

Høyringsnotat:

Ny psykisk helsevernforskrift

Innhold

1	Innleiing og samandrag	2
2	Ny forskrift	3
3	Oppdateringar, klargjeringar og språklege forbetringar	3
4	Dei viktigaste endringane	4
4.1	Fagleg ansvarleg for vedtak om elektrokonvulsiv behandling	4
4.2	Delegering av kommuneoverlegen sitt høve til å delegere mynde til å gjere vedtak om tvungen legeundersøking	5
4.3	Forskriftsfesting av at det skal gjerast vedtak om å ikkje etablere tvunge vern	6
4.4	Tydeleggjering av føresegna om at institusjonen skal prøve å få samtykke til behandling	6
4.5	Styrking av pårønderettar	7
4.5.1	Innleiing	7
4.5.2	Pårørande sin rett til å få melding om vedtak	8
4.5.3	Krav om skriftleg melding om vedtak	11
4.6	Tydeleggjering av kva som ligg i «friere forpleining» ved langvarig bruk av mekaniske tvangsmiddel	11
4.7	Forskriftsfesting av særskilte omsyn til barn	12
4.8	Krav til bustad ved overføring til tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald	12
4.9	Pasientar i privat forpleiing	13

4.10	Føresegner for kontrollkommisjonane	13
4.10.1	Kontroll av avgjerder om å gi helsehjelp til pasientar med alvorleg sinnsliding som manglar avgjerdskompetanse, men ikkje motset seg helsehjelpa	13
4.10.2	Ansvarsområdet til kontrollkommisjonen	14
4.10.3	Kontrollkommisjonen sine møte - tydeleggjering av når det kan haldast fjernmøte.....	15
4.10.4	Den fagleg ansvarlege si kontrollundersøking	16
4.10.5	Dokumentkontroll av vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern 16	
4.11	Meir teknologinøytrale føresegner.....	17
5	Økonomiske og administrative konsekvensar av forslaga	18
6	Ikraftsetjing.....	18
7	Forslag til ny psykisk helsevernforskrift	18

1 Innleiing og samandrag

Stortinget vedtok våren 2025 endringar i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven.¹ Det går fram av lovforslaget at departementet vil sørge for at det blir gjort forskriftsendringar som er nødvendige som følge av lovendingane.²

Stortinget vedtok vidare lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven).³

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at den gjeldande forskrifta blir erstatta av ei ny forskrift til psykisk helsevernloven. Innhaldet i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevernloven m.m. (psykisk helsevernforskriften) blir i hovudsak vidareført.

Det blir foreslått nye føresegner om kontrollkommisjonen sin kontroll med avgjerder om å gi helsehjelp til pasientar med alvorleg sinnsliding som manglar avgjerdskompetanse, men

¹ Lovvedtak 41 (2024-2025)

² Prop. 31 L (2024-2025)

³ Lovvedtak 119 (2024-2025)

som ikkje motset seg behandlinga. I tillegg blir det mellom anna foreslått å utdjupe kva som ligg i føreseigna om at det ved samanhengande bruk av mekaniske tvangsmiddel ut over åtte timar skal vurderast om pasienten kan få «friare forpleining».

Det blir dessutan foreslått tilpassingar til terminologien i ny forvaltningslov. Forslag til vidare tilpassingar til ny forvaltningslov vil bli sendt på eige høyring.

Departementet ber spesielt om høyringsinstansane sitt syn på om pasientar bør kunne motsette seg at næraste pårørande får melding om vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4 A.

2 Ny forskrift

Departementet foreslår at det blir fastsett ei ny forskrift i staden for ei endringsforskrift.

Den gjeldande forskrifta har mange føresegner som gjentar lovreglar, for eksempel plikt til å yte «øyeblikkelig hjelp» (§ 1), rettleiingsplikt (§ 6) og plikt til å vurdere alternative tiltak (§ 19). Departementet ser ikkje behov for å vidareføre desse føresegnene i ny forskrift.

Det er ikkje lenger behov for føresegner om privat forpleiing.

I dag finst verken kapittel 4 eller § 61 i forskrifta.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det blir fastsett ei ny forskrift med fortløpande paragrafnummerering og ny kapittelinndeling slik at forskrifta får ein betre struktur.

3 Oppdateringar, klargjeringar og språklege forbetringar

Det er behov for å oppdatere forskrifta til psykisk helsevernloven slik at den er i samsvar med endringane i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven som trer i kraft 1. juni 2026.

