

**Høringsnotat - forslag til endringer i psykisk helsevernloven – kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlege gjenstandar og rømmingshjelpemiddel**

**Sendt ut: 9. oktober 2015**

**Høringsfrist: 8. januar 2016**

## Innhald

Forslag til endringar i psykisk helsevernloven – kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlege gjenstandar og rømmingshjelpemiddel .....	3
1 Innleiing og samandrag .....	3
1.1 Innleiing .....	3
1.2 Samandrag.....	3
2 Historikk .....	4
3 Gjeldande regelverk.....	4
3.1 Grunnlova og menneskerettane.....	4
3.2 Generelt om psykisk helsevernloven .....	5
3.3 Sikkerheitstiltak i institusjonar med døgnopphald.....	6
3.4 Sikkerheitstiltak i regionale sikkerheitsavdelingar og eining med særleg høgt sikkerheitsnivå .....	7
3.5 Arbeidstakars rettar .....	8
4 Forslag til nye reglar om bruk av tvang i rusinstitusjonar .....	8
5 Erfaringar frå det psykiske helsevernet .....	9
5.1 Innleiing .....	9
5.2 Undersøking gjennomført av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst i 2008.....	9
5.3 Høyringa av forslaget om særlege reglar for gjennomføring av psykisk helsevern i regionale sikkerheitsavdelingar.....	10
5.4 Helsedirektoratet si undersøking i 2015 .....	10
6 Departementet sine vurderingar og forslag .....	12
6.1 Innleiing .....	12
6.2 Bør mogelegheita for å gjennomføre sikkerheitskontrollar utvidast?.....	13
6.3 Verkeområde.....	14
6.4 Kva type kontrollar skal kunne gjennomførast? .....	16
6.5 Utvida kontrollmogeleghet ved grunngeven mistanke .....	18
6.6 Behov for harmonisering av ordlyden i psykisk helsevernloven .....	18
7. Økonomiske og administrative konsekvensar .....	19
8. Utkast til lovtekst .....	19

# **Forslag til endringar i psykisk helsevernloven – kontroll for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, farlege gjenstandar og rømmingshjelpemiddel**

## **1 Innleiing og samandrag**

### **1.1 Innleiing**

Det har over tid vore ein auke i meldingar frå spesialisthelsetenesta om at tilsette i det psykiske helsevernet føler seg utrygge på arbeidsplassen. Det blir rapportert funn av våpen, farlege gjenstandar og rusmiddel, særleg i dei akuttpsykiatriske avdelingane. Det blir rapportert om branntilløp, sjølvdrap, voldelege og trugande episodar. Omsynet til medpasientane taler også for å rette merksemd mot tryggleiken i det psykiske helsevernet. Det same gjer omsynet til at pasientane skal få utbytte av behandlinga.

Kontroll av pasientar og eigedelar blir ofte omtalt som ransaking. Psykisk helsevernloven bruker ikkje omgrepet ransaking. Vi har i dette høyringsnotatet valt å bruke omgrepa undersøking eller kontroll av person (kroppsvisitasjon) og eigedelar.

### **1.2 Samandrag**

Departementet foreslår å utvide mogelegheitene for å gjennomføre sikkerheitskontrollar i det psykiske helsevernet. Forslaget har to sider: Innføring av tilgang til rutinekontroll og utviding av dagens tilgang til å kontrollere på bakgrunn av grunngjeven mistanke.

Institusjonar for døgnopphald i det psykiske helsevernet skal kunne innføre rutinekontroll av person (kroppsvisitasjon) og eigedelar. Kontroll skal kunne gjennomførast når pasienten kjem til institusjonen. Formålet med kontrollane skal vere å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff, rømmingshjelpemiddel og farlege gjenstandar. I dag kan slik kontroll berre gjennomførast når det ligg føre ein konkret mistanke om innføring av noko som kan utgjere ein sikkerheitsrisiko.

Vidare skal alle pasientar som kjem til ein institusjon i det psykiske helsevernet, uavhengig av om det dreier seg om døgn-, dag- eller poliklinisk behandling, kunne kontrollerast når det ligg føre ein grunngjeven mistanke om at pasienten har med seg noko som kan utgjere ein sikkerheitsrisiko for dei sjølve, andre pasientar eller tilsette. I dag er lovheimelen for slik kontroll i psykisk helsevernloven avgrensa til institusjonar for døgnopphald.

Forslaga vil gjelde både for pasientar som er frivillig innlagte og pasientar som er innlagte til tvungen psykisk helsevern.

Departementet foreslår dessutan at språket i paragrafane som regulerer kontroll av pasientar og eigedelar skal moderniserast og harmoniserast med omgrepa som er foreslått brukt i tilsvarende reglar for rusinstitusjonar.

## 2 Historikk

Lov 28. april 1961 om psykisk helsevern blei oppfatta slik at dersom vilkåra for tvangsinnlegging var oppfylte, heimla det automatisk alle tiltak som var nødvendige av omsyn til behandling og sikkerheit. Tiltaka kunne om nødvendig gjennomførast med tvang.

Utover på 1970- og 80-talet blei tvangstiltak mot psykiatriske pasientar stadig meir problematisert og haldninga til bruk av ulike typar tvangstiltak blei meir restriktiv. Parallelt med dette auka fokuset på pasientrettar og pasientvern. I tråd med dette kom det egne forskrifter som regulerte bruken av tvangsmiddel og tvangsmedisinering. Forholda rundt det vi i dag omtaler som ransaking blei likevel ikkje problematisert eller forsøkt regulert utover ei forskrift frå 1971 om kontroll av brev og pakkar.

Dette blei endra då den nye psykisk helsevernlova av 2. juli 1999 fekk ein eigen paragraf om ransaking ved grunngeven mistanke<sup>1</sup>. Departementet vurderte då om det også burde gjevast lovheimel for rutinekontroll av person (kroppsvitasjon) og gjennomgang av eigedelane til pasienten. Departementet kom den gongen til at tilgangen til kontroll burde vere så snever som mogeleg og foreslo derfor at kontroll berre skulle kunne baserast på grunngeven mistanke.

Frå 1. juli 2012 ble psykisk helsevernloven endra for å legge til rette for ein noko større, men avgrensa, tilgang til å utføre sikkerheitstiltak i regionale sikkerheitsavdelingar. Det blei m.a. gitt tilgang til rutineundersøkingar av pasientens person, rom og eigedelar i § 4A-4.

## 3 Gjeldande regelverk

### 3.1 Grunnlova og menneskerettane

Etter Grunnlova § 92 skal statlege styresmakter respektere og tryggje menneskerettane slik dei er fastsette i Grunnlova og i traktatar om menneskerettar som er bindande for Noreg. Noreg har m.a. ratifisert Europarådets konvensjon om vern av menneskerettane og

---

<sup>1</sup> Ot. prp. Nr. 11 (1998-99) Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

dei grunnleggande fridommar (EMK). Konvensjonen er dessutan gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven § 2 nr. 1.

