å forutse i hvilken grad krav om manglende samtykkekompetanse vil påvirke bruk av tvang i praksis. Høringsinstansene hadde delte meninger om dette, og flere viste til at dette er vanskelig å anslå. Departementet antar at en kompetansebasert modell vil medføre mindre bruk av tvang i de tilfellene der tvangen vanskeligst lar seg forsvare etisk. Dette vil særlig gjelde pasienter som faglig sett vurderes som godt behandlet, og der behandling uten eget samtykke blir gjennomført som såkalt vedlikeholdsbehandling.

Etter en helhetsvurdering foreslår departementet at det innføres et krav om samtykke i psykisk helsevernloven for de tilfellene pasienten er samtykkekompetent (kompetansebasert modell). Departementet er enig med utvalgets flertall i at modellen ikke bør gjelde i tilfeller der pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Her vil hensynet til samfunnsbeskyttelse være det sentrale. Videre mener departementet i likhet med utvalgets flertall at modellen ikke bør gjelde i tilfeller der det er en nærliggende og alvorlig fare for selvmord.

Det kan anføres argumenter mot forslaget, men departementet mener at tiden er moden for å styrke selvbestemmelseretten og rettssikkerheten for pasienter med psykiske lidelser i Norge. Etter departementets vurdering er det viktig å

foreslå endringer i psykisk helsevernloven som innebærer tilpasninger til utviklingen internasjonalt.

Som nevnt, vil det være avgjørende at det blir gitt god opplæring og veiledning om hvordan reglene skal forstås før ny modell skal iverksettes. Departementet tar sikte på å gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en veileder i samarbeid med relevante fagmiljøer. Denne veilederen bør være ferdig før iverksetting av ny modell.

Departementet viser til lovforslaget §§ 3-2, 3-3 og 4-4 og merknadene til disse bestemmelsene i kapittel 14.

6.2.4.2 *Forholdet til reglene om samtykkekompetanse*

Enkelte høringsinstanser tok til orde for å innføre en kompetansebasert modell uten å endre reglene i pasient- og brukerrettighetsloven om hvem som har samtykkekompetanse. Helsedirektoratet viste til at det synes både litt overflødig og pedagogisk uheldig å endre et innarbeidet begrep som «samtykkekompetanse.» Direktoratet anbefalte også at dersom begrepet «samtykkekompetanse» skal skiftes ut med «beslutningskompetanse», bør begrepet også skiftes ut i annet helserettlig lovverk. Direktoratet viste til pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, helseforskningsloven, bioteknologiloven, behandlingsbiobankloven, lov om alternativ behandling og helse- og omsorgstjenesteloven.

Etter departementets vurdering tilsier konsekvensene for øvrig helselovgivning at utvalgets forslag om hvem som har samtykke-/beslutningskompetanse, utredes nærmere av et nytt lovutvalg. Dette gjelder særlig forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, som regulerer somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Forholdet til regler i andre lover der begrepet samtykkekompetanse blir brukt, bør også utredes nærmere. Departementet mener at det er viktig at disse reglene blir vurdert i en større sammenheng. Utredning av dette vil inngå i mandatet til lovutvalget som skal revidere og modernisere reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten, jf. kapittel 4.

Dette innebærer at departementet foreslår at det innføres en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven, men at modellen inntil videre skal bygge på gjeldende regler om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven. Departementet viser til rundskriv fra Helsedirektoratet IS-8/2015 – Pasient- og brukerrettig-

hetsloven med kommentarer. Her er det gitt nærmere veiledning om hvordan reglene om samtykkekompetanse skal tolkes, jf. kommentarene til loven § 4-3. Det er også gitt veiledning om vurdering av samtykkekompetanse og relevant regelverk i direktoratets rundskriv IS-9/2012 Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Her er det blant annet vist til at avveiningene krever tid og rom for refleksjon og diskusjon, blant annet for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsutøvelsen og for å begrense tvangsbruk. Departementet viser til omtalen av dette i punkt 6.2.1.2. De momentene som er omtalt i Helsedirektoratets rundskriv, bør inngå i vurderingen av om pasienten har samtykkekompetanse etter nye regler i psykisk helsevernloven §§ 3-2, 3-3 og 4-4.

Utvalgets flertall foreslo at det blir innført en hjemmel for Kongen til å gi nærmere bestemmelser om vurdering av beslutningskompetanse. Departementet viser til at utredning av reglene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven vil inngå i mandatet til et nytt lovutvalg. På denne bakgrunn finner ikke departementet grunn til å foreslå en hjemmel for Kongen til å gi nærmere regler om vurdering av samtykke-/beslutningskompetanse i denne proposisjonen.

6.2.4.3 *Særlig om pasienter med spiseforstyrrelser*

Utvalgets flertall har vurdert spørsmål om manglende beslutningskompetanse for pasienter med spiseforstyrrelser særskilt. Flertallet uttalte at det å legge større vekt på beslutningskompetanse, lett kan føre til at færre med alvorlige spiseforstyrrelser kommer inn under tvungent vern enn i dag. Det ble også anført at alvorlige spiseforstyrrelser kan ha stor påvirkning på beslutninger om ernæring og vekt, mens andre funksjoner er intakt. Videre uttalte flertallet:

«Selve ønsket om å være tynn vil kunne bygge på vurderinger og verdier som er påvirket av en spiseforstyrrelse i en slik grad at personen bør vurderes til å mangle beslutningskompetanse. I slike tilfeller vil ikke et krav om beslutningskompetanse hindre tvungent psykisk helsevern og gjennomføring av tvungen ernæring etter dagens § 4-4 annet ledd bokstav b. Dette vil kunne sannsynliggjøres ut fra pasientens tidligere historie og hvordan pasienten nå begrunner og veier ulike konsekvenser. Det kan trekke i retning av manglende beslutningskompetanse dersom pasienten underkjenner skadevirkninger av ytterligere vektreduksjon,

overvurderer sosiale fordeler ved å være svært mager, eller uttrykker at han eller hun uansett vil forsøke å bli tynnere. Men man risikerer at pasienter, med utgangspunkt i god beslutningskompetanse på mange områder, men med en spiseforstyrret motivasjon og virkelighetsvurdering, framstiller sin sak slik at han eller hun tilsynelatende framstår som beslutningskompetent.

Utvalget legger til grunn at unnlattelse av å gi helsehjelp til personer med en spiseforstyrret motivasjon for et næringsinntak som er så lavt at det kan føre til varig somatisk skade, vil medføre for store menneskelige kostnader. På bakgrunn av dette mener utvalget (unntatt Orefellen) at en pasient med alvorlig spiseforstyrrelse som tar en beslutning om å redusere eller ikke å øke næringsinntaket som medfører overhengende fare for somatisk helse, som hovedregel må regnes som ikke beslutningskompetent. Tilfeller som faller inn under pasientrettighetsloven § 4-9 (sultestreik) må imidlertid holdes utenfor.»

Departementet slutter seg til vurderingene fra utvalgets flertall. Departementet legger til grunn at pasienter som på grunn av spiseforstyrrelse anses å ha en alvorlig sinnslidelse og ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, som hovedregel må anses å mangle samtykkekompetanse.

Departementet viser også til høyesterettsdom avsagt 25. august 2015, jf. Rt-2015-913. I denne dommen la Høyesterett til grunn at pasienter med anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som kan karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse, såfremt tilstanden kan likestilles med psykose. Høyesterett konkluderte med at den pasienten dommen gjaldt, ved domsavsigelsen led av en alvorlig sinnslidelse, og at grunnvilkåret for å anvende tvungent psykisk helsevern dermed var oppfylt. Høyesterett la til grunn at vedkommende på grunn av sin sykdom hadde en

«alvorlig svikt i evnen til å foreta en realistisk vurdering av egen kropps utseende, vekt og fungering og av de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn hun trenger. Hennes vrangforestillinger er så dominerende og styrende at hun, om hun får anledning, tar til seg så lite næring at det er livstruende».

Høyesterett fant også at de øvrige vilkårene i psykisk helsevernloven for å anvende tvungent psy-

kisk helsevern overfor pasienten var oppfylt. Selv om de siterte uttalelsene fra høyesterett gjaldt spørsmål om pasienten kunne anses å ha en alvorlig sinnslidelse, finner departementet at uttalelsene støtter departementets vurdering ovenfor om manglende samtykkekompetanse.

6.3 Krav om antatt samtykke

6.3.1 Gjeldende rett

I pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd første punktum er det bestemt at helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan gis dersom det antas å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. I neste punktum er det bestemt at der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Denne bestemmelsen gjelder bare for voksne pasienter som mangler samtykkekompetanse, og som ikke motsetter seg helsehjelpen. Bestemmelsen kan heller ikke anvendes overfor pasienter som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd.

Regler om hva som gjelder for pasienter med alvorlig sinnslidelse, framgår av psykisk helsevernloven, jf. kapittel 3 om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern og kapittel 4 om behandling uten eget samtykke, bruk av tvangsmidler m.m. I disse reglene er det ikke stilt krav om at det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til hjelpen.

6.3.2 Forslag i NOU 2011:9

Utvalgets flertall foreslo at antatt samtykke skal være et vilkår for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Vilkåret er formulert slik at det skal være «sannsynlig at pasienten ville ha samtykket til helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt beslutningskompetanse».

Forslaget innebærer at dersom vilkåret ikke er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern ved behandlingsbehov ikke etableres eller opprettholdes. Forslaget gjelder også for tvungen observasjon og behandling uten eget samtykke, men ikke der pasienten på grunn av alvorlig psykisk lidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Utvalgets flertall viste til at et krav om antatt samtykke har en «høy etisk legitimitet ved inngrep som er begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv». Det er uklart om flertallet mente at forslaget skal gjelde ved selvmordsfare.

I forslaget til lovtekst er det presisert at «Pasientens tidligere uttrykte holdninger til bruk av tvang nedfelt i forhåndserklæringer, individuell plan eller lignende, skal tillegges betydelig vekt.» I tillegg er det presisert at det skal innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten trolig ville ha ønsket, der det er mulig. Grunnlaget for et antatt samtykke kan ifølge utvalgets flertall være konkrete holdepunkter i pasientens fortid om hva han eller hun ville ha ønsket i nåtid. I mangel av slike holdepunkter mente flertallet at en antakelse også kan baseres på objektive vurderinger av hva som er i pasientens interesse.

6.3.3 Høringsinstansenes syn

En god del av høringsinstansene unnlot å kommentere forslaget om at antatt samtykke skal være et vilkår for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Halvparten av de som uttalte seg, var mot forslaget, mens den andre halvparten støttet det. Mange, både blant de som støttet og de som ikke støttet forslaget, mente at det i praksis vil være vanskelig å ta stilling til vilkår om antatt samtykke, særlig i akutsituasjoner. Flere viste også til at forslaget gir et stort tolkningsrom og kan føre til ulik praksis. *Statens helsetilsyn* uttalte:

«Utvalget har tatt til orde for å innføre et krav om antatt samtykke, dvs. hva pasienten ville ha ment om helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt «beslutningskompetanse.» Statens helsetilsyn er usikker på nytteverdien av å innføre et krav om at denne typen antagelser skal utføres i tilknytning til etablering av tvungent psykisk helsevern. Det vil kunne være store variasjoner i grunnlaget for å kunne beskrive antatte samtykker og skjønnsrommet vil kunne bli stort og stringensen i beslutningene vil kunne bli svekket. I mange situasjoner vil det også være praktiske utfordringer knyttet til å få gjort seg opp meninger om antatte samtykker bl.a. fordi tilgangen til referanser/komparentopplysninger er svært begrenset eller fraværende.»