Når dei seinaste endringane i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. trer i kraft blir mellom anna dette endra:

- «samtykkekompetanse» blir erstatta med «beslutningskompetanse» (avgjerdskompetanse på nynorsk)
- det blir tydeleggjort at alle vilkår for tvangsbruk må vere oppfylt heile tida mens vedtaket blir gjennomført
- vilkår for bruk av elektrokonvulsiv behandling utan samtykke frå pasienten blir lovfesta
- pasientar med alvorleg sinnsliding som ikkje motset seg skal, til liks med pasientar som har somatiske eller mindre alvorlege psykiske lidningar, kunne gjevast behandling med grunnlag i avgjerd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6

- vedtak om tvangsbehandling av alvorlege psykiske lidningar med legemiddel skal, på visse vilkår, kunne gjennomførast i sjukeheim, om nødvendig med bruk av fysisk makt
- pasientar skal ikkje kunne nekte pårørande informasjon og medverking når omsynet til barn pasienten har omsorgsansvar for taler for pårørandeinvolvering eller når pasienten har ei alvorleg sinnsliding og utgjer ein nærliggande og alvorleg fare for andre.

Lovendringane må gjenspeglast i forskrifta.

Departementet legg vidare opp til å bruke dei same omgrepa og formuleringane som er brukte i ny forvaltningslov. Departementet bruker dessutan høvet til å modernisere språket i forskrifta.

4 Dei viktigaste endringane

4.1 Fagleg ansvarleg for vedtak om elektrokonvulsiv behandling

Fagleg ansvarleg for å gjere tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven skal vere lege eller psykolog. Fagleg ansvarleg lege skal vere spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri. Psykolog skal vere spesialist i klinisk psykologi med fordjupingsområde i klinisk vaksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi. Psykologen skal ha minst 2 års relevant praksis frå institusjon eller avdeling som er godkjent for å ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Psykologar kan likevel ikkje ha det faglege ansvaret for legemiddelbehandling, jf. den gjeldande psykisk helsevernforskriften § 5.

Stortinget vedtok å lovfeste at fagleg ansvarleg skal kunne gjere vedtak om at pasientar som manglar avgjerdskompetanse kan gjevast elektrokonvulsiv behandling (ECT), jf. psykisk helsevernloven ny § 4-4 b. Endringa trer i kraft 1. juni i år.

Departementet la i lovproposisjonen til grunn at vedtak om ECT utan eige samtykke skal treffast av lege som er spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.⁴ Departementet foreslår på denne bakgrunn å forskriftsfeste at psykolog heller ikkje kan ha det faglege ansvaret for vedtak om ECT.

Sjå utkastet til ny forskrift § 4.

⁴ Prop. 31 L (2024-2025) punkt 5.3.6

4.2 Delegering av kommuneoverlegen sitt høve til å delegere mynde til å gjere vedtak om tvungen legeundersøking

Tvunge psykisk helsevern kan ikkje etablerast utan at ein lege personleg har undersøkt personen. Dersom personen unndreg seg slik undersøking, kan kommunelegen av eige tiltak eller etter krav frå anna offentlig myndigheit eller dei næraste pårørande til pasienten, vedta at ei slik legeundersøking skal gjennomførast. Kongen kan gi forskrift om delegering av mynda til kommunelegen.

Dette går fram av psykisk helsevernloven § 3-1.

Det går fram av den gjeldande forskrifta § 9 at kommunelegen kan delegere mynde til å gjere vedtak om tvungen legeundersøking til lege eller klinisk psykolog som er tilsett i eller har avtale med kommunen. Retten til å delegere er likevel avgrensa til situasjonar der kommunelegen sjølv har fråvær.

Ved mistanke om at det kan vere behov for å etablere tvunge psykisk helsevern vil det ofte haste med å få undersøkt pasienten. Kommunar har dessutan ulik storleik og befolkningssamansetning. Departementet meiner at det talar for at kommunelegen også skal kunne delegere mynde i andre situasjonar enn ved fysisk fråvær, så langt det er forsvarlig. Departementet ser derfor ikkje behov for å vidareføre denne avgrensinga.

Den som yt helsehjelp, skal føre nødvendige opplysingar om pasienten og helsehjelpa inn i ein journal for den enkelte pasienten, jf. helsepersonelloven § 39. Helsehjelp er «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell», jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Det går fram av rundskriv frå Helsedirektoratet at tiltaket for å bli vurdert som helsehjelp, må vere individuelt tilpassa, ha karakter av å vere handlingsretta og vere basert på informasjon frå pasienten⁵.

Kommunelegen skal, basert på opplysingar frå andre enn pasienten sjølv (komparentopplysingar), vurdere om det er grunn til å tru at vilkåra for tvunge vern er oppfylt. Lova legg derimot ikkje opp til at det skal gjerast ei grundig individuell vurdering av helsetilstanden til den antekne sjuke. Kommunelegen vil ofte gjere vedtak om tvungen legeundersøking utan å sjå eller snakke med pasienten. Vedtaket har dermed meir karakter av å vere ei lovpålagt forvaltningsoppgåve. Vedtaket gir eit formelt rettsgrunnlag for å kunne gjennomføre ei tvungen legeundersøking. Departementet legg til grunn at vedtak om tvungen legeundersøking etter psykisk helsevernloven § 3-1 ikkje er helsehjelp og at vedtaket derfor ikkje skal takast inn i pasientjournalen. Kommunelegen kan berre få innsyn i resultatet av undersøkinga dersom det ligg føre eit unntak frå teieplikta til den undersøkande legen, for eksempel samtykke frå pasienten.