Etter Grunnlova § 93 må ingen utsetjast for tortur eller anna umenneskeleg eller nedverdige behandling eller straff. Etter § 98 må ikkje noko menneske utsetjast for usakleg eller mishøveleg forskjellsbehandling. Det følgjer vidare av Grunnlova § 102 at alle har rett til respekt for privatlivet og familielivet sitt og at dei statlege styresmaktene skal sikre eit vern om den personlege integriteten. Dei same krava følgjer av EMK.

Etter EMK artikkel 8 har ein kvar rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, heimen sin og korrespondansen sin. Tiltak som grip inn i borgarane sin integritet kan berre skje når dette er:

1. i samsvar med lova (dvs. må ha heimel i lov)
2. nødvendig i eit demokratisk samfunn, og
3. grunngjeve i omsynet til den nasjonale sikkerheit, offentleg tryggleik, eller den økonomiske velferda i landet, for å førebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral eller for å beskytte rettane og fridommene til andre menneske.

Kravet til lov inneber at heimelen for inngrepet må vere tilstrekkeleg klar og presis, slik at borgarane har kunnskap om kva for inngrep dei kan bli utsette for. I kravet om at tiltaket må vere nødvendig, ligg det at formålet ikkje kan varetakas med mindre inngripande tiltak, og at inngrepet er høveleg. Omsynet til samfunnet sitt behov for vern, og kva for verdiar ein ønsker å verne ved inngrepet, må vegast opp mot inngrepet kontrollen inneber for den einskilte.

Etter EMK artikkel 3 må ingen bli utsett for tortur eller umenneskeleg eller nedverdige behandling eller straff. Forbodet kan ikkje fråvikast og det finst ikkje unntak. Etter praksis i domstolen vil behandling vere nedverdige dersom den førar til, eller er egna til å føre til, ein følelse av frykt, angst eller mindreverd. FNs konvensjon om rettane til menneske med nedsett funksjonsevne (CRPD) har liknande reglar i artikkel 15.

EMK artikkel 14 forbyr alle former for diskriminering. CRPD artikkel 5 inneheld eit særskilt diskrimineringsvern for menneske med nedsett funksjonsevne. Etter CRPD artikkel 17 har eitkvart menneske med nedsett funksjonsevne rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet, på linje med andre. Menneske med nedsett funksjonsevne er etter artikkel 1, mellom anna menneske som har langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsetting som i samspel med ulike barrierar kan hindre dei i å delta fullt ut og på ein effektiv måte i samfunnet, på lik line med andre.

## **3.2 Generelt om psykisk helsevernloven**

Det psykiske helsevernet er regulert i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Formålet med lova er å

sikre at tiltaka etter lova tar utgangspunkt i behova til pasienten og respekten for menneskeverdet. Lova skal vidare sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på ein forsvarleg måte og i samsvar med grunnleggjande rettssikkerheitsprinsipp.

Lova regulerer frivillig og tvungent psykisk helsevern, i og utanfor institusjon. Lova gir åtgang til tvungen observasjon med sikte på å finne ut om vilkåra for tvangsinnlegging er oppfylt og til å tvangsinnleggje pasientar med alvorlege sinnslidingar. Deler av lova gjeld også for personar som er sikta i ei straffesak, rusmiddelmissbrukarar og barn og unge når desse, med heimel i anna lovgjeving, er innlagt i institusjon i det psykiske helsevernet. Dette følgjer av psykisk helsevernloven § 1-1a andre ledd. Lova gjeld ikkje for arbeid med psykisk helse i kommunane.

Psykisk helsevern blir som hovudregel gitt med grunnlag i samtykke frå pasienten etter reglane i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. psykisk helsevernloven § 2-1.

Etter psykisk helsevernloven § 4-2 skal bruk av restriksjonar og tvang i psykiatrien innskrenkast til det strengt nødvendige. Det kan derfor berre nyttast tiltak som gir ein så gunstig verknad at det klart oppveg ulempene med tiltaket.

### **3.3 Sikkerheitstiltak i institusjonar med døgnopphald**

Etter psykisk helsevernloven § 4-6 første ledd første punktum kan det berre gjennomførast undersøkingar av rom og eigendelar og kroppsvisitasjon på institusjonar for døgnopphald. Vilåret er at det ligg føre ein *grunngeven mistanke* om at nokon vil prøve å ta eller har tatt medikament, rusmiddel, rømmingshjelpemiddel eller farleg gjenstand med inn på institusjonen. Det må dermed vere konkrete haldepunkt for mistanken t.d. i form av konkrete tips, observerte handlingar eller åtferd hos pasienten. Dette kan t.d. vere ruspåverknad, aggressive tendensar eller åtferd som gir mistanke om planlegging av sjølvdrap. Mistanken skal primært knytast til ytre forhold, men det kan også takast omsyn til sinnstilstanden til pasienten og tidlegare erfaringar med han eller henne.

I rundskriv IS-9/2012 er det lagt til grunn at det ikkje er juridiske hinder for å la alle pasientar gå gjennom metalldetektor ved innkost til institusjon for å lokalisere farlege gjenstandar. Helsedirektoratet minner i rundskrivet om at pasientar vil kunne oppfatte bruk av metalldetektor som krenkande og stigmatiserande og at dette vil kunne få negative konsekvensar for behandlinga. Direktoratet understrekar derfor at det alltid må gjerast ei grundig vurdering av om effekten av tiltaket oppveg dei negative konsekvensane.

Vedtak om sikkerheitskontroll må fattast før dei blir gjennomførte. Etter § 4-6 første ledd andre punktum skal undersøkinga av rommet og egedelane til pasienten, dersom det er mogeleg, skje i nærvær av pasienten, pasienten sin næraste pårørande eller ein annan person pasienten har peika ut.

I andre ledd blir det slått fast at undersøkinga ikkje skal omfatte holromma i kroppen.

Det går fram av jf. § 4-6 første ledd første punktum jf. § 1-4 at vedtak om undersøking skal fattast av den fagleg ansvarlege for vedtak. Vedtaket skal skrivast ned utan opphald jf. § 4-6 tredje ledd første punktum. Den fagleg ansvarlege kan vedta at ulovlege gjenstandar skal beslagleggjast og at gjenstandar som personen ikkje rettmessig kan eige skal øydeleggjast, jf. § 4-7.

Pasienten, eller den pårørande til pasienten, kan klage vedtak om undersøking av personar og gjenstandar og vedtak om beslag og øydelegging av gjenstandar inn for kontrollkommisjonen, jf. § 4-6 tredje ledd andre punktum og § 4-7 andre ledd andre punktum.