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME) støttet utvalgets grep for å «styrke rettssikkerheten for pasienter og redusere paternalisme (...), men er usikker på om målet vil nås når antatt samtykke baseres på skjønsmessige vurderinger av hva som er i pasientens interesse.» I likhet enkelte andre instanser viste SME også til at

helsefaglige perspektiv lett kan overskygge den enkeltes perspektiv i slike vurderinger.

Mental Helse uttalte:

«De eneste kriteriene for å bli påtvunget tvangstiltak bør være en vurdering av at den enkelte har manglende beslutningskompetanse eller er til fare for seg selv eller andre, eller at brukeren selv har kommet med en forhåndserklæring om bruk av tvang i gitte situasjoner.»

Flere instanser fryktet at forslaget kan føre til at pasienter med alvorlige lidelser ikke vil få nødvendig behandling. Alle kontrollkommisjonene som uttalte seg om forslaget, var negative.

Kontrollkommisjonene i Øvre Eiker og Nedre Buskerud uttalte:

«Vurderingstemaet ved antatt samtykke er ytterst vanskelig – for førstegangs innlagte pasienter omtrent umulig.

I tillegg har man et antall pasienter som avslutter behandling så snart funksjonsnivået er kommet til et visst nivå, og som raskt får tilbakefall og legges inn på nytt. Disse er det i dag klar praksis for at kan holdes på tvang selv om beslutningskompetansen er kommet tilbake. Etter forslaget er fortsatt tvang utelukket, og sannsynligvis også ny innleggelse fordi det i disse tilfelle vanskelig kan antas samtykke selv om beslutningskompetansen er bortfalt ved forverringen av sykdommen.»

Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmet sykehus uttalte:

«Kontrollkommisjonen mener at det ved innleggelse særlig i akutte situasjoner, men også i en rekke andre situasjoner, vil være vanskelig å basere så vidt alvorlige inngrep på slike svært skjønsmessige og lite etterprøvbare kriterier som nå foreslås. Også for overprøvingsorganet vil det være vanskelig å basere vurderingene på info om hvordan pasienten ville ha stilt seg til bruk av tvang dersom han eller hun hadde vært kompetent – herunder vektlegge forhåndserklæringer, krisehåndteringsplaner og tidligere erfaringer med tvang m.m. Det er videre vanskelig å se hvordan et kollegialt organ som kontrollkommisjonen skal kunne få et persist nok beslutningsgrunnlag basert på så mange uklare og lite etterprøvbare kriterier og bevisemaer.»

Psykologforeningen og Oslo universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet mente at antatt samtykke ikke bør være et absolutt krav, men at det bør være en viktig del i helhetsvurderingen som skal foretas.

Helsedirektoratet skilte i sin uttalelse mellom antatt samtykke ved tvungent psykisk helsevern og ved behandling uten eget samtykke. Når det gjelder tvungent vern, uttalte Helsedirektoratet at spørsmålet om antatt samtykke heller bør tas inn som en del av helhetsvurderingen. Om behandling uttalte Helsedirektoratet:

«Direktoratet støtter at det mer eksplisitt i lovteksten fremgår at det skal legges vekt på pasientens tidligere uttrykte mening om behandling», men «kan (...) ikke se at det er problematisert hva som blir konsekvensene dersom det er grunnlag for innleggelse, men ikke for behandling uten pasientens samtykke».

6.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet finner ikke tilstrekkelig grunnlag for å foreslå at antatt samtykke bør gjelde som et

absolutt vilkår for å bruke tvang etter psykisk helsevernloven. Halvparten av de høringsinstansene som har uttalt seg om forslaget, støtter det. Støtten er imidlertid ofte forbeholden og supplert med uttalelser om at det i praksis vil være vanskelig å ta stilling til vilkåret, at det gir et stort tolkningsrom og kan føre til ulik praksis mv., jf. punkt 6.3.3. Departementet er enig i disse innvendingene.

Både i dagens regler i psykisk helsevernloven og i utvalgets forslag er det stilt krav om at det må foretas en helhetsvurdering når det skal tas stilling til bruk av tvang. Dette kravet gjelder i dag både ved tvungen observasjon og ved etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Departementet forutsetter at det i denne helhetsvurderingen legges betydelig vekt på om pasienten ville ha samtykket hvis vedkommende hadde hatt samtykkekompetanse. Se også lovutkastet §§ 3-3 a og 4-4 a som setter krav til tvangsvedtakene, blant annet om nedtegning av pasientens syn på frivillige tiltak og eventuelle forhånds-erklæringer mv.

7 Rett til å uttale seg før det fattes vedtak

7.1 Gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 3-9 første ledd skal den personen som saken direkte gjelder, gis anledning til å uttale seg før det treffes vedtak etter kapittel 3. Lovens kapittel 3 gjelder etablering, opprettholdelse og opphør av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Det er presisert i § 3-9 at retten til å uttale seg også gjelder spørsmål om hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Videre er det presisert at også vedkommendes nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg.

I § 3-9 andre ledd er det bestemt at opplysningene etter første ledd skal nedtegnes og legges til grunn for vedtaket. Det framgår også at det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaringer med bruk av tvang.

Psykisk helsevernloven § 4-2 regulerer vern om personlig integritet. Her framgår det at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og at det så langt det er mulig, skal tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Psykisk helsevernloven § 5 regulerer vern om personlig integritet og pasientens rett til medvirkning. Her er det bestemt at pasienten skal gis så stor innflytelse som mulig før det iverksettes tiltak etter forskriften kapittel 3. Forskriften kapittel 3 regulerer skjerming, undersøkelse og behandling uten eget samtykke og tvangsmidler.

Forvaltningsloven gjelder for behandling av saker etter psykisk helsevernloven, jf. psykisk helsevernloven § 1-6. Forvaltningsloven § 16 har nærmere regler om forhåndsvarsling. Etter forvaltningsloven § 16 første ledd skal en part som ikke allerede ved søknad eller på annen måte har uttalt seg i saken, varsles før det treffes vedtak og gis anledning til å uttale seg innen en nærmere angitt frist. Tredje ledd har regler om når forhåndsvarsling kan unnlates.

7.2 Forslag i NOU 2011: 9

Utvalgets flertall foreslo en ny bestemmelse om rett for pasienten til å uttale seg før det treffes vedtak om legeundersøkelse etter psykisk helsevernloven § 3-1. Flertallet viste til at dette var ment å tydeliggjøre at pasientens rett til å uttale seg etter psykisk helsevernloven § 3-9 også gjelder ved vedtak om legeundersøkelse etter § 3-1. Uttaleretten skulle også omfatte pasientens nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, men ble for disse foreslått begrenset til tilfeller «der dette er mulig». Dette ble begrunnet med at situasjonen på dette stadiet i innleggelsesprosessen kan være mer akutt. I likhet med det som framgår av § 3-9, ble det også foreslått at opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket, og at det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Utvalgets flertall foreslo også en endring i psykisk helsevernloven § 3-1 andre ledd, slik at det i alle tilfeller, og ikke bare når pasienten unndrar seg, skal treffes vedtak om gjennomføring av legeundersøkelse for å bringe på det rene om lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Flertallet viste til at vedtak i praksis ofte ikke fattes i de situasjonene der dette er påkrevd, og at forslaget var ment å styrke pasientens rettssikkerhet på dette stadiet i innleggelsesprosessen, blant annet ved å sikre en effektiv og reell klagerett på avgjørelser om slike undersøkelser.

I tillegg foreslo utvalgets flertall en ny bestemmelse om rett for pasienten til å uttale seg før det treffes vedtak etter lovens kapittel 4 (nytt kapittel 5 etter flertallets forslag). Dette kapitlet regulerer ulike gjennomføringstiltak som kan iverksettes under pasientens opphold i det psykiske helsevernet, for eksempel tvangsmidler og skjerming. Forslaget var begrenset til tilfeller «der dette er mulig». Det inneholdt også en presisering av at opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket, og at det skal legges særlig vekt på pasientens tidligere erfaring med bruk av tvang.

7.3 Departementets vurderinger og forslag

Ingen av høringsinstansene har uttalt seg særskilt om forslagene om rett til å uttale seg før det fattes vedtak. Forslaget om uttalerett knyttet til vedtak om legeundersøkelse må ses i sammenheng med forslaget om å utvide plikten til å treffe vedtak om legeundersøkelse. Etter departementets vurdering bør spørsmål om å utvide plikten til å treffe vedtak om legeundersøkelse vurderes i en større sammenheng av det lovutvalget som skal revidere og modernisere reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget kan i denne sammenhengen også vurdere forslaget om rett til å uttale seg før vedtak om legeundersøkelse fattes, se også kapittel 4.

Forslaget om rett til å uttale seg før det fattes vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 bør etter departementets vurdering følges opp i proposisjonen her. Gjeldende bestemmelse i psykisk helsevernloven § 3-9 regulerer rett til å uttale seg før det fattes vedtak om etablering, opprettholdelse og opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Etter departementets vurdering er det viktig at det tydeliggjøres at pasienten også har rett til å uttale seg før det fattes vedtak om gjennomføringstiltak etter lovens kapittel 4.

Selv om det følger av forvaltningsloven at en part som utgangspunkt skal varsles og gis anledning til å uttale seg før det treffes vedtak, mener departementet at det er viktig at dette også framgår av psykisk helsevernloven. Departementet er enig med utvalgets flertall i at forslaget bør avgrensnes til situasjoner der dette er mulig. Departementet er også enig i at bestemmelsen ikke bør omfatte pasientens nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, slik dette er regulert i § 3-9. Departemen-

tet legger til grunn at vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 i mindre grad enn vedtak etter lovens kapittel 3 vil ha betydning for pårørende mv.

Kapittel 4 regulerer forskjellige typer tiltak som kan gjennomføres under pasientens opphold i det psykiske helsevernet. § 4-4 regulerer behandling uten eget samtykke og forutsetter at det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller at det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dette betyr at det ikke er nødvendig å fatte vedtak etter denne bestemmelsen hvis pasienten samtykker. § 4-7 a regulerer rusmiddeltesting, og det framgår også av denne bestemmelsen at det ikke er nødvendig å fatte vedtak hvis pasienten samtykker.

De andre bestemmelsene om gjennomførings-tiltak i kapittel 4 legger opp til at det alltid skal fattes vedtak, selv om pasienten samtykker til tiltaket. Hvis pasienten allerede har gitt et gyldig samtykke til tiltaket, vil det være unødvendig å be om en uttalelse fra pasienten før det fattes vedtak etter disse bestemmelsene.

Departementet viser også til reglene i forvaltningsloven § 16 om plikt til å varsle og gi parten anledning til å uttale seg og til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 om rett til medvirkning og informasjon. En ny bestemmelse i psykisk helsevernloven om rett for pasienten til å uttale seg før det treffes vedtak etter denne lovens kapittel 4, vil være en spesialbestemmelse som forsterker og tydeliggjør pasientens rettigheter. Dette innebærer blant annet at unntaksreglene i forvaltningsloven § 16 ikke kommer til anvendelse hvis det er praktisk mulig å gi pasienten en rett til å uttale seg, og pasienten ikke allerede har gitt et gyldig samtykke til det aktuelle tiltaket.

Departementet viser til lovforslaget § 4-2 nytt andre ledd og merknadene til denne bestemmelsen i kapittel 14.