⁵ Rundskriv til helsepersonelloven IS-8/2012

Legen som gjennomfører den tvungne undersøkinga skal derimot i pasientjournalen enten referere til vedtaket om tvungen legeundersøking (at eit slikt vedtak er treft og eventuelt referere til relevant informasjon som går fram av vedtaket), eller ta inn heile vedtaket, jf. pasientjournalforskriften § 8 bokstav a.

Det går fram av Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga, at regjeringa i regelverket vil endre nemninga kommunelege til kommuneoverlege. Departementet tar sikte på å gjere endringa i psykisk helsevernloven, men foreslår at nemninga kommuneoverlege allereie no skal brukast om legar i kommunelegefunksjonen i ny psykisk helsevernforskrift.

Sjå utkastet til ny forskrift § 11.

4.3 Forskriftsfesting av at det skal gjerast vedtak om å ikkje etablere tvunge vern

Det går fram av psykisk helsevernloven § 3-3 a fjerde ledd at pasienten, næraste pårørande til pasienten og offentleg myndigheit som har kravd tvunge vern, har klagerett på vedtak om tvungen observasjon eller tvunge psykisk helsevern. Næraste pårørande og offentleg styresmakt som har kravd tvunge psykisk helsevern vil primært ønske å klage på avgjerder om å ikkje etablere tvunge vern. I det ligg det at det også må gjerast vedtak om å ikkje etablere tvunge vern. Det same går indirekte fram av psykisk helsevernloven § 6-4 nytt femte ledd.

Departementet meiner at plikta til å gjere vedtak bør gå tydelegare fram av regelverket.

Sjå utkastet til ny forskrift § 12.

4.4 Tydeleggjering av føresegna om at institusjonen skal prøve å få samtykke til behandling

I 2017 blei manglande samtykkekompetanse innført som vilkår for mellom anna undersøking og behandling utan eige samtykke. Den gjeldande forskrifta § 20 om at institusjonen gjennom heile undersøkningsperioden skal prøve å få tillit frå pasienten slik at behandling kan gjennomførast med samtykke frå pasienten, blei ikkje endra.

Dei fleste som er under tvunge vern manglar avgjerdskompetanse. Dersom pasienten gjenvinn kompetansen vil det oftast ikkje lenger vere grunnlag for behandling utan eige samtykke med mindre pasienten utgjer ein nærliggande og alvorleg fare for eige liv eller livet eller helse, til andre, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr 4.

Departementet viser til at restriksjonar og tvang skal innskrenkast til det strengt nødvendige, jf. psykisk helsevernloven § 4-2 første ledd første punktum. Det må jobbast aktivt for at pasienten skal få forståing for behovet for behandlinga og for å få til eit samarbeid med

pasienten om gjennomføringa av tvangsvedtaket. Situasjonen kan derfor endre seg i løpet av undersøkingsperioden. Departementet meiner at eit krav om at institusjonen gjennom heile undersøkingsperioden skal arbeide for å få til eit samarbeid med pasienten, vil harmonere betre med dei andre føresegnene i lova og forskrifta.

Ei slik endring vil etter departementet sitt syn også bidra til å framheve at det bør vurderast om pasientar med alvorleg sinnsliding som ikkje motset seg, i staden bør behandlast med grunnlag i avgjerd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd.

Sjå utkastet til § 22.

4.5 Styrking av pårønderettar

4.5.1 Innleiing

Helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysingar om lekams- eller sjukdomsforhold eller andre personlege forhold som dei får vite om i eigenskap av å vere helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21.

Teieplikta gjeld også overfor dei pårørande til pasienten. Pasienten må derfor som hovudregel samtykke til at næraste pårørande får informasjon om helsetilstanden deira og helsehjelpa dei får.

Dei pårørande skal også få informasjon «dersom forholdene tilsier det» og dersom pasienten på grunn av manglande samtykkekompetanse, openbart ikkje kan ivareta interessene sine, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

Pasienten kan som hovudregel sjølv velje kven som skal vere næraste pårørande. Dersom pasienten er ute av stand til det, skal næraste pårørande vere den som i størst utstrekning har varig og løpande kontakt med pasienten, likevel slik at det skal takast utgangspunkt i rekkefølga som er fastsett i lova. Ved tvungen observasjon og tvunge psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpande kontakt med pasienten, som hovudregel dei same rettane som den pasienten har valt som næraste pårørande.

Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

Frå 1. juni 2026 skal avgjerdskompetente pasientar ikkje lenger kunne motsette seg informasjonsdeling når dei har ei alvorleg sinnsliding og utgjer ein fare for andre. Avgjerdskompetente pasientar skal heller ikkje kunne motsette seg informasjonsdeling når omsynet til barn pasienten har omsorgsansvar for taler for at pårørande skal få informasjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 nytt tredje ledd.

Den som har gjort eit vedtak skal sørge for at partane så snart som mogeleg får melding om vedtaket. Meldinga skal som hovudregel gjevast skriftleg. Grunngevinga for vedtaket bør gå fram av meldinga. Det skal samtidig opplysast om klagerett, klagefrist, klageinstans og korleis klagen kan fremmast og retten til å sjå dokumenta i saka. Når det

er relevant skal det dessutan opplyst om forvaltninga si rettsleiingsplikt og moglegheita for å søke fritt rettsråd og til å få tilkjent sakskostnader.

Dette går fram av forvaltningsloven § 27.

Pårørande er ikkje part i saka og har derfor ikkje rett til å få melding om vedtak etter forvaltningsloven § 27. Dei pårørande har heller ingen særskilt klagerett etter forvaltningsloven.

Pårørande si stilling er vesentleg sterkare etter psykisk helsevernloven enn etter forvaltningsloven. Psykisk helsevernloven gir pårørande rett til å klage på vedtak om tvunge psykisk helsevern, tvungen behandling og vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern.

Etter den gjeldande psykisk helsevernforskriften skal pårørande få melding om vedtaka i samsvar med forvaltningsloven § 27. Pasienten har rett til å motsette seg at pårørande får melding om enkelte av vedtaka.

4.5.2 Pårørande sin rett til å få melding om vedtak

Utgangspunktet er at pasientar har krav på taushet. Pasienten må derfor som hovudregel samtykke til at andre får tilgang til informasjon om helsetilstanden deira og kva for helsehjelp dei får. Dette utgangspunktet gjeld også for melding om vedtak til næraste pårørande til pasientar i psykisk helsevern.

4.5.2.1 Vedtak om etablering og opphøyr av tvunge psykisk helsevern og vedtak om overføring utan samtykke

Vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og overføringsvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-10 dreier seg om kor vidt pasienten skal vere underlagt tvunge vern, kva for ein institusjon som skal vere ansvarleg for vernet og om vernet skal gjennomførast med eller utan døgnopphald. Det er som hovudregel eit vilkår for å gjere slike vedtak at pasienten manglar samtykkekompetanse. Det går fram av den gjeldande forskrifta § 10 tredje ledd og § 12 andre ledd at meldinga pasienten har krav på etter forvaltningsloven også skal gjevast til næraste pårørande. Pasienten har ikkje rett til å motsette seg at næraste pårørande blir informerte om desse vedtaka.

Avgjerdene kan ha stor betydning for næraste pårørande, som har fått ein sjølvstendig klagerett. Departementet foreslår derfor at reglane om at næraste pårørande har same rett til å få melding om slike vedtak som pasienten, blir vidareførte. Det harmonerer etter departementet sitt syn godt med at næraste pårørande når pasienten manglar avgjerdskompetanse har fulle rettar til informasjon og medverknad etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3.

Sjå utkastet til ny psykisk helsevernforskrift §§ 13 og 15.

4.5.2.2 Vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern

Vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4 A dreier seg i hovudsak om restriktive tiltak knytte til opphald i institusjon.

Etter ordlyden i den gjeldande forskrifta § 27 gjeld næraste pårørande sin rett til å få melding om vedtak med mindre pasienten motset seg det, berre vedtak om skjerming, tvangsmiddel og behandling utan eige samtykke. Av omsyn til samanhengen i regelverket, er føresegna likevel blitt tolka slik at den omfattar alle vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4 A.

Departementet meiner at retten til å få melding om vedtak fortsett bør vere lik for alle gjennomføringsvedtaka. Kva meldinga skal innehalde bør fortsett koplast til forvaltningsloven § 27 som mellom anna krev at meldinga inneheld vedtaket og grunngjevinga for vedtaket.

Spørsmålet blir om omsynet til pårørande og samfunnsvernet skal vege tyngre enn pasienten sin autonomi når det gjeld rett til å få melding om at det er treft eit gjennomføringsvedtak.

Departementet ber om å få tilbakemelding på to alternative forslag til regulering; ett der pasienten fortsatt skal kunne motsette seg melding om vedtaket til pårørande (**alternativ I**) og et alternativ der pasienten ikkje kan motsette seg slik melding (**alternativ II**).

Nærare om alternativ I

Bakgrunnen for at pasienten har rett til å motsette seg at pårørande får melding om vedtaket har vore omsynet til pasienten sin autonomi, at vedtaka tidvis inneheld sensitive detaljer frå privatlivet, og dessutan at slike vedtak ikkje får direkte konsekvensar for pårørande sjølv ettersom vedtaka ofte blir trefte mens pasienten er innlagt i ein institusjon for døgnopphald. Dette skil seg altså frå vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og § 4-10. Sjå omtalen i punkt 4.5.2.1.