I § 4-6 siste ledd er det gitt heimel til å gi utfyllande reglar i forskrift. Det er ikkje gitt slik forskrift.

Etter straffeloven § 63 gjeld reglane tilsvarande ved gjennomføring av dom på tvungen omsorg etter straffeloven § 62. Etter psykisk helsevernloven § 5-1 gjeld reglane tilsvarande for pasientar som er dømt til tvungen psykisk helsevern.

Helsedirektoratet presiserte i brev av 28. mai 2013 at rutinekontroll av person og gjenstandar berre kan gjennomførast på regionale sikkerheitsavdelingar. I brev av 15. oktober 2014 presiserte direktoratet at samtykke i prinsippet kan vere rettsgrunnlag for rutinekontroll, men at føresetnadene for å gi eit gyldig samtykke ofte er dårlege.

### **3.4 Sikkerheitstiltak i regionale sikkerheitsavdelingar og eining med særleg høgt sikkerheitsnivå**

Dersom det ligg føre ein aktuell risiko for alvorleg voldeleg åtferd, kan pasientar som har ei alvorleg sinnsliding, og pasientar der det er mistanke om ei slik liding, utgreiast og behandlast på regionale sikkerheitsavdelingar. Dette følgjer av psykisk helsevernloven § 4A-2 andre ledd.

I regionale sikkerheitsavdelingar kan det m.a. gjennomførast rutineundersøkingar av pasientens person, rom og eigendelar jf. § 4A-4 første ledd. Undersøkingane kan skje ved innlegging og før og etter utgangar. Formålet med undersøkinga må vere å hindre at pasienten tar farlege gjenstandar, medikament, rusmiddel eller hjelpemiddel, under dette mobiltelefon og andre kommunikasjonsmiddel, som kan brukast ved rømming med seg inn på institusjonen. Undersøkinga kan skje ved bruk av teknisk utstyr eller hund eller ved kroppsvitasjon.

Etter andre ledd kan undersøkingar også gjennomførast i andre situasjonar enn dei som er nemnde i første ledd dersom det er grunn til mistanke om at gjenstandar eller stoff er tilgjengelege i, eller vil bli forsøkt innført i, avdelinga. Den fagleg ansvarlege må då fatte vedtak om det.

Den fagleg ansvarlege for vedtak, jf. § 1-4, kan vedta at ulovlege gjenstandar skal beslagleggjast og at gjenstandar som personen ikkje rettmessig kan eige skal øydeleggjast, jf. § 4-7.

Dersom det ligg føre ein grunngeven og sterk mistanke om at ein pasient skjuler ulovlege gjenstandar eller stoff i kroppen, kan den fagleg ansvarlege vedta at det skal gjennomførast ei kroppsleg undersøking eller eit anna tiltak for å bringe fram gjenstanden eller stoffet, jf. § 4A-4 tredje ledd. Undersøkinga kan omfatte holromma i kroppen. Det går fram av forarbeida<sup>2</sup> at det først bør vurderast om andre tiltak kan bringe fram gjenstanden eller stoffet. Slike tiltak kan berre utførast av helsepersonell.

Pasienten, eller dei næraste pårørande til pasienten, kan klage vedtak om undersøking av personar og gjenstandar inn for kontrollkommisjonen, jf. § 4A-4 fjerde ledd. Rutineundersøkingar kan ikkje påklagast.

I § 4A-4 siste ledd er det gitt heimel til å gi utfyllande reglar i forskrift. Det er ikkje gitt slik forskrift.

I særskilte tilfelle der det er særleg risiko for rømming, gisseltaking, alvorleg voldeleg åtfærd eller angrep mot pasienten sjølv, medpasientar eller personell, kan den fagleg ansvarlege vedta at pasienten skal overførast til eining med særleg høgt sikkerheitsnivå. Dette går fram av psykisk helsevernlova § 4A-8. Etter §§ 4A-8 – 4A-14 er det åtgang til å innføre særleg strenge sikkerheitstiltak i einingar med særleg høgt sikkerheitsnivå. Det er så langt ikkje oppretta slike einingar.

### **3.5 Arbeidstakars rettar**

Etter arbeidsmiljøloven § 4-3 fjerde ledd skal arbeidstakarar, så langt det er mogeleg, beskyttast mot vold, truslar og uheldige belastningar som følgje av kontakt med andre. Kva som ligg i dette er utdjupa i Ot.prp. nr. 49 (2004–2005) s. 100 (pkt. 7.3.5):

Hvilke tiltak som eventuelt skal iverksettes må vurderes konkret i det enkelte tilfelle. Det kan for eksempel dreie seg om opplæringstiltak, organisatoriske tiltak eller bruk av sikkerhetsutstyr. Regelen angir en sikkerhets- og trygghetsstandard i arbeidslivet. Vurderingen av i hvilken grad det er 'mulig' å iverksette beskyttelsestiltak må derfor relatere seg til den risiko som foreligger. At arbeidstaker skal beskyttes 'så langt som mulig' innebærer imidlertid ikke noen plikt til å iverksette et høyere sikkerhetsnivå enn det som følger av en slik konkret risikovurdering.

## **4 Forslag til nye reglar om bruk av tvang i rusinstitusjonar**

Forslag til ny forskrift om rettar og bruk av tvang under opphald i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personar med rusmiddelproblem (gjennomføringsforskrift) har vore på alminneleg høyring<sup>3</sup>. Med i høyringa var òg enkelte forslag til lovendringar.

---

<sup>2</sup> Prop 108 L (2011-2012) Endringer i psykisk helsevernloven (regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå m.m.)

<sup>3</sup> Høring – lov og forskrifter om gjennomføring av rusomsorgen av 30. januar 2015



Eit sentralt forslag er å gi institusjonane heimel for å innføre rutine for kroppsvisitasjon og undersøking av egedelar for å hindre innføring av legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff og farlege gjenstandar. Institusjonen kan velje å ta i bruk ordninga når dette er nødvendig for å oppnå formålet med opphaldet.

Forslaget fekk brei støtte, sjølv om det blir understreka at tiltaket kan vere inngripande. Av 60 høyringsinstansar har 36 uttalt seg om dette. Blant dei som støttar forslaget er Marborg, Fagrådet – Rusfeltets hovudorganisasjon, Legeforeininga, Norsk Sjukepleiarforbund, Pasient- og brukeromboda, St. Olavs hospital og Oslo universitetssjukehus (sjølv om dei viser til at behandlarmiljøet er delt), Samarbeidsforum for norske kollektiv og Helse Sør-Øst RHF.

Sju høyringsinstansar er negative. Desse er Ski kommune, Fylkesmannen i Østfold, Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Nasjonal kompetanseteneste TSB (held til ved Oslo universitetssjukehus), Gatejuristen, Fagforbundet og Helse Førde HF.