8 Plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell

8.1 Gjeldende rett

Helsepersonelloven § 4 regulerer krav til forsvarlig yrkesutøvelse. I første ledd framgår det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. I andre ledd er det bestemt at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er mulig. Videre framgår det at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

8.2 Forslag i NOU 2011: 9

Utvalgets flertall foreslo nye bestemmelser i psykisk helsevernloven om at faglig ansvarlig skal ha plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern eller behandling uten eget samtykke. Flertallet viste til at bruk av tvang er et alvorlig og inngripende tiltak overfor pasienten, og at det er viktig å sørge for at en beslutning om å bruke tvang er kvalitetssikret i størst mulig grad. Det ble også vist til at forslaget er en parallell til tilsvarende krav for tvangsvedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, jf. § 4 A-5 andre ledd.

8.3 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser unnlot å kommentere forslaget om nye bestemmelser om plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak. Halvparten av de som uttalte seg, støttet forslaget, mens den andre halvparten uttalte seg mot forslaget. Flere skilte ikke mellom plikt til å rådføre seg med annet helsepersonell før det fattes vedtak om tvun-

gen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og tilsvarende forslag knyttet til vedtak om behandling uten eget samtykke. Enkelte uttalte seg bare om forslaget knyttet til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) uttalte:

«Forskjellige leger kan komme frem til forskjellige diagnoser eller vurderinger. Når legens vurdering kan føre til bruk av tvang og pasientens tap av styring over deler av sitt liv, er det riktig å få frem flere begrunnede meninger om saken. LPP støtter innføring av plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert personell ved alle legeundersøkelser som kan føre til tvungent vern. Vi vil her minne om at dette kan føre til et økt behov av kvalifisert personale i psykiatri.»

Helsedirektoratet uttalte:

«Helsedirektoratet støtter forslaget som vil medføre en kvalitetssikring av vedtaket. Spesielt vil det være viktig at en faglig ansvarlig som ikke kjenner pasienten fra tidligere kan få bistand fra helsepersonell som kjenner pasienten fra før. Man kan spørre seg om en slik konferering i denne situasjonen allerede vil ligge som et krav i kravet til faglig forsvarlig helsehjelp, men vi støtter likevel en slik lovfesting.»

Forslaget ble også støttet av *Mental helse, Norsk Sykepleierforbund, Helse Vest RHF, Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark HF, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Norsk senter for menneskerettigheter og Høgskolen i Østfold*.

Flere, herunder *Statens helsetilsyn, Psykologforeningen* og *Legeforeningen* viste til at helsepersonell allerede er forpliktet av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven til å innhente råd hvis de er usikre eller for å sikre forsvarlige beslutninger, og at det er unødvendig å presisere dette ytterligere i lovs form. Legeforeningen viste også til at samråd

med annet helsepersonell før det treffes vedtak er praksis ved de fleste behandlingsstedene, og at et eget krav om dette vil bidra til økt byråkratisering.

St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern uttalte:

«Forslaget om plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert personell før vedtak, vurderes som unødig byråkratisering, og pulverisering av ansvar. Ansvar må følge myndighet. Slik dette fungerer i dag, blir vedtak fattet i et klinisk miljø, der innspill fra andre yrkesgrupper er viktige premisser for vedtak.»

Psykiatrisk klinikk Helse Nord-Trøndelag uttalte:

«Kravet om at «ansvarlig for vedtak» skal rådføre seg med andre, er ulogisk både faglig og ansvarsmessig. Den som har vedtaksrett, må kunne ta denne beslutning alene. Slike vedtak skjer ofte utenfor vanlig arbeidstid. Da er tilgangen på personer med kompetanse i nærheten av det spesialisten har meget begrenset.»

8.4 Departementets vurderinger og forslag

Høringsinstansene hadde delte meninger om å ta inn nye regler i psykisk helsevernloven om plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. Som enkelte viste til, er det en innvendig mot forslaget at det allerede følger av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell har plikt til å innrette seg etter sine fag-

lige kvalifikasjoner og innhente bistand eller hen- vise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Det er også presisert i denne bestemmelsen at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Etter en helhetsvurdering finner departementet likevel grunn til å følge opp forslaget i denne proposisjonen, avgrenset til å gjelde vedtak om behandling uten eget samtykke. Når det gjelder vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, er det i dagens regelverk allerede stilt krav om at pasienten har vært undersøkt av minst to kvalifiserte helsepersonell, jf. psykisk helsevernloven § 3-2 første ledd nr. 2 og § 3-3 første ledd nr. 2.

Det å lovfeste en plikt i psykisk helsevernloven til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om behandling uten eget samtykke, kan bidra til en kvalitetssikring av vedtaket, slik Helsedirektoratet har anført. En tydeliggjøring i psykisk helsevernloven kan også legge til rette for en bred vurdering utover det medisinskfaglige, og at flere begrunnede meninger om saken kan komme fram, jf. uttalelsen fra Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse. Plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet helsepersonell er i helsepersonelloven begrenset til tilfeller der dette er nødvendig og mulig, eller dersom pasientens behov tilsier det. Etter forslaget til nye regler i psykisk helsevernloven vil plikten gjelde i alle tilfeller der faglig ansvarlig vurderer å fatte vedtak om behandling uten eget samtykke.

Departementet viser til lovforslaget § 4-4 a og merknadene til denne bestemmelsen i kapittel 14.

9 Krav til vedtak, begrunnelse og tidsfrist for vedtak

9.1 Plikt til å fatte vedtak ved bruk av skjerming

9.1.1 Gjeldende rett

I institusjoner for døgnopphold kan pasienter holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse, behandling eller omsorg for pasienten. Dette kalles skjerming.

Adgangen til å bruke skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3. Psykisk helsevernforskriften §§ 16 til 18 gir utfyllende regler.

Pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd under oppholdet må gjøre det nødvendig å skjerme pasienten fra omgivelsene. Det er ingen forutsetning for bruk av skjerming at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Helsedirektoratets rundskriv³ nevner sterk uro, selvmordstanker (suicidalitet) og forstyrret (kataton) atferd som eksempler på tilstander som kan begrunne skjerming av hensyn til pasientens psykiske tilstand. Utagerende atferd inkluderer bl.a. voldsomme og vedvarende verbale utageringer. Det skal relativt store avvik til for at en pasients atferd anses som utagerende.

Bruk av skjerming må være begrunnet i hensynet til behandling av pasienten eller hensynet til andre pasienter.

Skjerming av behandlingsmessige hensyn vil bl.a. kunne være aktuelt når det er nødvendig å begrense pasientens sanseintrykk og når skjerming kan motvirke tiltagende uro eller angst.

Skjerming av hensyn til andre pasienter vil bl.a. kunne være aktuelt når pasientens oppførsel er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre. Det kreves ikke at pasienten utgjør en fare for andre. Medpasientens behov må vurderes opp mot de uheldige konsekvensene skjermingen kan få for pasienten som utsettes for den.

Den faglig ansvarlige skal vurdere om lovkravene er oppfylt og om skjerming bør settes i verk.

Det må også vurderes om skjermingen skal gjennomføres på pasientens rom eller i egen enhet. Skjermingen må ikke være mer omfattende enn det som er strengt nødvendig.

Regelverket sier ikke noe om hva skjermingen skal bestå i utover at pasienten skal holdes fysisk atskilt fra medpasienter og personale som ikke er involvert i behandlingen av pasienten.

Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten oppholder seg under skjermingen. Dette i motsetning til kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale tilstede (isolering) etter psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd bokstav b. Skjerming omfatter heller ikke innskrenkinger i pasientens forbindelse med omverdenen. Det må ev. fattes særskilt vedtak om slike innskrenkinger etter psykisk helsevernloven § 4-5.

Så lenge pasientene oppholder seg i institusjonen kan de holdes tilbake dersom de prøver å forlate stedet der skjermingen blir gjennomført. En pasient som er under frivillig psykisk helsevern kan ikke holdes tilbake, eller på annen måte hindres i å forlate institusjonen, dersom han eller hun ønsker dette. Pasienten skal informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen.

Helsepersonell skal, i den utstrekning det er nødvendig, være tilstede under gjennomføringen av skjermingen. Hvis pasienten ønsker å være alene, skal personellet forlate rommet med mindre det anses nødvendig at de er tilstede.

I utgangspunktet kreves det ikke at beslutningen om skjerming fattes i form av et enkeltvedtak. Plikten til å fatte enkeltvedtak etter forvaltningsloven inntreffer først når skjermingen har blitt langvarig. Det må som hovedregel fattes vedtak om fortsatt skjerming når skjermingen har vart i 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller lignende som innebærer en betydelig endring av omgivelsene eller bevegelsesfriheten, skal det fattes vedtak når skjermingen opprettholdes ut over 12 timer. Vedtak om skjerming kan fattes for inntil to uker om gangen. Vedtaket skal føres inn i tvangsprotokollen, jf. psykisk helsevernforskriften § 30. Vedtaket må fattes av faglig ansvarlig.

³ IS-9/2012 Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer

Vedtak om skjerming kan påklages til kontrollkommissjonen, både av pasienten selv og dennes nærmeste pårørende.

9.1.2 Forslag i NOU 2011:9

Utvalgets flertall foreslo at kravet om vedtak ved bruk av skjerming skulle utvides. Det skulle alltid fattes vedtak før skjerming iverksettes dersom pasienten motsetter seg tiltaket.

Se nærmere omtale av utvalgets forslag i NOU 2011: 9 punkt 15.4.

9.1.3 Høringsinstansenes syn

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO), Norsk psykologforening, Norsk sykepleierforbund, Stavanger kommune, Norsk senter for menneskerettigheter (SMR) og Helsedirektoratet støttet forslaget om at det alltid skal fattes vedtak når pasienten motsetter seg skjerming. Ingen høringsinstanser gikk imot forslaget.

9.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Det følger av Grunnloven § 102 at statlige myndigheter skal sikre et vern om den personlige integritet. De samme kravene følger av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK). Se nærmere omtale i kapittel 3.

Skjerming er et inngrep i pasientens integritet. Inngrepet blir større jo lengre tiltaket varer. Loven krever derfor at det fattes vedtak hvis tiltaket har en viss varighet. Regelverket skiller derimot ikke etter hvordan pasienten stiller seg til tiltaket.

Departementet ser at det kan være behov for å kunne ta raske beslutninger om å ta pasienter ut av situasjoner som er ugunstige for dem selv eller for medpasienter.

Departementet mener at pasienter som ikke motsetter seg tiltaket har mindre behov for å få et vedtak før tiltaket iverksettes enn pasienter som muntlig eller fysisk motsetter seg tiltaket. Når pasienten eksplisitt eller stilltiende godtar at skjerming iverksettes, mener departementet at det fortsatt må være tilstrekkelig at beslutningen nedfelles i et skriftlig og begrunnet vedtak først når skjermingen opprettholdes utover 24 (12) timer.

Departementet mener at skjerming blir særlig inngripende når det iverksettes for pasienter som motsetter seg tiltaket. Bruk av skjerming når pasienten muntlig eller fysisk motsetter seg tiltaket har en del likhetstrekk med bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8. Det må fattes vedtak før slike tvangsmidler kan tas i bruk.

Ifølge Paulsrud-utvalget varierer opplevelsen av behandlingsutbytte ved skjerming. Utvalget referer til pasientstudier av skjerming som tyder på at tvangspaspektet ved skjerming er sterkere og mer likt opplevelsene ved bruk av isolering enn behandlingstenkningen ved skjerming skulle tilsi.

Krav om at det skal fattes vedtak har som følge at forvaltningslovens regler om saksforberedelse og krav til enkeltvedtak, under dette krav om begrunnelse for vedtaket, gjelder. Enkeltvedtak gir også rett til å klage. Kravene i forvaltningsloven bidrar på denne måten til grundigere og mer korrekte vedtak. Krav om vedtak før skjerming settes i verk vil derfor innebære økt rettssikkerhet for pasienten, noe som er særlig viktig når pasienten motsetter seg tiltaket.