Næraste pårørande har klagerett på gjennomføringsvedtak. Formålet med denne klageretten er tosidig. Dei som vedtaket får følgjer for, skal kunne ivareta sine egne interesser. Pasienten kan dessutan både trenge og ønske hjelp til å ivareta interessene sine.

Helsedirektoratet har lagt til grunn at det ikkje har vore hensikta at pasienten sin reservasjonsrett i den gjeldande forskrifta § 27 skal avskjere den rettstryggleiksgarantien som ligg i at næraste pårørande blir informerte og kan støtte opp om pasienten sin rett til helsehjelp, og å verne mot moglege ulovlege inngrep. Når pasienten ikkje har avgjerdskompetanse i spørsmålet om helsehjelp blir pårørande sin rett til informasjon og medverking etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3 ikkje avgrensa av den gjeldande forskrifta § 27.⁶ Det betyr at sjølv om næraste pårørande ikkje får sjølv vedtak om gjennomføring, skal det gjevast informasjon om helsehjelpa som følger av vedtaket.

⁶ Psykisk helsevernlovens forskrift med kommentarer § 27

Næraste pårørande har, uavhengig av om vedkommande har mottatt vedtaket, rett til å klage til kontrollkommisjon/statsforvaltar.

Ifølge Helsedirektoratet brukar næraste pårørande sjeldan klageretten på gjennomføringsvedtak.⁷

Departementet har ikkje informasjon om kor vanleg det er at pasienten brukar retten til å nekte næraste pårørande melding om vedtak, men ser at denne retten vil ha ein verdi for pasienten sin autonomi sjølv med dei nye reglane som gir nærmaste pårørande rett til informasjon i fleire høve, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 nytt tredje ledd.

Nærare om alternativ II

Nærmeste pårørande vil som hovudregel ha rett til få informasjon om helsetilstanden til pasienten og helsehjelpa som blir gitt, inkludert informasjon om bruk av tvang under gjennomføringa, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 andre ledd. Informasjon om at det er treft eit vedtak og grunngjevinga for vedtaket er viktig for at pårørande skal kunne bruke klageretten.

Etter lovendringa som trer i kraft 1. juni 2026, vil pårørande også ha rett til informasjon i situasjonar der ein avgjerdskompetent pasient med alvorleg sinnsliding er ein nærliggande og alvorleg fare for andre og når omsynet til barn pasienten har omsorgsansvar for taler for det. Departementet grunngav endringa med at omsynet til pasienten må vike i situasjonar der særleg sterke omsyn talar mot å gi pasienten full rett til å ta avgjerder i spørsmålet, i dette tilfellet omsynet til samfunnsvernet og til barn pasientar har omsorgsansvar for.

Når lovendringa trer i kraft, vil det berre vere avgjerdskompetente pasientar som er ein fare for eige liv og helse som fullt ut kan reservere seg mot at næraste pårørande får informasjon om helsetilstanden og helsehjelpa dei får og rett til å medverke ved gjennomføring av helsehjelpa etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3.

Pårørande sin rett til å få melding om gjennomføringsvedtak kan vere særleg viktig for rettstryggleiken til pasientar som er vurdert til å vere svært sjuke og innlagde over lang tid, ved at også nokon utanfor institusjonen kan følgje med på kor mykje og kor langvarig tvang dei blir utsette for. Der pasienten utgjer ein fare for andre, eller har omsorgsansvar for barn, kan det også vere viktig for næraste pårørande å få melding om vedtak som er relevant i forhold til risikovurderingar. Det kan også vere krevjande å utøve ein klagerett utan å kjenne til vedtaket og grunngjevinga for vedtaket.

Etter lovendringa vil næraste pårørande i langt dei fleste høva der pasienten er under tvunge vern uansett ha rett til informasjon om helsehjelpa etter pasient- og

⁷ Helsedirektoratets rapport [Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern](#) (upublisert datagrunnlag).

brugerrettighetsloven § 3-3. Saman med omsynet til klageretten til næraste pårørande, taler dette for at pasienten sin reservasjonsrett i forskrifta § 27 blir tatt bort.

Sjå utkastet til ny forskrift § 29.

4.5.3 Krav om skriftleg melding om vedtak

Vedtak etter psykisk helsevernloven skal gjerast snarast og skrivast ned straks eller utan opphald. Det går mellom annan fram av psykisk helsevernloven § 3-3 a andre ledd, § 4-4 a andre ledd første punktum og § 4-8 femte ledd andre punktum.

Meldingar om vedtak til partane i saka skal etter forvaltningsloven § 27 som hovudregel vere skriftlege. Etter dagens forskrift til psykisk helsevernlova, gjeld dette og for melding til næraste pårørande.