Nokre instansar støttar delar av forslaget: Rusmisbrukernes interesseorganisasjon ser at det er hensiktsmessig med rutinegjennomgang av klede, men er mot kroppsvisitasjon. Helse Vest RHF ser at det kan vere nødvendig med rutinegjennomgang av klede og egedelar, som i tryggjingskontrollen på fly. Men dei støttar ikkje tilgang til å innføre rutine for kroppsvisitasjon dersom dette omfattar at pasienten må kle av seg.

Dei som støttar forslaget legg avgjerande vekt på tryggleiken for dei tilsette og andre pasientar.

## **5 Erfaringar frå det psykiske helsevernet**

### **5.1 Innleiing**

Fleire institusjonar i det psykiske helsevernet har tatt i bruk metalldetektorar for å hindre innføring av farlege gjenstandar. Institusjonar og tilsette har i tillegg uttrykt eit sterkt ønske om å også kunne gjennomføre rutineundersøkingar av pasientar for å hindre at dei tar farlege gjenstandar, rusmiddel mv. med seg inn på institusjonen.

### **5.2 Undersøking gjennomført av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst i 2008**

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst gjennomførte i 2008 ei spørjeundersøking blant 29 akuttpsykiatriske og 20 sikkerheitspsykiatriske avdelingar. 27 einingar opplyste at dei betente ei befolkning med ”storbyproblematikk” mens 17 opplyste at dei ikkje gjorde det.

60 prosent av avdelingane hadde eigne husordensreglar for kontroll av pasientar og eigedelar. 75 prosent av avdelingane meinte at drifta ville vere uansvarleg dersom dei ikkje kunne gjennomføre rutineundersøkingar. Kontroll av bagasje blei primært utført manuelt. 17 pst. av dei spurde opplyste at dei brukte skap der eigedelar kan oppbevarast utan at dei er undersøkte fram til pasienten blir skriven ut.

Ifølgje rapporten frå kompetansesenteret, gjekk så mange som 96 prosent av einingane som svarte alltid gjennom bagasjen til pasientane ved innlegging. 94 prosent av desse opplyste at dei hadde funne knivar og rusmiddel.

Det går vidare fram av rapporten at omgrepet ”grunngeven mistanke” blir oppfatta som uklart og at det gir rom for ulike tolkingar og praksis. Leiarane for landets kompetansesenter for sikkerheits-, fengsels- og rettspsykiatri gir i forordet til rapporten uttrykk for uro over den store usikkerheita om tolkinga av regelen om kontroll basert på grunngeven mistanke og markerte ulikskapar i praktiseringa av psykisk helsevernlova § 4-6. Dei ser behov for endringar i regelverket som sikrar rettstryggleiken til psykiatriske pasientar samtidig som ein tek omsyn til pasientane sin rett til eit trygt behandlingstilbod.

### **5.3 Høyringa av forslaget om særlege reglar for gjennomføring av psykisk helsevern i regionale sikkerheitsavdelingar**

Problemstillinga blei også tatt opp i samband med lovforslaget<sup>4</sup> om særlege sikkerheitsreglar i regionale sikkerheitsavdelingar. Fleire av høyringsinstansane, m.a. Helsedirektoratet og Legeforeininga, meinte at reglane om rutinekontroll også burde gjelde for psykiatriske akuttavdelingar og lokale sikkerheitsavdelingar. Regional sikkerheitsavdeling Helse Sør-Øst meinte på den andre sida at endringane først burde prøvast ut på regionalt nivå.

### **5.4 Helsedirektoratet si undersøking i 2015**

I 2015 utarbeidde Helsedirektoratet, på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet, ein rapport basert på respons frå fire akuttavdelingar, fire lokale tryggingssavdelingar og tre distriktskykiatriske senter med døgnplassar (DPS). Institusjonane var frå ulike delar av landet.

Institusjonane rapporterer at det blir gjort funn av våpen, andre farlege gjenstandar og rusmiddel. Det er flest funn i dei akuttpsykiatriske avdelingane. Akuttavdelingar og lokale sikkerheitsavdelingar har opplevd sjølvdrap, drapsforsøk, alvorlege branntilløp med helseskader, drapstrugsmål mv. som følgje av farlege gjenstandar som er innført i

---

<sup>4</sup> Prop 108 L (2011-2012) Endringer i psykisk helsevernloven (regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå m.m)

avdelinga. Rusmiddel blir opplevd som ei stor utfordring for sikkerheit og behandling. Funna skapar utryggleik blant pasientar og tilsette og dreier fokuset frå dei tilsette vekk frå å behandle til å vakte. Avdelingane vurderer moglegheita for kontroll basert på konkret mistanke som utilstrekkeleg. Berre éin av dei elleve institusjonane meiner at det ikkje er eit klart behov for å kunne gjennomføre rutinekontrollar. Rutinekontrollar blir opplevd som mindre stigmatiserande enn kontrollar basert på konkret mistanke.

Behovet for rutinekontroll blir grunngeve med at det vil bidra til større grad av sikkerheit og tryggleik for pasientar og tilsette og til eit betre behandlingstilgjelding. Ei av avdelingane samanfattar det slik:

Det fremmer trygghet i miljøterapien og fører til bedre samhandling for alle parter. Vår erfaring er at en med trygge ansatte og trygge pasienter kan flytte ressurser som tidligere var bundet opp som "vokter" over pasientene til en bedre miljøterapi som fokuserer på trivsel og sameksistens.

Ein av respondentane skriv vidare:

En slik endring mener vi vil bedre behandlingstilgjelding i en sengepost, særlig for pasienter som er kommet langt i en rehabilitering bort fra rus og over i mer meningsfull aktivitet. Det vil også korte ned liggetiden i institusjon for denne pasientgruppen fordi det kan forebygge tilbakefall. Vi opplever at tilliten til sykehuset fra denne gruppen av pasienter svekkes når vi ikke kan forhindre aktiv rusing eller oppbevaring av illegale rusmidler inne i sengeposten.

Ein annan respondent ønsker samkjøring av regelverket om kontroll i rusomsorga og det psykiske helsevernet, og meiner at det er:

... meningsløst at man skal ha hjemmel for ransaking i rusomsorgen og ikke i psykiatrien, spesielt der hvor man ikke har eget akuttmottak for rus.

Ein respondent meiner at overlapping av pasientgruppene på regional og lokal sikkerheitspost, talar for ei moglegheit til rutinekontroll. Ein annan meiner det er noko paradoksalt at regional sikkerheitsavdeling, der ein er meir førebudd på farlege situasjonar, har tilgang til rutinekontroll, men ikkje akuttpsykiatrien, der ein har (ukjente) førstegongsinnlagte og meir ruspåverknad.