Videre vil krav om vedtak kunne skjerpe bevisstheten om i hvilke situasjoner tiltaket bør brukes og hvorfor skjerming foretrekkes framfor andre tiltak. Kravet vil også kunne bidra til redusert bruk av skjerming i tråd med målet om redusert tvangsbruk.

Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at vedtak om skjerming skal fattes før tiltaket settes i verk når pasienten motsetter seg tiltaket. I likhet med dagens vedtak om forlenget skjerming, skal vedtakene fattes av faglig ansvarlig og kunne påklages til kontrollkommissjonen.

Se utkastet til § 4-3.

9.2 Begrunnelse av vedtak om bruk av tvang

9.2.1 Gjeldende rett

Vedtak om *tvungent psykisk helsevern* kan fattes når følgende vilkår er oppfylt:

- frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt
- pasienten har vært undersøkt av to leger, en av dem uavhengig av den ansvarlige institusjonen
- pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende som følge av sinnslidelsen:
 - får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring betydelig redusert eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse
- institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg
- pasienten er gitt anledning til å uttale seg.

Dersom pasienten ikke utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, kan tvungent psykisk helsevern likevel bare finne sted når dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for vedkommende. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for pasienten. Dette går fram av psykisk helsevernloven § 3-3.

Når det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern kan tvungen observasjon benyttes for å få avklart at vilkårene er oppfylt, jf. psykisk helsevernloven § 3-2.

Når tvungent psykisk helsevern er etablert, kan det fattes vedtak om *undersøkelse og behandling uten eget samtykke*. Dette følger av psykisk helsevernloven § 4-4.

Behandlingen må være klart i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis. I utgangspunktet kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep dersom pasienten ikke samtykker. Unntakene er tvangsmedisinering og tvangsernæring. Tvangsmedisinering kan bare gjennomføres med vanlig brukte doser av preparater som er registrert i Norge og bare når virkningen av legemiddelet klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Som ledd i behandlingen av en alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke når dette er et strengt nødvendig behandlingsalternativ.

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Behandlingstiltak som det ikke er gitt samtykke til, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike tiltak kan bare settes i gang og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.

Vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer (enkeltvedtak) skal begrunnes, jf. forvaltningsloven § 24. Begrunnelsen skal som hovedregel gis samtidig med at vedtaket fattes. Etter forvaltningsloven § 25 skal det redegjøres for reglene og de faktiske forhold som vedtaket bygger på. Hovedhensy-

nene som har vært avgjørende ved utøving av forvaltningsmessig skjønn bør nevnes.

Den faglig ansvarliges vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern og grunnlaget for vedtakene skal straks nedtegnes. Det følger av psykisk helsevernloven §§ 3-2 andre ledd andre punktum og 3-3 andre ledd andre punktum. Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal nedtegnes uten opphold, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 sjette ledd. Det følger også av forvaltningsloven at vedtak som hovedregel skal være skriftlige og at det som hovedregel skal gis begrunnelse samtidig med at vedtaket treffes, jf. §§ 23 og 24.

Etter psykisk helsevernloven § 21 kan det fattes et felles vedtak når behandling uten eget samtykke omfatter flere behandlingselementer. Behandling med legemidler skal likevel alltid vedtas særskilt. Vedtaket skal angi planlagt begynnelse og varighet av behandlingen. Vedtak om behandling med legemidler kan maksimalt settes til tre måneder. Behandling kan som hovedregel først settes i verk 48 timer etter at pasienten er underrettet om vedtaket.

9.2.2 Forslag i NOU 2011: 9

9.2.2.1 Innledning

Utvalgets flertall foreslo å skjerpe kravene til begrunnelse av vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke (bl.a. tvangsmedisinering).

9.2.2.2 Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

I vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern foreslo utvalgets flertall bl.a. at det skal gjøres rede for den avveiningen som er gjort mellom fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, under dette forventet behandlingseffekt og risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet, pasientens holdninger til og erfaring med bruk av tvang, hvilke oppfatninger annet kvalifisert personale har hatt og om pasienten har gitt uttrykk for sitt syn på frivillige tiltak.

Utvalgets flertall foreslo følgende bestemmelse:

«Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlige undersøkelse av pasienten, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Den faglig ansvarliges vedtak skal straks nedtegnes og inneholde:

- a) vurderingen av vilkårene for vernet, jf. §§ 4-1 til 4-3,
- b) om vedtaket innebærer en overføring fra frivillig vern, jf. § 2-5,
- c) angivelse av den avveining som er gjort mellom fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingssmessig effekt og risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet,
- d) pasientens holdninger til og erfaring med bruk av tvang,
- e) hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatninger, og
- f) om pasienten har gitt uttrykk for eller gitt sin tilslutning til frivillige tiltak, eventuelt hvilke.»
- g) hvordan den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet framover
- h) om det foreligger forhåndserklæringer eller andre uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang
- i) om pasienten har gitt uttrykk for eller gitt sin tilslutning til frivillige behandlingstiltak, eventuelt hvilke
- j) hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatninger
- k) opplegg for fortløpende evaluering av behandlingstiltakets effekt og bivirkninger.»

Se nærmere omtale i NOU 2011: 9 punkt 19.2.

Se nærmere omtale i NOU 2011: 9 punkt 19.2.

9.2.2.3 Vedtak om behandling uten eget samtykke

I vedtak om behandling uten eget samtykke foreslo utvalgets flertall bl.a. at det skal gis en grundigere redegjørelse for hvordan fordeler og ulemper ved behandlingstiltaket er avveid, hvilken bedring man regner med å oppnå, hvor raskt bedringen antas å komme, hvilke bivirkninger som må påregnes, når og hvordan behandlingen skal evalueres, hvordan pasienten stiller seg til tiltaket og hvordan tvangsvedtaket vil påvirke pasienten og samarbeidet framover.

Utvalget flertall foreslo følgende bestemmelse:

«Den faglig ansvarlige treffer vedtak om behandling uten eget samtykke etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Den faglig ansvarliges vedtak skal straks nedtegnes og inneholde:

- a) vurderingen av vilkårene for vedtaket, jf. § 5-4
- b) om vedtaket er fattet før utløpet av den obligatoriske undersøkelsestiden på seks døgn, jf. § 5-4 tredje ledd, og begrunnelsen for dette
- c) type og omfang av legemiddelbruk
- d) forventet behandlingssmessig effekt og når denne forventes å inntre
- e) forventede bivirkninger og eventuelt risiko for varig skade som følge av legemidler som benyttes
- f) med hvilke virkemidler behandlingen skal gjennomføres, herunder karakteren og omfanget av eventuell tvangsbruk

9.2.3 Høringsinstansenes syn

9.2.3.1 Skjerpe kravene til begrunnelse for vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP), Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmet sykehus, Helsedirektoratet, Advokatforeningen og Sjukehuset i Telemark Psykiatrisk klinikk støttet forslaget. *Helsedirektoratet* mente likevel at forslaget om at vedtaket skal angi «risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet» er unødvendig siden dette uansett må vurderes og gå fram av helhetsvurderingen etter utvalgets forslag til § 4-2 første ledd nr. 8. Ingen høringsinstanser uttalte seg mot forslaget.

9.2.3.2 Skjerpe kravene til begrunnelse for vedtak om behandling uten eget samtykke

Et klart flertall av dem som uttalte seg om forslaget, støttet det, helt eller delvis. Dette gjaldt bl.a. *Helse Vest RHF, Fylkesmannen i Rogaland, Psykiatrisk klinikk ved Sjukehuset Telemark HF, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Sykepleierforbundet og Norsk senter for menneskerettigheter. Fylkesmannen i Oslo og Akershus* uttalte:

«Når det gjelder vedtakets innhold (...), støtter vi at det stilles krav til en samlet dokumentasjon på hva vedtaket skal inneholde. Vår erfaring er at det er varierende kvalitet på vedtak om tvungen medikamentell behandling, og at det i vedtaket ofte mangler en samlet skriftlig dokumentasjon på at samtlige vilkår er oppfylt. Opplysningene må dermed i praksis suppleres

fra journal og fra samtale med faglig ansvarlig for vedtak.»

Bare en av høringsinstansene ga uttrykk for skepsis. Dette gjaldt *Universitetssykehuset Nord-Norge*, som uttalte at det «synes (...) som om» dokumentasjonsplikten er svært stor.

9.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Begrunnelser for vedtak skal bl.a. bidra til å dokumentere at lovens krav er oppfylt. De skal videre gi dem vedtakene retter seg mot en forklaring på hvorfor konklusjonen ble som den ble. Begrunnelsen kan bidra til forståelse for vedtaket og styrke grunnlaget for klage.

Vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke er svært inngripende for dem det gjelder. Loven stiller derfor mange vilkår for at det skal kunne fattes vedtak om bruk av tvang, bl.a. om at bestemte vurderinger må være gjort. Det gir føringer for innholdet i begrunnelsene.

Begrunnelsen for tvangsvedtak er ofte en forutsetning for at pasienten kan bruke klageretten. Det er også viktig for klageinstansen å ha et mest mulig presist faktisk, faglig og rettslig grunnlag for sin prøving.

Departementet slutter seg derfor til vurderingen fra utvalgets flertall av at tydeligere krav til den skriftlige begrunnelsen for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke vil kunne bidra til å styrke pasientenes rettssikkerhet. Departementet mener også at en oversikt over hva begrunnelsen må inneholde vil kunne være til hjelp for den som skal utforme den.

Utvalgets forslag innebærer først og fremst en tydeliggjøring av krav som allerede følger av forvaltningsloven og psykisk helsevernloven. De foreslåtte kravene til skriftlige begrunnelser korresponderer med kravene til vurderinger som må gjøres før de aktuelle tiltakene settes i verk. Departementet ser at det vil kunne kreve noe mer administrativt arbeid å omtale alle vurderingene

som er gjort i vedtaket. Departementet mener likevel at det er rimelig å kreve mer av begrunnelsen for så inngripende vedtak som det her er snakk om enn det som følger av dagens bestemmelser. En slik utvidelse har også fått alminnelig støtte fra høringsinstansene.

Departementet slutter seg derfor til forslaget om å skjerpe lovens krav til begrunnelse for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke.

Se utkastet til ny § 3-3 a og ny § 4-4 a.

9.3 Tidsfrist for å fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

9.3.1 Gjeldende rett

Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen. Det følger av psykisk helsevernforskriften § 10 andre ledd.

9.3.2 Forslag i NOU 2011: 9

Utvalgets flertall foreslo at bestemmelsen om frist for å fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skulle flyttes fra forskriften til loven.

Se nærmere omtale i NOU 2011: 9 punkt 19.5.

9.3.3 Høringsinstansens syn

Ingen av høringsinstansene uttalte seg om dette spørsmålet.

9.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet slutter seg til vurderingen fra utvalgets flertall av at bestemmelsen stiller opp et viktig krav av særlig betydning for pasienter og pårørende og at den av hensyn til bedre informasjon bør tas inn i loven.

Se utkastet til ny § 3-3 a.

10 Evaluering av bruk av tvang og skjerming

10.1 Gjeldende rett

Institusjonene i psykisk helsevern er i dag ikke pålagt noen etterfølgende evaluering av bruk av tvang og skjerming.

10.2 Forslag i NOU 2011: 9

Utvalgets flertall foreslo å innføre krav om evaluering av bruk av tvang og skjerming sammen med pasienten når tiltaket er opphørt, og at pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres. Pasienten skulle få tilbud om minst en samtale.