Departementet er blitt gjort kjent med at praksis ved nokre institusjonar i psykisk helsevern er at næraste pårørande i utgangspunktet berre blir informerte munnleg om gjennomføringsvedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4, men får vedtaket skriftleg på førespurnad eller dersom dei vil klage. Departementet meiner at det er viktig for at pårørande skal kunne vurdere om dei vil bruke retten til å klage på vedtaket at dei også får den skriftlege grunngjevinga for vedtaket. Departementet viser til at meldingar nå raskt og trygt kan sendast digitalt.

Etter ny forvaltningslov § 58 skal det ikkje kunne gjevast munnleg melding om vedtak som er treft skriftleg. Departementet foreslår ingen endringar no. Forslag til tilpassingar til ny forvaltningslov vil bli sendt på alminneleg høyring.

Sjå utkastet til ny forskrift §§ 13, 15 og 29.

4.6 Tydeleggjering av kva som ligg i «friere forpleining» ved langvarig bruk av mekaniske tvangsmiddel

Ved samanhengande bruk av mekaniske tvangsmiddel utover åtte timar, skal det så langt det er mogeleg ut frå tilstanden til pasienten og forholda elles, sørgast for at pasienten blir gjeve «friere forpleining» i kortare eller lengre tid, jf. den gjeldande forskrifta § 26.

Sivilombodet oversendte 15. november 2022 ein rapport om bruk av mekaniske tvangsmiddel i psykisk helsevern til Helse- og omsorgsdepartementet. Sivilombodet rådde mellom anna til at departementet skulle vurdere om føresegna er hensiktsmessig utforma. Ombodet rådde også til at departementet vurderer om føresegna bør harmonerast betre med psykisk helsevernloven § 4-2, og dei andre føresegnene i den gjeldande psykisk helsevernlova § 26.

Etter psykisk helsevernloven § 4-2 skal restriksjonar og tvang innskrenkast til det strengt nødvendige, og det skal så langt som mogeleg takast omsyn til pasienten sitt syn på tiltaket. Det skal berre brukast tiltak som gir ein så gunstig verknad at han klart oppveg ulempene med tiltaket. Dersom mindre inngripande tiltak er tilstrekkelege, skal desse

brukast. Det går vidare fram av den gjeldande forskrifta § 26 at bruken av tvangsmiddel skal gjerast så kortvarig som mogeleg og gjennomførast på ein mest mogeleg skånsam og omsorgsfull måte. Bruken av tvangsmiddel skal vurderast fortløpande og straks avbrytast dersom det viser seg at han ikkje har dei føresette verknadene eller har uføresette negative konsekvensar.

Departementet ser at det er behov for ei meir konkret beskriving av korleis nivået på tvangsbruken kan senkast. Departementet antek at det i praksis vil dreie seg om lette i beltebruk, men foreslår at føresegna skal gjelde for all bruk av mekaniske innrettingar, det vil seie reimsenger, transportbelte, kombisenger og skadeforebyggjande spesialklede. Ved samanhengande bruk av mekaniske tvangsmiddel ut over åtte timar skal det vurderast om omfanget av bruken kan reduserast eller avsluttast, inkludert om pasienten heilt eller delvis kan løysast frå tvangsmiddelet eller overførast til transportbelte. Dersom det ikkje blir vurdert som forsvarleg å redusere bruken av mekaniske tvangsmiddel skal årsaka til dette skrivast inn i pasientjournalen.

Sjå utkastet til ny psykisk helsevernforskrift § 28.

4.7 Forskriftsfesting av særskilte omsyn til barn

Kontrollkommisjonen skal minst ein gong kvar månad besøke institusjonar eller avdelingar som er godkjente for å ha ansvar for pasientar under tvunge psykisk helsevern med døgnopphald. I andre institusjonar skal besøk skje minst fire gongar i året, jf. psykisk helsevernforskriften § 62 første ledd.

Barn under 16 år kan ikkje underleggast tvunge psykisk helsevern, men ein del av barna som er innlagde i institusjon i psykisk helsevern vil ha motsett seg innlegginga, og er i praksis - om enn ikkje formelt - underlagt tvang. Kontrollkommisjonar med ansvar for døgnposter der barn og unge er innlagde, besøker derfor i praksis desse postane som hovedregel minst en gang i måneden. Departementet foreslår at denne praksisen blir forskriftsfesta i samsvar med det som gjeld for vaksne pasientar etter den gjeldande forskrifta § 62.

Sjå utkastet til ny forskrift § 47.

4.8 Krav til bustad ved overføring til tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald

Det går fram av den gjeldande forskrifta § 11 siste ledd at tvunge vern utan døgnopphald i institusjon (TUD) ikkje kan etablerast eller gjennomførast dersom pasienten er «bostedsløs». Omgrepet er ikkje definert i regelverket. Departementet foreslår at det i staden skal gå fram av forskrifta at TUD ikkje kan etablerast når pasienten manglar ein stad å bu.