Ein annan respondent stiller spørsmål om kor vidt tilgang til rutineransaking vil kunne vere ein "trigger" i retning av meir vold. Denne respondenten meiner også at rutineransaking kan gi falsk tryggleik, og samtidig redusere fokus på fortlaupande og breie voldsrisikovurderingar og motverke samarbeid mellom pasienten og institusjonen.

## 6 Departementet sine vurderingar og forslag

### 6.1 Innleiing

Det blir funne våpen, farlege gjenstandar og rusmiddel i dei psykiatriske institusjonane. Det blir rapportert om branntilløp, sjølvdrap, voldelege og trugande episodar. Omsynet til pasientane og dei tilsette taler for å vurdere lovreglane om kontroll av person (kroppsvisitasjon) og egedelar. Spørsmålet er om reglane gjev god nok sikkerheit for pasientar og tilsette og om dei i tilstrekkeleg grad understøttar ei god behandling av dei psykiske lidningane.

Pasienten sin rett til vern av personleg integritet kan komme i konflikt med andre sitt behov for sikkerheit og tryggleik. Sikkerheitskontrollar i det psykiske helsevernet er inngrep i integriteten til pasientane. Kontrollar kan derfor berre gjennomførast dersom det ligg føre eit tilstrekkeleg rettsgrunnlag for tiltaket.

Mange pasientar vil vere opptekne av eigen tryggleik og dermed ha forståing for at det blir gjennomført sikkerheitskontrollar. Samtykke kan i prinsippet vere eit gyldig rettsgrunnlag for sikkerheitskontroll. Pasientar har i utgangspunktet samtykkekompetanse, jamfør pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4. Samtykket er berre gyldig når pasienten har gitt det frivillig. I det ligg det at tiltaket ikkje vil bli gjennomført dersom pasienten seier nei. Departementet er gjort kjent med at ein del institusjonar gjennomfører rutinekontrollar med grunnlag i samtykke frå pasientane.

Pasientar i det psykiske helsevernet vil kunne oppleve at dei ikkje er i ein reell valsituasjon. Den fagleg ansvarlege har t.d. kompetanse til å fatte vedtak om kontroll utan samtykke frå pasienten dersom det ligg føre ein grunngeven mistanke om at det er, eller vil bli, innført uønska gjenstandar mv. Pasienten vil kunne oppfatte det slik at vedtakskompetansen vil bli brukt dersom han eller ho nektar å samtykke. Pasienten vil også kunne vegre seg for å nekte samtykke i frykt for at dette blir tolka som at han eller ho har noko å skjule og dermed bidra til å oppfylle vilkåret om grunngeven mistanke. Slik sett blir nekting ikkje oppfatta som eit reelt alternativ.

Departementet viser også til at systemet i psykisk helsevernloven er at lova regulerer når samtykke kan vere grunnlag for tiltak mens det elles er lagt opp til at institusjonen skal fatte vedtak, sjølv om pasienten samtykker til tiltaket. Tiltaka blir knytte opp mot materielle vilkår, til personell kompetanse (vedtak skal fattast av fagleg ansvarleg for tiltak), sakshandsamingsreglar og klagerett til kontrollkommisjonen. Desse rettssikkerheitsgarantiane fell bort dersom tiltaket blir gjennomført med grunnlag i samtykke. Reglane om kontrolltiltak ved grunna mistanke kan vidare sjåast på som ei nedre grense for når kontrolltiltaka kan nyttast.

Etter departementet sitt syn vil husordensreglar eller samtykke ikkje vere tilstrekkelege rettsgrunnlag for utvida kontrollmogelegheiter. Slike reglar bør derfor nedfellast i lova. Dette er best i samsvar med legalitetsprinsippet som er nedfelt i Grunnlova § 113, om at styresmaktene må ha grunnlag i lov for å gripe inn overfor einskildmennesket.

Departementet legg til grunn at kontrollane det blir lagt opp til ikkje er nedverdigande behandling etter EMK artikkel 3 og CRPD artikkel 15, sjå også punkt 3.1. Departementet legg til grunn at kroppsvisitasjon og undersøking av gjenstandar er inngrep i den personlege integriteten etter Grunnlova § 102 og EMK artikkel 8. For at tiltaket skal vere lovleg, må det m.a. godtgjerast at formålet ikkje kan varetakast med mindre inngripande tiltak, og at inngrepet står i forhold til det ein kan oppnå med tiltaket. Departementet har vege desse omsyna mot ein annan både i vurderinga av om lova bør opne for rutinekontrollar, når slike kontrollar skal kunne gjennomførast og kor omfattande kontrollen skal kunne vere.

Departementet viser til at det er stor usemje om forståinga av innhaldet i forpliktingane etter CRPD. Departementet viser mellom anna til dei omfattande drøftingane av spørsmålet i NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet (Paulsrudutvalget). Departementet legg til grunn at CRPD ikkje er til hinder for at dei utvida kontrollmogelegheitene berre omfattar institusjonar i det psykiske helsevernet.

Etter departementets vurdering er forslaga i tråd med krava som følgjer av menneskerettane. Sjå nærare omtale nedanfor.

## **6.2 Bør mogelegheita for å gjennomføre sikkerheitskontrollar utvidast?**

Mogelegheita for å gjennomføre sikkerheitskontrollar bør berre utvidast dersom andre omsyn veg tyngre enn omsynet til den personlege integriteten til den som skal kontrollerast. Fridommen og rettane til andre personar som den som blir kontrollert kjem i kontakt med, vil kunne vere ei relevant grunngeving. Omsynet til behandlinga av alvorleg sjuke menneske kan vere ei annan slik grunn.

Bygningsmessige forhold kan ha ein del å seie for faktisk sikkerheit og opplevd tryggleik. Tilstrekkeleg bemanning og rutinar for tilkalling av fagleg ansvarleg for å fatte vedtak om kontroll som følgje av grunngeven mistanke vil også kunne bidra til å redusere risikoen for uønska hendingar. Bruk av deponeringsskap og metalldetektorar vil vidare kunne redusere behovet for gjennomgang av eigedelar. Departementet meiner likevel at ingen av desse tiltaka vil vere tilstrekkelege til å hindre at pasientar innfører rusmiddel og gjenstandar som kan utsette pasienten sjølv eller andre for fare eller som elles kan stå i vegen for ei forsvarleg helsehjelp.

I Helsedirektoratet si undersøking (sjå punkt 5.4) blir det peika på at det kan vere større grunn til rutinekontroller på akuttavdelingar og i lokale sikkerheitsavdelingar enn på regionale sikkerheitsavdelingar. Ein av respondentane seier det slik:

Det er akseptert at regionale sikkerhetsavdelingar har adgang til rutinemessig ransaking ved innkomst. Innleggelser ved slike avdelingar er gjerne mer forberedt og utvalget selektert. Ved en akuttavdeling er det imidlertid en mer ukjent risiko, bl.a. fordi det ofte dreier seg om førstegangsinnlagte og der ruspåvirkning er hyppig forekommende. Volumet på antall innleggelser er høyere, tempo er høyere, og kapasitets- og forvaltningsbeslutninger må ofte

tas under tidspress. Det vil derfor være vanskelig å ha fokus på alle forhold med tanke på ”begrunnet mistanke”, og et minimum av rutine kan derfor bidra til økt trygghetsopplevelse.