Utvalgets flertall har plassert bestemmelsen om evaluering i nytt kapittel 5 som i hovedsak svarer til dagens kapittel 4. Det tyder på at flertallet har ment at alle tvangstiltak som er regulert i psykisk helsevernloven kapittel 4 bør evalueres etter at de er gjennomført.

Se nærmere omtale i NOU 2011: 9 punkt 19.2.

10.3 Høringsinstansenes synspunkter

Norsk sykepleierforbund, Landsforeningen for Pårorende innen Psykisk helse, Mental Helse og Senter for menneskerettigheter (SMR) støttet forslaget om at tvangsbruk skal evalueres sammen med pasienten når tiltaket er opphørt.

10.4 Departementets vurderinger og forslag

Bruk av tvang vil oppleves som en påkjenning både for den som blir utsatt for inngrepet og for dem som gjennomfører det. Det er derfor viktig at både pasienten og personellet får sette ord på og gjennomgå det de har opplevd.

Loven krever at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og at det så langt det er mulig skal tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart opp-

veier ulempene med tiltaket. Dette går fram av psykisk helsevernloven § 4-2.

En systematisk gjennomgang av hele hendelsesforløpet vil gi god oversikt over situasjonen i forkant av og under tvangsutøvelsen. Journalføring av pasientens syn på iverksatte tiltak vil gi et bedre grunnlag for tilpassede tiltak ved eventuelle senere episoder. Gjennomgangen vil også bidra til læring og utvikling av en forsvarlig praksis i institusjonen.

Departementet slutter seg derfor til forslaget om at institusjoner i psykisk helsevern pålegges å evaluere bruk av tvang, og å journalføre pasientens syn på iverksatte tiltak. Departementet foreslår også at utvalgets forslag om å lovfeste at pasienten skal få tilbud om minst en samtale følges opp. Forslagene fra utvalget støttes av de høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet.

Departementet mener at det er viktig at det ikke er tvil om hvilke tiltak som omfattes av evalueringsplikten og foreslår en mer presis lovregulering.

Vedtak om bruk av tvang kan overprøves av kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen skal vurdere om lovens vilkår for bruk av tvang er oppfylt. Formålet med evalueringer må dermed først og fremst være å belyse andre forhold. Evalueringen vil for eksempel kunne bidra til å avklare om det mest hensiktsmessige av de aktuelle tiltakene ble valgt, om det ble iverksatt på riktig tidspunkt, om det kunne ha vært gjennomført på en annen måte som pasienten ville ha opplevd som mer skånsom og om pasienten fikk tilpasset informasjon før tiltaket ble satt i verk. Pasientens vurderinger og evalueringen vil også inngå i beslutningsgrunnlaget for senere vedtak om tvang overfor pasienten.

Psykisk helsevernloven kapittel 4 regulerer bruk av skjerming, behandling uten eget samtykke, restriksjoner i forbindelsen med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler ved begrunnet mistanke om innføring av uønskede gjenstander, beslag av uønskede gjenstander, rusmiddeltest, mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, isolering, enkeltstående bruk av beroligende eller bedøvende lege-

midler, kortvarig fastholding og overføring av pasient under tvungent psykisk helsevern til opphold i annen institusjon eller fra behandling uten døgnopphold til institusjonsopphold. Videre har Stortinget nylig sluttet seg til departementets forslag i Prop. 78 L (2015–2016) om at det skal gis adgang til å innføre rutinekontroller i institusjoner for heldøgnsopphold, jf. Innst. 308 L (2015–2016).

Departementet ser ingen grunn til å pålegge institusjoner å evaluere bruk av skjerming eller rusmiddeltesting når pasienten godtar tiltaket.

Departementet antar også at pasienten primært vil være opptatt av om lovens vilkår er oppfylt når det gjelder restriksjoner i pasientens forbindelse med omverdenen (rett til å motta besøk, benytte telefon og sende og motta brev og pakker). Det er derfor lite hensiktsmessig å evaluere restriksjonene i ettertid. Departementet mener det samme er tilfellet for beslag av uønskede gjenstander.

Departementet mener at det heller ikke vil være hensiktsmessig å evaluere bruk av rutinekontroller sammen med hver enkelt pasient som blir kontrollert.

Pasienter under tvungent psykisk helsevern kan overføres til opphold i annen institusjon eller fra behandling uten døgnopphold til institusjonsopphold mot sin vilje. Det følger av psykisk helsevernloven §§ 4-10 og 3-5. Pasienten kan få prøvd vedtak om overføring av kontrollkommissjonen. Kontrollkommissjonen skal ta stilling til om vedtaket ut fra hensynet til pasienten, plasseringsalternativer og forholdene ellers fremstår som urimelig. En eventuell evaluering vil dermed, etter

departementets syn, måtte omfatte forholdene rundt selve overføringen, særlig eventuell bruk av tvangsmidler. Departementet mener at pasientens behov er tilstrekkelig ivaretatt dersom plikten til evaluering omfatter eventuell bruk av tvangsmidler og ikke vedtaket om overføring.

På denne bakgrunn foreslår departementet at vurderingsplikten skal omfatte bruk av skjerming når pasienten motsetter seg tiltaket, behandling uten eget samtykke, undersøkelse av rom og eidelere og kroppsvitasjon ved begrunnet mistanke om innføring av uønskede gjenstander, rusmiddeltesting når pasienten ikke har samtykket, mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, isolering, enkeltstående bruk av beroligende eller bedøvende legemidler og kortvarig fastholding.

Utvalgets flertall foreslo at tiltakene skulle evalueres når de er opphørt. For mange av tiltakene vil det være enkelt å avgjøre når det er avsluttet. Det gjelder for eksempel fastholding, skjerming, isolering og kontroll ved begrunnet mistanke. Noen vedtak gir hjemmel for langvarige løpende tvangstiltak, f. eks. tvangsmedisinering i lengre sammenhengende perioder. Departementet mener at slike tiltak uansett må anses avsluttet når det etter regelverket må fattes nytt vedtak for at tiltaket skal kunne opprettholdes. Planlagt varighet for vedtak om behandling uten eget samtykke kan for eksempel etter psykisk helsevernloven § 21 andre ledd som hovedregel maksimalt settes til tre uker. Maksimal grense for vedtak om tvangsmedisinering er tre måneder.

Se utkastet til § 4-2.

11 Obligatorisk undersøkelsestid før det kan fattes vedtak om tvangsmedisinering

11.1 Gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 fjerde ledd kan behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Psykisk helsevernforskriften § 20 første ledd stiller nærmere krav til undersøkelse før behandling med legemidler uten eget samtykke. For det første kreves det at den faglig ansvarlige selv skal ha undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timene før det treffes vedtak. For det andre skal den totale undersøkelsestiden som hovedregel være minimum tre døgn. Dersom tre døgn ikke er nok til at pasienten blir tilstrekkelig undersøkt, må undersøkelsestiden forlenges.

Bestemmelsen gjør to unntak fra hovedregelen om minimum tre døgn undersøkelsestid. Det første unntaket gjelder hvis pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade. Med dette menes alvorlig og akutt risiko for at pasientens helsetilstand forverres betydelig. Alvorlig fysisk helseskade, selvsykdom eller forsøk på selvmord omfattes også. Både somatiske og psykiske følger av utsettelse skal vurderes. Det kreves at risikoen for helseskade er overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt).

Det andre unntaket gjelder hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen. Dette unntaket er aktuelt i tilfeller der pasienten er godt kjent etter nylig å ha vært i behandling, og institusjonen har sikker dokumentasjon på både tilstanden og effekt av behandling, og der eventuelle bivirkninger oppveies av denne effekten. Det forutsettes at pasienten nylig er tilstrekkelig utredet.

11.2 Forslag i NOU 2011: 9

Utvalgets flertall viste til at tvangsmedisinering er et svært inngripende tiltak, og at det er behov for en obligatorisk minstetid før et vedtak om tvangs-

medisinering kan iverksettes. Flertallet mente at en bestemmelse om en minste undersøkelsestid har særlig betydning for pasientenes rettssikkerhet, og at den derfor av informasjonshensyn bør framgå av lovteksten, og ikke i forskrift, slik som i dag. Flertallet foreslo å øke minstetiden fra tre til seks døgn. Som begrunnelse ble det vist til at en forlenget undersøkelsestid legger til rette for at pasienten kan endre sin innstilling til medikamentell behandling, og til å se om en bedring kan finne sted uten slik behandling.

I tillegg foreslo utvalgets flertall at dagens unntak fra minstetiden for godt kjente pasienter ikke skal videreføres. Flertallet viste til at formålet med forslaget om økt observasjonstid er å sikre at det foretas en ny og grundig vurdering av pasienten og muligheter for bedring uten legemiddelbehandling. Videre skulle muligheten for samtykke til tiltak stimuleres. Dagens adgang til å fravike minstetiden hvis manglende oppstart av legemiddelbehandling vil føre til at pasienten vil lide «vesentlig helseskade» ble imidlertid foreslått videreført. I tillegg ble det foreslått et forbud mot å gi depotinjeksjoner i slike unntakstilfeller.

11.3 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser unnlot å kommentere forslagene om å forlenge den obligatoriske undersøkelsestiden. Et knapt flertall av de som uttalte seg om forslaget, støttet det. *Mental helse* mente forslaget er «særdeles viktig».

Sørlandet Sykehus HF uttalte:

«Vi er enige i at en utvidelse av observasjonstiden både vil kunne gi et bedre beslutningsgrunnlag for et evt. vedtak og at dette vil kunne øke mulighetene for å oppnå frivillighet til behandling. En slik utvidelse vil imidlertid forutsette at det gis anledning til unntak. Mens man i dag anbefaler lang observasjonstid og tilbakeholdenhet med medikamentell behandling hos eksempelvis debut av psykoser og ved

uklare tilstander, er situasjonen ofte en annen ved tilbakefall av psykose hos pasienter med mangeårige psykoselidelser.

Vi er opptatt av at svært syke pasienter med psykose og stort behandlingsbehov får ivare tatt sin rett til behandling. Dette gjelder eksempelvis pasienter med maniske psykoser, der induksjon av søvn og reetablering av døgnrytme gjennom medikamenter svært ofte bidrar til å snu tilstanden, mens et eskalerende forløp de første døgn ofte resulterer i en tilstand det vil ta lang tid å behandle, ofte med omfattende behov for tvang. Et annet eksempel er alvorlige depresjoner med vrangforestillinger og forgiftningsideer, der pasientene kan ha et betydelig lidelsestrykk. Vi kan ikke se at dette er tilstander som kommer inn under begrepet «vesentlig helseskade», imidlertid anser vi det som tilstander der det er i pasientens interesse å komme raskt til med adekvat behandling.»

Helsedirektoratet uttalte:

«Vi ser at ved å kreve en lenger periode kan institusjonen oppnå en behandlingsallianse med pasienten og dermed forhindre tvangsmedisiner. Samtidig blir det bedre tid til å vurdere hvorvidt medisiner i det hele tatt er nødvendig.

Innsigelser til denne regelendringen er at det vil kunne føre til mer bruk av tvang overfor denne gruppen, en forverring av tilstandene og lengre opphold i institusjon. Helsedirektoratet vil derfor foreslå 5 dager i stedet for 6 for i større grad å kunne forhindre disse negative følgene.»