Pasientar som kan vere aktuelle for overføring til TUD, manglar ofte eigen bustad og det kan vere tvil og usemje om kva som er ein eigna bustad under gjennomføring av tvunge

psykisk helsevern utan døgnoophald. Departementet legg til grunn at bustad i denne samanhengen skal forståast som eigen heim (eigd eller leigd), helseinstitusjon og, heilt unntaksvis, institusjon i kriminalomsorga, opphald på hospits eller liknande eller midlertidig opphald hos familie og vennar.

Departementet viser også til vilkåret i psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd, om at pasienten bare kan overføres til TUD når dette er et betre alternativ for pasienten.

Sjå utkastet til ny psykisk helsevernforskrift § 14.

4.9 Pasientar i privat forpleiing

Det har ikkje blitt inngått nye avtalar om privat forpleiing etter 2001. Ifølge Helsedirektoratet er det no berre ein pasient igjen under ordninga. Helseføretaket som har ansvaret for denne pasienten har bekrefta at pasienten kan ivareta like godt utan rammene i kapittel 6 i den gjeldande forskrifta. Departementet foreslår derfor at den nye forskrifta ikkje skal ha føresegner om pasientar i privat forpleiing.

4.10 Føresegner for kontrollkommisjonane

4.10.1 Kontroll av avgjerder om å gi helsehjelp til pasientar med alvorleg sinnsliding som manglar avgjerdskompetanse, men ikkje motset seg helsehjelpa

Frå 1. juni 2026 skal også pasientar med alvorleg sinnsliding som manglar avgjerdskompetanse, men som ikkje motset seg helsehjelpa kunne behandlast med grunnlag i avgjerd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 annet ledd.

Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern får i slike tilfelle ein kontrollfunksjon ved oppstart av helsehjelpa og deretter kvar sjette månad.

Leiaren for kontrollkommisjonen skal informerast om avgjerder om å gi helsehjelp til pasient med alvorleg sinnsliding som manglar avgjerdskompetanse, men ikkje motsett seg, helsehjelpa, og få kopi av dei relevante delane av pasienten sin journal.

Kontrollkommisjonsleiaren skal så snart som mogeleg forvise seg om at riktig framgangsmåte er følgd og at avgjerda bygger på ei vurdering av vilkåra i lova.

Kontrollkommisjonen skal deretter kvar sjette månad av eige tiltak vurdere om vilkåra i loven er oppfylte. Departementet har fått heimel til å fastsette nærare reglar om verksemda til kontrollkommisjonen i forskrift.

Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 nytt fjerde til sjuande ledd.

Innhaldet i og resultatet av kontrollen er nærare beskrive i Prop. 31 L (2024-2025) merknaden til § 4-6:

«Etter *femte ledd* annet punktum skal kontrollkommisjonens leder, jf. [psykisk helsevernloven § 6-2](#), kontrollere at institusjonen har fulgt riktig framgangsmåte og vurdert lovens vilkår for å treffe beslutning om å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten. I praksis vil kontrollen særlig måtte omfatte vilkåret om manglende beslutningskompetanse og manglende motstand, kontakten med nærmeste pårørende og samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Dersom kontrollkommisjonens leder på bakgrunn av de fremlagte dokumentene finner at beslutningen inneholder feil eller har mangler, må institusjonen eller helsepersonellet gjøres oppmerksom på dette. Dersom beslutningen inneholder alvorlige formelle eller materielle feil, kan kontrollkommisjonens leder kjenne beslutningen om å gi helsehjelp ugyldig, sml. [psykisk helsevernforskriften § 57](#).

Seksmånederskontrollen etter *sjette ledd* skal være mer omfattende enn dokumentkontrollen etter femte ledd. Kontrollkommisjonen, jf. [psykisk helsevernloven § 6-1](#), skal vurdere om vilkårene for beslutningen fortsatt er oppfylt, altså ikke bare kontrollere at institusjonen har fulgt riktig framgangsmåte og vurdert vilkårene. Startpunktet skal være tidspunktet da beslutningen om å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten tas. Vurderingen skal baseres på en oppdatert vurdering fra ansvarlig helsepersonell. Kommisjonen kan prøve alle sider av saken. Kontrollen vil blant annet måtte dreie seg om hvorvidt vilkåret om manglende motstand fortsatt er oppfylt. Dersom kontrollkommisjonen finner at lovens vilkår ikke lenger er oppfylt, skal den oppheve beslutningen. Kommisjonen må opplyse saken og i den sammenheng vurdere om det er behov for fysisk oppmøte i den aktuelle institusjonen.»

Departementet foreslår at kompetansen og plikta til å kjenne avgjerda ugyldig, blir regulert i forskrifta. Vidare bør forskrifta presisere kommisjonen sin kompetanse til å prøve alle sider av saka ved seksmånederskontrollen.

Sjå utkastet til ny forskrift §§ 50 og 51.