Undersøkingane som er refererte i kapittel 5 viser etter departementet sitt syn også at det er behov for å kunne utføre meir omfattande sikkerheitskontrollar enn det er lagt opp til i dagens regelverk.

Det er ei ulempe for pasientar å bli kontrollert. Den som treng behandling har ofte ikkje noko anna val enn å akseptere dei vilkåra behandlingseininga set. For pasientar som det er etablert tvungent psykisk helsevern for, vil sjølv små tilleggsinngrep i den personlege integriteten kunne bli opplevd som krenkande. Ved rutinekontrollar blir dessutan alle behandla som potensielt farlege eller truande til å ruse seg, sjølv om mange av dei ikkje utgjør nokon fare eller har eit rusmiddelproblem.

I praksis er det likevel ikkje så enkelt å skilje pasientar som i gitte situasjonar kan bli farlege frå dei som ikkje vil bli det. Start av behandling er heller ikkje alltid planlagt. Det kan derfor vere litt tilfeldig kva pasientane har med seg når dei kjem til behandlingsstaden.

Rutinekontroll i behandlingseiningar i det psykiske helsevernet har etter departementet sitt syn mange likskapar med den sikkerheitskontrollen alle flypassasjerar må gjennom for å hindre farlege situasjonar om bord på fly. Departementet viser også til at svara frå respondentar i undersøkingane tydar på at same kontroll av alle pasientar blir opplevd som mindre inngripande og urettvist enn kontroll basert på mistanke. Departementet meiner at kontroll av person og egedelar er relativt sett lite inngripande tiltak som balanserer tilsette, medpasientar og besøkjande sine behov for vern mot farlege situasjonar mv. og omsynet til integriteten til pasientar på ein god måte.

Departementet legg avgjerande vekt på at ei utviding av mogelegheita for å gjennomføre sikkerheitskontrollar vil kunne bety mykje for kor trygge personalet og andre pasientar føler seg. Tiltaket vil bidra til å redusere risikoen for farlege situasjonar og andre uønskete hendingar. Ved å hindre innføring av mellom anna rusmiddel og farlege gjenstandar, vil institusjonen kunne gi eit betre helsetilbod til alvorleg sjuke pasientar. Departementet er derfor komme til at det bør kunne gjennomførast rutinekontrollar for å vareta sikkerheita og ei forsvarleg helsehjelp i det psykiske helsevernet.

### **6.3 Verkeområde**

Det følgjer av psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd første punktum at restriksjonar skal innskrenkast til det strengt nødvendige. Det same kravet vil følgje av Grunnlova og våre menneskerettslege plikter.

Verkeområdet for den utvida mogelegheita for kontroll må derfor ikkje vere meir omfattande enn det som er nødvendig. Det bør på den andre sida ikkje innførast grensedragningar som det kan bli vanskeleg å praktisere. Etter departementet sitt syn reiser dette fleire spørsmål. For det første om reglane bør avgrensast til nærare oppgitte

institusjonar eller avdelingar/einingar. For det andre om det skal stillast krav om at det skal vere særskilte sikkerheitsutfordringar på eininga for å tillate rutinekontrollar. For det tredje kven som skal kunne kontrollerast. Kva for kontrollar som skal kunne gjennomførast blir omtalt i punkt 6.4.

Psykisk helsevern er etter psykisk helsevernlova § 1-2 spesialisthelsetenesta si undersøking og behandling av menneske på grunn av psykisk lidning og den pleie og omsorg som dette krev. Gjennomføring av psykisk helsevern skjer i spesialisthelsetenesta og høyrer inn under ansvarsområda for dei regionale helseføretaka. Undersøking og behandling kan skje i og utanfor institusjon. Helsehjelpa kan vidare gjevast frivillig og som tvungent psykisk helsevern.

Departementet meiner at det er størst behov for å føre kontroll med kva som blir innført på ein institusjon der pasientane oppheld seg over lengre tid. Departementet foreslår derfor at utvidinga i mogelegheita for å gjennomføre rutinekontrollar skal avgrensast til pasientar ved institusjonar for døgnopphald.

Undersøkingane som er refererte i kapittel 5 tydar på at dei distriktpspsykiatriske sentra (DPS) ser mindre behov for å gjennomføre rutinekontrollar enn akuttavdelingar og lokale sikkerheitsavdelingar. Det kan tale for å avgrense utvidinga til nokre typar institusjonar.

Departementet har foreslått at rutinekontrollar i institusjonar for behandling, omsorg og rehabilitering av personar med rusmiddelproblem skal avgrensast til situasjonar der dette er nødvendig for å oppnå formålet med opphaldet. Sjå kapittel 4. Det er t.d. ikkje alle institusjonane som behandlar rusmiddelproblem som har som mål at brukarane skal bli heilt rusfrie.

Formålet med innlegging i institusjonane i det psykiske helsevernet er medisinsk behandling. Det kan i tillegg, på bestemte vilkår, fattast vedtak om tvungent psykisk helsevern når pasienten utgjer ein nærliggande og alvorleg fare for eige eller andre sitt liv eller helse. Eit vilkår om at utvida sikkerheitskontroll berre skal kunne gjennomførast dersom institusjonen har særlege utfordringar knytta til sikkerheit eller mogelegheita til å yte forsvarleg helsehjelp, vil bidra til å redusere omfanget av kontrollane. Ei slik avgrensing vil òg vere meir fleksibel og tilpassa det reelle behovet, enn korleis tenesta er organisert.

Departementet har kome til at det er meir formålstenleg å krevje at den enkelte institusjonen vurderer om kontrolltiltaket er nødvendig hos dei enn å prøve å trekkje ei generell grense i lova. Ei slik avgrensing vil også vere meir robust mot framtidige endringar i organiseringa av det psykiske helsevernet og i pasientgruppene mv.

I kravet om at det skal vere nødvendig å innføre rutinekontrollar ligg det m.a. at institusjonen må vise at det er behov for å ta i bruk rutinekontrollar på deira institusjon. Rutinekontrollen må vere nødvendig for å vareta sikkerheita eller omsynet til behandlinga.