Psykologforeningen uttalte:

«For visse pasienter vil det være behov og indikasjon for umiddelbar medisiner. Det må være klart at en del tilstander krever umiddelbar handling og at det må åpnes for umiddelbar eller raskere iverksettelse (enn først etter 6 dager) dersom det foreligger fare for andres liv eller helse, omgivelsene eller betydelig materiell skade på grunn av en ellers ubehandlet alvorlig psykisk lidelse. Et absolutt krav om å avvente medisiner i 6 dager vil medføre at en del pasienter ikke får sine behandlingsbehov og pasientrettigheter ivaretatt.

Det er en reell fare for at forslaget vil kunne bidra til å utsette oppstart av nødvendig behandling og medføre økt lidelse for pasien-

ten. Pasienter som må «gå og vente på medisiner» kan få en forverring av symptomer og lidelsestrykk. Det bør også understrekes at for pasienter med førstegangs psykoser ofte er tilrådelig å avvente med medisiner. Her kan en 6 dagers regel være formålstjenlig. Departementet oppfordres til å utrede nærmere for hvilke pasientgrupper det er tilrådelig å igangsette rask medisiner og for hvilke det bør være et krav om å avvente.»

St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern uttalte:

«Vi er uenige i begrunnelsen for å forlenge observasjonstiden fra 3-6 døgn, jf. lovutkastet § 5-4 tredje ledd. Mange pasienter som har psykoselidelser og som blir innlagt i akuttavdeling, har gått i lang tid uten adekvat medisiner og behandling. Boligpersonell, pårørende og andre hjelpeinstanser har ofte observert pasientene lenge. Etter vår vurdering er det ikke behov for å observere en psykotisk pasient utover 3 døgn før behandling igangsettes. Dersom forslaget blir vedtatt, vil vi måtte utsette en psykotisk pasient for flere tvangsmidler, det vil oftere være behov for intensiv avsnitt etc. En utvidelse av observasjonstiden, vil, slik vi ser det være i konflikt med eksisterende anbefalinger om å redusere varighet av ubehandlet psykose.»

Statens helsetilsyn uttalte:

«Det å utvide observasjonstiden fra 3 til 6 døgn vil etter våre vurderinger i begrenset grad bidra til å utvide beslutningsgrunnlaget for iverksettelse av tiltaket og vil i sin ytterste konsekvens kunne forlenge en alvorlig sykdomstilstand og forlenge lidelse. Den foreslåtte utvidelsen kan også bidra til en utvikling med økt bruk av begrunnelse om at pasienten vil lide «alvorlig helseskade» dersom ikke observasjonstiden fravikes.»

Bare to høringsinstanser uttalte seg uttrykkelig om forslaget om å oppheve dagens unntak for pasienter som «gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen». Dette var *Sørlandet Sykehus HF* og *Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet* (Tvangs-Forsk). De to instansene avga følgende likelydende uttalelse:

«Vi er videre uenig i at man ikke kan gjøre unntak fra observasjonstiden i situasjoner der pasi-

enten er godt kjent og der man fra tidligere har god dokumentasjon på effekt av medikasjon. Dette vil eksempelvis gjelde pasienter som tidligere har vært grundig observert, der manglende sykdomsinnsikt er en del av sykdomsbildet. Vi kan vanskelig se hvordan en utvidet observasjonstid i disse tilfellene ivaretar pasientens rettssikkerhet, og det kan synes som om man her i mange situasjoner under vurderer pasientenes lidelsestrykk knyttet til psykose.»

Helse Vest RHF uttalte:

«Helse Vest støtter forslaget om at ein kan fråvike kravet, men ønskjer likevel å presisere viktigheita med tvangsbehandlingsforskrifta § 5, som seier: «Ved vedtak om behandling med legemidlar kan undersøkingstida ikkje bli sett til mindre enn tre døgn (nå forslag om 6 døgn) med mindre pasienten ved utsetting vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidligare behandlingsopphald er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlinga.»

11.4 Departementets vurderinger og forslag

Høringsinstansene hadde delte meninger om forslaget fra utvalgets flertall om å forlenge den obligatoriske undersøkelsestiden forut for tvangsmedisinering. Som det framgår i punkt 11.3, kan det anføres gode argumenter både for og mot dette forslaget.

Etter en helhetsvurdering vil departementet tilrå at den obligatoriske undersøkelsestiden før det fattes vedtak om tvangsmedisinering forlenges til fem døgn, slik Helsedirektoratet har foreslått. Departementet legger avgjørende vekt på at en forlengelse av undersøkelsestiden vil legge til rette for et bedre beslutningsgrunnlag og kan øke mulighetene for å oppnå frivillig behandling. Dette er særlig viktig ved så inngripende tvangstiltak som tvangsmedisinering.

Ut fra uttalelsene fra høringsinstansene finner departementet ikke grunnlag for å oppheve dagens adgang til å gjøre unntak fra undersøkelsestiden hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen. Etter departementets vurdering bør begge unntakene som gjelder i dag, videreføres, slik at både unntak der pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade, og unntak der pasienten er godt kjent, videreføres.

Krav om en obligatorisk undersøkelsestid vil ikke være like nødvendig i tilfeller der pasientens tilstand og effekt av behandling er godt dokumentert. I slike tilfeller bør en faglig vurdering av pasientens behov for behandling, lidelsestrykk, pasientens holdning til og tidligere erfaringer med bruk av tvang være avgjørende for når behandling skal igangsettes.

Dette forutsetter imidlertid at institusjonen har både oppdatert og tilstrekkelig dokumentasjon for vurderingen av en godt kjent pasient. Både pasientens tilstand og tidligere effekt av behandlingstiltaket må være avklart. Tidligere kjennskap kan ikke ligge langt tilbake i tid. Departementet viser også til kravet om at den faglig ansvarlige personlig skal ha undersøkt pasienten de siste 48 timene før vedtak treffes. Dette vil gjelde også ved anvendelse av unntaket for godt kjente pasienter.

Departementet er enig med utvalgets flertall i at både hovedregelen om undersøkelsestid og reglene om unntak bør framgå av lovteksten, jf. lovforslaget § 4-4 femte ledd og merknadene til denne bestemmelsen i kapittel 14.

I punkt 11.1 er det redegjort nærmere for hvordan dagens unntak skal forstås. Som nevnt, vil unntaket for pasienter som ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade, omfatte tilfeller der det er alvorlig og akutt risiko for at pasientens tilstand forverres betydelig. Selv om pasienten er tydelig preget av symptomer på psykose, mani eller depresjon, vil ikke dette i seg selv være et selvstendig grunnlag for å gjøre unntak fra undersøkelsestiden. Også når pasienten har hatt et sterkt funksjonsfall og betydelig symptomtrykk utenfor institusjonen, vil rammene ved en innleggelse i seg selv kunne gi symptomdemping.

Alvorlig fysisk helseskade, som alvorlig selvskading, forsøk på selvmord, vegetering og vrangforestillinger som fører til livstruende næringsvegring, vil omfattes. Videre vil unntaket omfatte psykologiske helseskader, som ved betydelig lidelsestrykk hos pasienter med psykose, inkludert manisk psykose, og ved alvorlig depresjon. Dersom tilstanden medfører betydelig lidelse for pasienten som følge av skremmende vrangforestillinger, hallusinasjoner og betydelig indre uro vil det kunne være grunnlag for unntak. Slikt symptomtrykk kan blant annet observeres som hvileløs vandring, repeterende selvskading, forsøk på flukt eller annen adferd preget av redsel.

Ved første gangs behandling av psykoser (debuterende psykoser) skal unntak fra minstetiden for undersøkelse normalt ikke praktiseres.

Departementet vil understreke at behandlingstiltaket skal være klart i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 første ledd.

Etter departementets vurdering bør det ikke innføres et absolutt forbud mot å gi depotinjeksjoner ved unntak som gjelder fare for at pasienten vil lide alvorlig helseskade, slik utvalgets flertall har foreslått. Dersom det gis injeksjoner, skal det imidlertid fortrinnsvis benyttes korttidsvirkende legemidler. Dette vil være et mindre inngripende tiltak som følge av kortere virkningstid, samtidig som det blir anledning til en videre undersøkelse når symptomdempning har inntrådt. For pasienter som kommer til behandling for første gang, skal det aldri være aktuelt med bruk av depot ved unntak fra undersøkelsestiden.

I de nasjonale faglige retningslinjene Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, gis det anbefalinger for enkelte

pasientgrupper om å følge særlige forsiktighetsregler når det gjelder preparatvalg og dosering og ha vaksomhet for bivirkninger. Dette gjelder blant annet pasienter som kommer til behandling for første gang.

Videre anbefales det i retningslinjene at pasienter som kommer til førstegangsbehandling, i utgangspunktet bør tilbys antipsykotika i tablettform. Behandlingen bør starte med lav dose og langsomt trappes opp.

Departementet vil også vise til at tvangsmidlet korttidsvirkende legemiddel i noen tilfeller kan være et alternativ til tvangsmedisinering, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd bokstav c. Terskelen for å anvende tvangsmidlet er noe høyere og har et mer nødrettslig skadeavvergende formål enn et behandlingmessig aspekt. Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, kan være aktuelt for å unngå fysisk helseskade (eks. alvorlig selvskading, suicid).

12 Fri rettshjelp

12.1 Gjeldende rett

12.1.1 Generelt om ordningen med fri rettshjelp

Adgangen til fri rettshjelp er regulert i rettshjelploven. Formålet med fri rettshjelp er å sikre nødvendig juridisk bistand til personer som ikke selv har økonomiske forutsetninger for å kunne ivareta et rettshjelpsbehov av stor personlig og velferdsmessig betydning, jf. rettshjelploven § 1. Fri rettshjelp omfatter ikke bistand som dekkes av andre ordninger eller utgifter som kan erstattes på annen måte, jf. rettshjelploven § 5. Fri rettshjelp betales helt eller delvis av staten og gis som fritt rettsråd, fri sakførsel eller fritak for rettsgebyr, jf. rettshjelploven § 1. Fri rettshjelp ytes som hovedregel av privatpraktiserende advokater, jf. rettshjelploven § 2. Loven angir i hvilke sakstyper det kan gis fri rettshjelp og om retten til fri rettshjelp er avhengig av søkers inntekt og formue. Mottakere av fri rettshjelp skal betale en egenandel av utgiftene til bistand dersom rettshjelpen er gitt etter behovsprøving, jf. rettshjelploven § 9.

12.1.2 Særlig om ordningen med fritt rettsråd

Fritt rettsråd er rettshjelp som gis utenfor rettergang, for eksempel i saker for fylkesmannen. Loven angir i hvilken type saker fritt rettsråd kan innvilges og om det skal skje etter en behovsprøving, dvs. at den kan innvilges til den som har inntekt og formue under bestemte grenser fastsatt av departementet, jf. rettshjelploven § 11.

Ved fritt rettsråd er advokatsalæret som hovedregel begrenset til fastsatt stykkpris etter forskrift 12. desember 2005 nr. 1442 om salær fra det offentlige til advokater m.fl. etter faste satser ved fri rettshjelp og i straffesaker (stykkprisforskriften) § 5. Dette innebærer at betalingen for bistanden er standardisert og begrenset til et fast timetall. Advokaten vil altså få samme betaling uavhengig av hvor mange timer han eller hun faktisk bruker på saken.

12.1.3 Pasienter i psykisk helseverns tilgang til fri rettshjelp

Pasienten har rett til fri sakførsel uten behovsprøving og egenandel i saker for kontrollkommissjonen eller domstolen om blant annet tvungen observasjon og etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Dette følger av rettshjelploven §§ 16 og 17.