Vurderingane kan til dømes baserast på tidlegare erfaringar med innførsel av uønska gjenstandar eller utagerande åtferd hos pasientar etter inntak av rusmiddel. Det må også

takast stilling til om andre tiltak er meir formålstenlege og om institusjonen har tilstrekkeleg bemanning og kompetanse til å handtere pasientar som vegrar seg mot den rutinemessige undersøkinga. Det må også vurderast om kontrolltiltaket skal setjast i verk for heile institusjonen eller berre for delar av han. Institusjonen må vidare ta stilling til kor omfattande sikkerheitstiltaket skal være, t.d. om pasientane skal kontrollerast kvar gong dei kjem til institusjonen, berre ved innlegging eller berre den første gongen pasienten blir lagt inn i institusjonen.

På same måte som tilgangen til kontroll etter grunngeven mistanke, skal rutinekontroll kunne innførast for alle pasientar med døgnopphald, både frivillig innlagte og pasientar innlagt på tvungent psykisk helsevern.

Sikkerheitskontroll av personar som skal inn på institusjonar er eit inngripande tiltak. Som nemnt skal det berre kunne brukast når ulempene med tiltaket er klart mindre enn fordelane. Departementet meiner at sikkerheitsgevinsten ein kan vente å oppnå ved å kontrollere besøkjande og andre enn pasientar som skal inn på institusjonen, ikkje er stor nok til å setje i verk eit såpass inngripande tiltak. Departementet viser til at det ikkje er juridiske hinder for at besøkjande kan påleggjast å passere ein metalldetektor på veg inn i institusjonen. Departementet viser også til at dersom det ligg føre aktuell risiko for alvorleg voldeleg åtferd kan pasienten greiast ut og behandlast på regionale sikkerheitsavdelingar. I slike avdelingar kan ein kvar som skal inn og ut av avdelinga påleggjast kontroll jf. psykisk helsevernloven § 4A-5 første ledd. Departementet foreslår derfor at den utvida sikkerheitskontrollen skal avgrensast til pasientar.

#### **6.4 Kva type kontrollar skal kunne gjennomførast?**

Undersøkingane som er refererte i kapittel 5 viser at det først og fremst er innføring av rusmiddel og farlege gjenstandar som blir opplevd som ein sikkerheitsrisiko i institusjonane i det psykiske helsevernet.

Inntak av rusmiddel kan skape problem for behandlinga institusjonen tilbyr og t.d. bidra til at pasienten blir aggressiv. Det same gjeld for legemiddel som ikkje er skrivne ut av den behandlande legen.

Farlege gjenstandar kan både vere gjenstandar som skytevåpen - og gjenstandar som kan vere farlege dersom dei blir brukt til andre formål enn dei er meint for, t.d. knivar, barberblad og ulike typar verktøy. Gjenstandane er ofte ikkje farlege i seg sjølv men dei kan auke skadepotensialet hos ein aggressiv pasient.

Departementet foreslår at hensikta med rutinekontroller skal vere å hindre innføring av dei same gjenstandane som ved kontroll basert på grunngeven mistanke.

I høyringsnotatet om nye reglar om bruk av tvang i rusinstitusjonar foreslo departementet at ein skulle bruke omgrepa legemiddel, rusmiddel, skadelege stoff og farlege gjenstandar, jamfør kapittel 4. Innhaldet er det same som i reglane om undersøking av rom, egedelar og kroppsvisitasjon i psykisk helsevernlova. Departementet meiner at det vil vere ein stor fordel at ordlyden er lik i dei to regelsetta. "Legemiddel" er vidare eit meir moderne



omgrep enn "medikament" og skadelege stoff fangar opp det som ikkje tydeleg fell inn under dei andre kategoriane, men som kan ha same verknad. Departementet har vore i tvil om kor vidt det er behov for å inkludere rømmingshjelpemiddel. Omsynet til like reglar for rutinekontrollar og kontrollar ved grunngeven mistanke talar for det. Departementet ber om høyringsinstansane sitt syn på dette.

Uønska gjenstandar kan skjulast i bagasje, klede eller på annan måte i nær tilknytning til kroppen til pasienten. Departementet meiner derfor at det er nødvendig at sikkerheitskontrollen kan omfatte både kropp, klede og andre egedelar.

Departementet meiner at det er viktig å halde fast ved prinsippa om at restriksjonar og tvang skal innskrenkast til det strengt nødvendige og at verknaden av eit tiltak må vere så gunstig at det klart oppveg ulempene. Undersøkingismetodane som i dag blir brukte ved kontroll basert på mistanke vil ikkje hindre all innføring av uønskte gjenstandar. Departementet ser likevel ikkje som ønskeleg å opne for nye undersøkingismetodar.

I rutinekontroll ligg det at alle pasientane blir kontrollerte i nærare oppgjevne situasjonar. Generelle kriterium skal avgjere om pasienten skal kontrollerast og det det skal ikkje fattast vedtak. Det er dette som skil tiltaket frå kontroll basert på mistanke i det einskilte tilfellet. Når institusjonen har bestemt at det skal innførast bagasjekontroll, skal t.d. alle pasientane få kontrollert bagasjen. Det skal skje uavhengig av om det er sannsynleg at pasienten faktisk vil prøve å innføre noko som kan utgjere ein sikkerheitsrisiko.

Departementet har merka seg at fleire av høyringsinstansane i si vurdering av forslaget til rusforskrift peikar på at ransaking av pasient og bagasje er noko anna enn kroppsvisitering, og at det siste er eit mykje større inngrep. Mange er også meir skeptisk til kroppsvisitasjon (inkl. avkledding) enn ransaking. Fleire av høyringsinstansane peikar på at ransaking og kroppsvisitasjon kan vere to ulike ting. Dette gjeld både instansar som er positive og instansar som er negative til forslaget. Ransaking av klede og bagasje blir ikkje vurdert som spesielt inngripande. Derimot kan kroppsvisitasjon vere svært inngripande, særleg dersom pasienten må ta av seg kleda. Det blir m.a. peika på at kroppsvisitasjonar kan verke retraumatiserande og vere øydeleggjande for behandlinga for pasientar som har opplevd seksuelle overgrep og trauma.

"Kroppsvisitasjon" er brukt i overskrifta til psykisk helsevernlova § 4-6. Departementet kjenner ikkje til at dette har skapt reaksjonar i det psykiske helsevernet som har hatt slike reglar lenge. Departementet meiner uansett at det sentrale er å avklare rammene for kontrollverksemda.

Departementet foreslår at kontrollen skal kunne vere like vidtrekkande som ved kontroll basert på mistanke og skje ved hjelp av dei same hjelpemidla som i dag blir brukte ved kontrollar som er baserte på mistanke slik som kroppsvisitasjon. Departementet minner likevel om at pasienten vil kunne oppfatte bruk av hjelpemiddel som til dømes metalldetektor som krenkande og stigmatiserande. Dette vil igjen kunne verke negativt inn på behandlinga. Slike hjelpemiddel må derfor brukast med varsemd.