Pasienten har som hovedregel ikke krav på fri rettshjelp ved klage til fylkesmannen på vedtak om behandling uten samtykke (blant annet tvangsmedisinering og tvangsernæring). Det kan likevel unntaksvis innvilges fritt rettsråd etter behovsprøving dersom saken objektivt sett berører søker i særlig sterk grad, jf. rettshjelploven § 11 tredje ledd.

12.2 Forslag i NOU 2011: 9

Utvalgets flertall foreslo at pasienter i psykisk helsevern skulle få fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved etableringen av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Utvalgets flertall foreslo også at pasientene skulle få fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved klage til fylkesmannen over vedtak om behandling uten samtykke (tvangsmedisinering mv.). Flertallet forutsatte at stykkprisforskriften skulle endres slik at pasienter skulle få tre timer fritt rettsråd ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Flertallet la videre i sine beregninger av de økonomiske konsekvensene av forslaget om rett til fritt rettsråd ved klage til fylkesmannen over vedtak om behandling uten samtykke til grunn at det skulle gis fem timer med fritt rettsråd.

12.3 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene som uttalte seg om utvidelse av ordningen med fri rettshjelp var positive til forslagene. *Justis- og beredskapsdepartementet* var for eksempel prinsipielt sett enige i de utvidelsene av rett til fri rettshjelp som utvalget la opp

til og i at eventuelle utvidelser burde gis uten behovsprøving. *Helsedirektoratet* og *Helsetilsynet* var også positive.

Ingen instanser hadde innvendinger mot forslaget om å gi pasienten fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved klage til fylkesmannen over vedtak om behandling uten samtykke.

Flertallet av høringsinstansene som uttalte seg om spørsmålet, bl. a. *Sykepleierforbundet*, *Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmet sykehus*, *Statens helsetilsyn* og *Likestillings- og diskrimineringsombudet*, støttet forslaget om å gi tre timer fritt rettsråd ved etablering av tvang. *Kontrollkommisjon I for Akershus* skrev imidlertid:

«Ved advokathjelp ved etableringen kan man få en diskusjon mellom vedtaksansvarlige, advokaten og pasienten som fører til tidsspill og unødvendig byråkrati ved etableringen og en forsinket start på behandlingen. Det må også taes hensyn til at svært mange pasienter ved etablerings-/observasjonstidspunktet er så syke at noen fornuftig samtale ikke er mulig de første timene eller døgnet. Det ekstra arbeid en vil oppleve dersom de skal ha gjennomgang av saken med advokat på dette tidspunktet står ikke i noe rimelig forhold til den økte arbeidsbelastning og dokumentasjon dette krever.»

12.4 Departementets vurderinger og forslag

Bruk av tvang i psykisk helsevern er alvorlige inngrep mot dem det gjelder. Pasienten har åpenbart interesse i at det blir ført kontroll med lovligheten av tvangsvedtakene.

Regelverket om bruk av tvang balanserer hensynet til pasientens integritet mot samfunnets plikt til å ta vare på personer som ikke selv er i stand til det og samfunnets behov for beskyttelse mot farlig atferd. Samfunnet har derfor også en interesse i at en uavhengig instans vurderer om regelverket i den enkelte sak praktiseres innenfor de rammene lovgiver har gitt og i tråd med de internasjonale konvensjonene Norge har sluttet seg til.

Fri rettshjelp er ofte en forutsetning for at pasienten kan bruke sine prosessuelle rettigheter.

12.4.1 Fritt rettsråd før det tas endelig stilling til etablering av tvang

Det er et mål å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Juridisk bistand ved etablering av tvang kan tenkes å medføre reduksjon i antallet tvangsvedtak og vil bidra til riktigere bruk av bestemmelsene om bruk av tvang.

Departementet er likevel i tvil om hvor hensiktsmessig det er å gi rett til advokatbistand før det etableres tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Pasienten vil oftest være svært syk når det er aktuelt å etablere tvang. Det er derfor ikke opplagt at det er en fordel for pasienten at prosessen med etablering av tvang trekker ut. Pasienten vil dessuten ha krav på fri sakførsel, jf. rettshjelploven §§ 16 og 17, ved klage på etablering av tvangsinnleggelsen til Kontrollkommisjonen og eventuell domstolsbehandling. I praksis vil Kontrollkommisjonen raskt oppnevne advokat til en pasient som ikke er enig i innleggelsen. Departementet er derfor kommet til at denne delen av forslaget ikke bør følges opp.

12.4.2 Fritt rettsråd ved klage over vedtak om behandling uten eget samtykke

Departementet er enig med flertallet i utvalget i at pasientene har det samme behovet for å få ivare tatt rettssikkerheten sin ved vedtak om behandling uten eget samtykke (tvangsmedisinering mv.) som ved vedtak om tvangsinnleggelse. Departementet slutter seg derfor til forslaget om rett til fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved klage til fylkesmannen over vedtak om behandling uten eget samtykke.

Utvalgets flertall foreslo ingen begrensning i antallet timer det skal kunne gis fritt rettsråd, men la til grunn fem timer i sine økonomiske beregninger. Departementet viser til at innlemming av nye saker i rettshjelpsordningen vil kunne virke prosessdrivende i den forstand at antallet klager øker. Dette gjelder særlig når hjelpen gis uten behovsprøving og søker ikke har økonomiske utlegg og derfor ikke noe økonomisk insentiv til å begrense kostnadene. Departementet foreslår derfor at adgangen til fritt rettsråd gis i form av stykkpris med fem ganger den offentlige salærsatsen. Det forutsetter endringer i stykkprisforskriften.

13 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

Et av de sentrale forslagene i proposisjonen gjelder innføring av en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven. Dette forslaget innebærer en prinsipiell endring, slik at en pasient som har samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern, eventuelt nekte fortsatt behandling. Retten til å nekte skal etter forslaget gjelde både ved tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke, men med unntak ved selvmordsfare eller fare for andres liv eller helse. Departementet foreslår at gjeldende regler i pasient- og brukerrettighetsloven om hvem som har samtykkekompetanse, skal legges til grunn.

I likhet med utvalgets flertall mener departementet at det er sannsynlig at forslaget vil føre til færre tvangsinnleggelses enn det som følger av dagens lov og praksis. Overgang til en modell basert på manglende samtykkekompetanse vil sannsynligvis også gi kortere opphold i tvungent psykisk helsevern. Dette trekker i retning av færre liggedøgn. De pasientene dette gjelder, bør imidlertid få annen helsehjelp som alternativ til tvangsinnleggelse.

Videre antar departementet at den nye modellen kan få særlig betydning for pasienter som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Når det gjelder pasienter som har samtykkekompetansen i behold, og som faglig ansvarlig vurderer vil være best tjent med tvungent psykisk helsevern, kan det tenkes at forslaget kan føre til en mer aktiv søking etter tegn på fare for andre. I praksis kan dette føre til økt bruk av farevilkåret, sammenliknet med hva som er gjeldende praksis. Dette kan redusere virkningen av regelendringen.

Samlet sett mener departementet at forslaget ikke vil medføre vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Departementet legger til grunn at en presisering av pasientens rett til å uttale seg før det fattes vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4, ikke vil ha vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser. En part som ikke ved søknad eller på annen måte har uttalt seg i saken, har etter forvaltningsloven allerede en rett til å uttale seg før det treffes vedtak.

Etter departementets vurdering vil heller ikke en plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell ha vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser. En slik plikt følger for en stor del allerede av forvarlighetskravet i helsepersonelloven, og ifølge Legeforeningens høringsuttalelse er samråd med annet helsepersonell før det treffes vedtak praksis ved de fleste behandlingsstedene.

Forslagene om vedtak når pasienten motsetter seg skjerming og krav om evaluering etter tvangsbruk vil føre til noe økt ressursbruk i institusjonene, og til klagebehandling i kontrollkommisjonene. Utgifter forutsettes dekket innenfor de gitte rammer til de regionale helseforetakene og kontrollkommisjonene.

Den offentlige salærsatsen for fritt rettsråd er 995 kr eksklusive mva. per 1. januar 2016. Helsedirektoratet har anslått kostnadene ved utvidelse av ordningen med fritt rettsråd ved klager på behandling uten samtykke til om lag 5,5 mill. kroner og kostnader ved økt antall klagesaker hos Fylkesmannen til om lag 3,5 mill. kroner, dvs. totalt om lag 9 mill. kr per år. De økte kostnadene vil bli dekket innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjetttramme.

Departementet legger til grunn at forslagene om endringer i formålsbestemmelsen, og flytting av frist for å fatte vedtak fra forskriften til loven ikke vil få økonomisk eller administrative konsekvenser.

14 Merknader til de enkelte bestemmelsene

14.1 Psykisk helsevernloven

Til § 1-1

I *første ledd første punktum* er det tatt inn en uttrykkelig henvisning til menneskerettighetene. Det medfører ingen vesentlig innholdsmessig endring ettersom de fleste menneskerettighetene allerede er gjort til norsk lov, men er en påminnelse om at menneskerettighetene gir føringer ved tolkningen av lovens bestemmelser.

Første ledd andre punktum er nytt og understreker at selv om psykisk helsevernloven gir hjemmel for å anvende tvang, er det et overordnet mål å forebygge og begrense bruk av tvang. Dette er en harmonisering med ordlyden i pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 9-1.

Andre ledd første punktum viderefører og utdyper innholdet i andre punktum i dagens bestemmelse og harmoniserer formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven med ordlyden i en del av formålsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 9-1. I *respekt for fysisk og psykisk integritet* ligger det et krav om at pasientens kroppslige og psykiske grenser i størst mulig grad skal respekteres. Kravet om at helsehjelpen *så langt mulig skal være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett* er en markering av frivillighetsprinsippet og av at bruk av tvang alltid skal være en subsidiær løsning. Det må dermed lages individuelt tilpassede løsninger for hver enkelt pasient.

Se nærmere omtale i kapittel 5.

Til § 1-1 a

Ny § 4-4 a er føyd til i listen over bestemmelser som ikke gjelder når pasienten er lagt inn etter en annen lov enn psykisk helsevernloven.

Til § 1-7 tredje ledd

Opplistingen i *tredje ledd* er utvidet med klage på vedtak om undersøkelse og behandling etter

lovens § 4-4. Tilbud om gratis advokatbistand er regulert i rettshjelploven. Se nærmere omtale i kapittel 12 og forslaget til endring i rettshjelploven § 11 første ledd. Utvidelsen av ordningen med fritt rettsråd vil bare gjelde for pasienter, ikke for pårørende som benytter sin rett til å klage. Dagens henvisning til § 2-2 fjerde ledd er endret til § 2-2 femte ledd. Dette er en ren teknisk endring uten innholdsmessig betydning.

Til § 3-2

Overskriften er endret for å tydeliggjøre at bestemmelsen regulerer vilkår for å treffe vedtak om tvungen observasjon.

Ny bestemmelse i *første ledd* nr. 3 stiller krav om at pasienten mangler samtykkekompetanse. Dette innebærer at en ny kompetansebasert modell innføres. Etter denne modellen kan pasienter som har samtykkekompetanse, nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Det innebærer også rett til å velge å trappe ned eller avslutte igangsatt behandling. Blant annet vil pasienter som etter en tids behandling vurderes å ha fått tilbake sin samtykkekompetanse, få rett til å ta en slik beslutning. I vurderingen av samtykkekompetanse skal reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 legges til grunn.

Krav om manglende samtykkekompetanse skal gjelde i tillegg til de andre vilkårene som framgår av § 3-2 første ledd. Dagens vilkår i første ledd nr. 1 og 2 og nr. 4 til 6 er videreført uten endringer. Gjeldende nr. 3 (ny nr. 4) i første ledd er endret slik at henvisningen til § 3-3 er endret til § 3-3 nr. 3. Dette er en klargjøring av hvordan gjeldende bestemmelse må tolkes.

Unntak fra krav om manglende samtykkekompetanse gjelder ved nærliggende og alvorlig selvmordsfare eller ved nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Se nærmere omtale i punkt 6.2.

Reglene i dagens andre ledd er flyttet til ny § 3-3 a første og andre ledd.

Reglene i dagens fjerde ledd er flyttet til ny § 3-3 a fjerde ledd.

Til § 3-3

Overskriften er endret for å tydeliggjøre at bestemmelsen regulerer vilkår for å treffe vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Ny bestemmelse i nr. 4 stiller krav om at pasienten mangler samtykkekompetanse. Dette innebærer at en ny kompetansebasert modell innføres. Etter denne modellen kan pasienter som har samtykkekompetanse, nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Det innebærer også rett til å velge å trappe ned eller avslutte igangsatt behandling. Blant annet vil pasienter som etter en tids behandling vurderes å ha fått tilbake sin samtykkekompetanse, få rett til å ta en slik beslutning. I vurderingen av samtykkekompetanse skal reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 legges til grunn.

Krav om manglende samtykkekompetanse skal gjelde i tillegg til de andre vilkårene som framgår av § 3-3. Dagens vilkår i første ledd nr. 1 til 6 er videreført uten endringer.

Unntak fra krav om manglende samtykkekompetanse gjelder ved nærliggende og alvorlig selvmordsfare eller ved nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Se nærmere omtale i punkt 6.2.

Reglene i dagens andre ledd er flyttet til ny § 3-3 a første og andre ledd.

Reglene i dagens tredje ledd er flyttet til ny § 3-3 a fjerde ledd.

Til § 3-3 a

Første ledd og andre ledd andre punktum viderefører reglene i dagens §§ 3-2 andre ledd og 3-3 andre ledd.

Andre ledd første punktum viderefører bestemmelsen i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernloven) § 10 andre ledd. Bestemmelsen oppstiller et viktig krav av særlig betydning for pasienter og pårørende og er derfor, av informasjonshensyn, flyttet til loven.

I *tredje ledd* skjerpes kravene til skriftlig begrunnelse for vedtaket.

Se nærmere omtale i punkt 9.2.

Fjerde ledd viderefører reglene i dagens §§ 3-2 fjerde ledd og 3-3 tredje ledd, men det er tydeliggjort at den utvidede klagefristen i andre punktum også gjelder for klage på vedtak om tvungen observasjon.

I *femte ledd* er det tatt inn en hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter om vedtak og klage etter § 3-3 a. Dette gir hjemmel for å stille

ytterligere krav om vedtak og klage enn det som følger av lovbestemmelsen, herunder hjemmel for å videreføre dagens regler om dette i psykisk helsevernloven.

Til § 3-7 fjerde ledd

Reglene i dagens § 3-7 fjerde ledd er videreført, men det er tydeliggjort at den utvidede klagefristen i andre punktum gjelder fra utløpet av observasjonen, når det er tvungen observasjon som påklages.

Til § 4-2

Første ledd tredje punktum er nytt, og tydeliggjør at minste inngreps prinsipp gjelder ved anvendelse av tiltakene i loven.

Nytt *andre ledd* gir pasienten rett til å uttale seg før det treffes vedtak etter kapittel 4, i de tilfellene dette er mulig.

Nærmere omtale er gitt i kapittel 7.

I *tredje ledd* stilles det opp et nytt krav om at nærmere angitte tvangstiltak skal evalueres sammen med pasienten. I dette ligger det en klar forpliktelse for institusjonen til å gjøre en innsats for å trekke pasienten med i evalueringen. Dette blir ytterligere understreket i *andre punktum* der det er stilt opp et krav om at pasienten skal tilbys minst en samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken.

Se nærmere omtale i kapittel 10.

Til § 4-3

Endringen i *andre ledd første punktum* innebærer at det også skal fattes vedtak før skjerming settes i verk dersom pasienten motsetter seg tiltaket. For pasienter som ikke motsetter seg skjerming, innebærer forslaget bare en språklig endring.

Se nærmere omtale i punkt 9.1.

Til § 4-4

Overskriften er endret for å tydeliggjøre at bestemmelsen regulerer vilkår for å treffe vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Paragrafen regulerer ikke tilfeller der undersøkelsen eller behandlingen utføres på grunnlag av et gyldig samtykke. Ordlyden i paragrafen er noe forenklet ved at forutsetningen om manglende samtykke er tatt ut en rekke steder.

I *første ledd* er det føyd til et vilkår om at pasienten mangler samtykkekompetanse, med enkelte unntak. Se nærmere omtale i punkt 6.2

når det gjelder krav om manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang, herunder undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter § 4-4.

Regler om obligatorisk undersøkelsestid før vedtak om tvangsmedisinering er tatt inn i *nytt femte ledd*. Regler om dette framgår i dag av psykisk helsevernloven § 20. Gjeldende bestemmelser er endret slik at undersøkelsestiden som hovedregel skal være minst fem døgn i stedet for minst tre døgn. Dagens to unntak er i hovedsak videreført, se nærmere omtale i kapittel 11.

Reglene i dagens femte, sjette og sjuende ledd er flyttet til ny § 4-4 a.

Til § 4-4 a

Første ledd viderefører reglene i dagens § 4-4 femte ledd. I tillegg pålegges faglig ansvarlig en plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Se nærmere omtale i kapittel 8.

Andre ledd viderefører reglene i dagens § 4-4 sjette ledd. I tillegg skjerpes kravene til skriftlig begrunnelse for vedtaket. Enkelte av kravene vil bare være relevante for vedtak om legemiddelbehandling.

Se nærmere omtale i punkt 9.2.

Tredje ledd viderefører reglene i dagens § 4-4 sjuende ledd.

Dersom det er nødvendig med fysisk maktbruk for å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen, må det treffes eget tvangsmiddelvedtak om dette etter § 4-8.

I *fjerde ledd* er det tatt inn en hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter om vedtak og klage etter § 4-4 a, herunder hjemmel for ytterligere krav til innholdet i vedtaket og hjemmel for å videreføre dagens regler om vedtaket og klagebehandlingen i psykisk helsevernloven.

14.2 Rettshjelploven

Til § 11 første ledd nr. 8

Bestemmelsen er ny og gir pasienter i psykisk helsevern rett til fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved klage til fylkesmannen over vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (tvangsmedisinering, tvangsernæring mv.).

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjøres følgende endringer:

§ 1-1 skal lyde:

§ 1-1 Formål

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med *menneskerettighetene* og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. *Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.*

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.

§ 1-1 a andre ledd skal lyde:

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, 4-4 a, 4-5 annet ledd, 4-7 a annet ledd, 4-9 og 4-10 for gjennomføringen av oppholdet. For pasienter innlagt i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, skal § 4-7 a annet ledd i loven her likevel gjelde tilsvarende.

§ 1-7 overskriften skal lyde:

§ 1-7 Rett til å bruke advokat eller annen fullmektig

§ 1-7 tredje ledd skal lyde:

Ved saker om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, saker om overføringer, saker som nevnt i §§ 2-1 annet ledd og 2-2 femte ledd og ved klage til fylkesmannen over vedtak om undersøkelse og behandling etter § 4-4, har pasienten rett *fri rettshjelp* etter lov 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp.

§ 3-2 skal lyde:

§ 3-2 Vilkår for 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. *Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.*
4. Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 nr. 3.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
7. 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.

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.

§ 3-3 skal lyde:

§ 3-3 Vilkår for 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. *Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.*
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
7. 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.

Ny § 3-3 a skal lyde:

§ 3-3 a Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Den faglig ansvarlige treffer vedtak etter §§ 3-2 og 3-3 på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen undersøkelse av pasienten.

Vedtaket skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter at pasienten er kommet til institusjonen. Vedtaket skal straks nedtegnes.

I vedtaket skal det opplyses om:

1. *hvordan vilkårene for vedtaket, jf. §§ 3-2 og 3-3, er vurdert,*
2. *vedtaket innebærer en overføring fra frivillig vern, jf. § 3-4,*
3. *hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingsmessig effekt og risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet, er vurdert,*
4. *pasientens holdning til og erfaringer med bruk av tvang og*
5. *pasientens syn på frivillige tiltak.*

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter paragrafen her til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtaket i inntil 3 måneder etter at observasjonen eller vernet er opphørt.

Kongen i statsråd gir forskrifter om vedtak og klage etter paragrafen her.

§ 3-7 fjerde ledd andre punktum skal lyde:

Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at observasjonen eller vernet er opphørt.

§ 4-2 første, andre og tredje ledd skal lyde:

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

Før det treffes vedtak etter lovens kapittel 4, skal pasienten gis anledning til å uttale seg der dette er mulig. Opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Bruk av følgende tiltak skal evalueres sammen med pasienten så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet:

1. *skjerming som pasienten motsetter seg, jf. § 4-3,*
2. *undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4,*
3. *undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvitasjon etter § 4-6 første ledd og undersøkelse etter § 4A-4 andre og tredje ledd,*
4. *rusmiddeltesting uten pasientens samtykke, jf. § 4-7a andre ledd, og*
5. *bruk av tvangsmidler, jf. § 4-8.*

Pasienten skal tilbys minst en samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres.

Nåværende andre, tredje, fjerde og femte ledd blir fjerde, femte, sjette og syvende ledd.

§ 4-3 andre ledd første punktum skal lyde:

Det skal fattes vedtak hvis pasienten motsetter seg skjerming, eller hvis skjerming opprettholdes ut over 24 timer.

§ 4-4 skal lyde:

§ 4-4 Vilkår for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

Pasient som er 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. Det er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Det kan ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

- a) Pasienten kan behandles med *legemidler*. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.
- b) Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis *ernæring såfremt* dette fremstår et strengt nødvendig behandlingalternativ.

Undersøkelse og behandling kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling.

Behandlingstiltak kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor

sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.

Vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan ikke fattes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet. Dette gjelder ikke hvis pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.

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

Ny § 4-4 a skal lyde:

§ 4-4 a Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Vedtaket skal straks nedtegnes. I vedtaket skal det opplyses om:

1. *hvordan vilkårene for vedtaket, jf. § 4-4 første til fjerde ledd, er vurdert,*
2. *hvilke virkemidler som skal kunne brukes for å gjennomføre behandlingen,*
3. *vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke er fattet før utløpet av den obligatoriske undersøkelsestiden på fem døgn, jf. § 4-4 femte ledd, og hva som i så fall er begrunnelsen,*
4. *hvilken type og dosering av legemidler eller ernæring som skal kunne brukes,*
5. *hvilken behandlingmessig effekt legemiddelet forventes å ha og når effekten forventes å inntre,*
6. *forventede bivirkninger og eventuelt risiko for varig skade som følge av legemidlene,*
7. *hvordan den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet framover,*
8. *forhåndserklæringer eller uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang,*
9. *pasientens syn på aktuelle frivillige tiltak,*
10. *oppfatningen til annet kvalifisert helsepersonell og*
11. *institusjonens opplegg for fortløpende evaluering av effekter og bivirkninger av behandlingstiltaket.*

Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtak etter paragrafen her til fylkesmannen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om vedtak og klage etter paragrafen her.

II

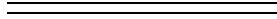
I lov 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp gjøres følgende endringer:

§ 11 første ledd nytt nr. 8 skal lyde:

8. for pasienter i saker for fylkesmannen om undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven § 4-4.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.



Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: 07 Oslo AS – 06/2016