Departementet meiner vidare at det skal vere tilgang til å undersøke vesker og andre eigedelar som pasienten har med seg. Det skal også vere tilgang til ein ytre inspeksjon av kroppen, dvs. å gå gjennom lommer og til å kjenne på klede personen har på seg for å kunne avdekke om pasienten skjuler farlege gjenstandar, rusmiddel med vidare.

Kroppsvisitasjon må ikkje gå lenger enn nødvendig, og pasientane må behandlast med verdigheit og respekt. Det skal berre vere lov å be pasienten kle av seg for å gjennomføre undersøkinga når det er heilt nødvendig. Undersøkinga skal gjennomførast av personar med same kjønn som den som blir undersøkt. Det skal ikkje vere lov til å undersøke holromma i kroppen.

Departementet foreslår vidare at gjennomgang av eigedelane til pasienten, som ved kontroll basert på grunngjeven mistanke, skal skje i pasienten sitt nærvær. Dersom pasienten ikkje sjølv kan vere til stade, skal pasientens næraste, eller ein annan person som pasienten har utpeikt, kunne vere til stade.

## **6.5 Utvida kontrollmogelegheit ved grunngjeven mistanke**

I dette høyringsnotatet er det foreslått at det skal kunne innførast rutinekontrollar av pasientar i det psykiske helsevernet. Forslaget gjeld berre pasientar ved institusjonar for døgnopphald. Vilkåret er at rutinekontrollar er nødvendige av omsyn til sikkerheit og behandling i institusjonen. I institusjon for døgnopphald kan det dessutan fattast vedtak om kontroll av rom og eigedelar, samt kroppsvisitasjon basert på grunngjeven mistanke om at ein pasient har innført, eller vil prøve å innføre uønskte gjenstandar. Tilgangen til kontroll etter mistanke gjeld i dag ikkje pasientar utan døgnopphold.

Psykiske lidingar blir i aukande grad behandla utanfor døgninstitusjon. Rusmiddel og farlege gjenstandar kan også utgjere ein sikkerheitsrisiko i poliklinikkar. Behovet for rutinekontrollar er likevel størst i institusjonar for heildøgnsopphald der pasientar oppheld seg over lengre tid. Departementet held derfor fast ved at rutinekontrollar berre skal kunne innførast for pasientar ved institusjonar for heildøgnsopphald.

Departementet meiner derimot at alle institusjonar i det psykiske helsevernet skal kunne kontrollere pasientar når det ligg føre ein grunngjeven mistanke om at han eller ho har med seg gjenstandar som kan utgjere ein sikkerheitsrisiko med vidare for pasientar og tilsette. Kontrollen skal kunne gjelde pasientar både med og utan døgnopphald. Den fagleg ansvarlege må også i slike situasjonar fatte vedtak om kontroll. Pasienten eller dei næraste pårørande til pasienten skal kunne klage vedtaket inn for Kontrollkommissjonen.

## **6.6 Behov for harmonisering av ordlyden i psykisk helsevernloven**

I dette høyringsnotatet blir det foreslått at ordlyden i reglane om sikkerheitskontroll etter psykisk helsevernlova skal moderniserast og harmoniserast med ordlyden som er foreslått i den nye rusforskrifta. Departementet meiner at dette også bør følgjast opp i dei delane av psykisk helsevernlova der det ikkje er foreslått materielle endringar. Departementet

foreslår derfor endringer i §§ 4-5 om forbindelse med omverda, 4-7 om beslag, 4A-4 om sikkerheitskontroll i regionale sikkerheitsavdelingar og 4A-6 om forbindelse med omverda i regionale sikkerheitsavdelingar og 4A-10 om sikkerheitskontroll i eining med særleg høgt sikkerheitsnivå. Departementet foreslår vidare at ordlyden i § 4A-4 blir harmonisert med reglane i psykisk helsevernloven kapittel 4 ved at omgrepet rutinekontroll blir lagt til i første ledd.

## 7. Økonomiske og administrative konsekvensar

Forslaget går ut på at det skal gjevast tilgang, men ikkje plikt, til å gjennomføre rutinekontroller. Det er ikkje lagt spesielle føringar på korleis kontrollane skal gjennomførast. Dei enkelte helseføretaka har best forutsetningar for å vite kva dei lokalt har behov for av eventuelle ekstra ressursar til føremålet, under dette investeringar i utstyr, bygningsmessig tilpassing mv. Sidan behovet for kontrolltiltak og val av løysing kan variere mellom institusjonar, er det ikkje gitt kva slags økonomiske og administrative konsekvensar lovforslaget vil få for landet sett under eitt. Departementet har såleis ikkje grunnlag for å tallfeste mogelege kostnader av ei lovendring. Dei administrative konsekvensane blir truleg små, og lite forskjellig frå i dag.

## 8. Utkast til lovtekst

Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-6 skal lyde:

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

*Når det er nødvendig for å ivareta sikkerheten eller hensynet til behandlingen, kan institusjoner for døgnopphold innføre rutinekontroll ved innleggelse og etter utganger for å hindre innføring av legemidler, rusmidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander. Kontrollen kan omfatte kroppsvisitasjon av pasienten og undersøkelse av pasientens eiendeler. Rutinekontrollen kan gjelde pasienter med døgnopphold.*

*Ved begrunnet mistanke om at legemidler, rusmidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander vil bli forsøkt eller er innført i en institusjon i det psykiske helsevernet, kan den faglig ansvarlige vedta at pasientens rom eller eiendeler skal undersøkes eller at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten eller pasientens nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen. Kontroll etter begrunnet mistanke kan gjelde pasienter med og uten døgnopphold.*

*Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke tillatt.*

*Dersom det er mulig, skal undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skje i pasientens nærvær eller i nærvær av den nærmeste pårørende eller en annen person som pasienten har utpekt.*

*Kongen kan gi forskrift om adgangen til undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon.*

Psykisk helsevernloven § 4A-4 første ledd første punktum skal lyde:

Det kan foretas *rutinekontroll* av pasientens person, rom og eiendeler, ved innleggelse, samt før og etter utganger for å hindre innføring av legemidler, rusmidler, *skadelige* stoffer, rømningshjelpemidler, herunder mobiltelefon og andre kommunikasjonsmidler eller farlige gjenstander.

Psykisk helsevernloven § 4-7 første ledd skal lyde:

Den faglig ansvarlige kan vedta at *legemidler, rusmidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler og farlige gjenstander* som blir funnet ved inngrep som nevnt i §§ 4-5 fjerde ledd og 4-6, *skal* beslaglegges. Den faglig ansvarlige kan dessuten vedta at *legemidler, rusmidler eller farlig gjenstand* som vedkommende ikke rettmessig kan inneha, skal tilintetgjøres.

I psykisk helsevernloven §§ 4-5, 4A-6 og 4A-10 erstattes formuleringen "medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand" eller lignende med "legemidler, rusmidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler og farlige gjenstander."