Behandling av pasientar med alvorleg sinnsliding som manglar avgjerdkompetanse, men som ikkje motset seg, vil i praksis skje ved innlegging i psykisk helsevern og/eller ved legemiddelbehandling i psykisk helsevern eller i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Den ansvarlege for helsehjelpa, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd kan dermed arbeide i psykisk helsevern, enten i ein institusjon for døgnopphald eller poliklinikk som berre gir frivillig behandling. Den ansvarlege for helsehjelpa kan også arbeide i den kommunale helse- og omsorgstenesta for eksempel som fastlege eller sjukeheimslege eller vere avtalespesialist med privat praksis. Så lenge det dreier seg om helsehjelp for ei alvorleg sinnsliding, skal kontrollkommisjonen kontrollere avgjerdene.

4.10.2 Ansvarsområdet til kontrollkommisjonen

Der nokon er under psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven, skal det vere ein kontrollkommisjon, jf. psykisk helsevernloven § 6-1 første ledd. Det går fram av den gjeldande forskrifta § 43 at Helsedirektoratet fastset ansvarsområdet til den einskilde kontrollkommisjonen. Departementet foreslår å vidareføre denne føresegna.

Når lovendringane trer i kraft 1. juni 2026, vil også personar som har alvorlege sinnslidingar, eller som blir anteke å ha det, kunne behandlast med grunnlag i reglane i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Det går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 nytt femte ledd og sjette ledd at kontrollkommisjonen skal kontrollere avgjerda.

Når slike avgjerder blir tatt i psykisk helsevern, vil det oftast allereie vere ein kontrollkommisjon knytt til behandlingsstaden som nå også vil behandle disse avgjerdene. Slike avgjerder vil etter 1. juni 2016 også kunne tas på behandlingsstader som det i dag ikkje er knytt ein kontrollkommisjon til under dette i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Departementet foreslår at Helsedirektoratet også skal fastsette den enkelte kommisjonen sitt ansvar for å kontrollere avgjerder etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 femte og sjette ledd.

Sjå utkastet til ny forskrift § 32.

4.10.3 Kontrollkommisjonen sine møte - tydeleggjering av når det kan haldast fjernmøte

Når kontrollkommisjonen behandlar klagesaker om tvungen observasjon, etablering, opphøyr av eller om å oppretthalde tvunge psykisk helsevern og overføring, skal det haldast møte. Det går fram av psykisk helsevernloven § 6-4 og psykisk helsevernforskriften § 54. Det går vidare fram av rundskriv frå Helsedirektoratet at digitale møte unntaksvis kan tilfredsstille kravet.⁸

Etter ny forvaltningslov § 89 skal nemnder behandle saker og gjere vedtak i møte. Møtet kan gjennomførast som fjernmøte der medlemmene kan sjå og kommunisere med kvarandre. Leiaren for nemnda kan i visse tilfelle avgjere at vedtak skal gjerast skriftleg ved sirkulasjon blant medlemmene, og utan møte. Departementet tar sikte på å sende på eige høyring forslag om tilpassingar til ny forvaltningslov.

Kontrollkommisjonen gjer også vedtak i klagesak om gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4 A. Det går fram av den gjeldande forskrifta § 55 at vedtak, i klagesaker etter rådslag, skal gjerast av fulltalig kommisjon. Departementet ser at løysinga i ny forvaltningslov § 89, det vil seie at kontrollkommisjonen skal gjere vedtak i møte, men at det er høve til å gjennomføre møte som fjernmøte, passer godt for desse vedtaka.

Sjå utkast til ny forskrift § 34.

⁸ Kontrollkommisjonens saksbehandling

4.10.4 Den fagleg ansvarlege si kontrollundersøking

Den fagleg ansvarlege skal sørge for at det minst ein gong kvar tredje månad, etter undersøking av pasienten, blir vurdert om vilkåra for det tvungne vernet framleis er oppfylte, jf. psykisk helsevernloven § 4-9 første ledd. Det går fram av den gjeldande forskrifta § 13 andre ledd at resultatet av kontrollundersøkinga skal takast inn i journalen til pasienten og sendast kontrollkommisjonen i kopi.

Departementet foreslår at det i forskrifta blir tydeleggjort at kontrollkommisjonen skal informerast om resultatet av kontrollundersøkinga slik at kontrollkommisjonen får vite om at pasienten framleis er under tvunge psykisk helsevern.

Sjå forslaget til ny forskrift § 16.

4.10.5 Dokumentkontroll av vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern

Kontrollkommisjonane sin kontroll av vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A er regulerte i den gjeldande forskrifta § 63. Helsedirektoratet har i sin sakshandsamingsrettleiar til kontrollkommisjonen kapittel 12.2, utvida kontrollansvaret til kontrollkommisjonen frå å berre gjelde vedtak om tvangsmiddel, skjerming og behandling utan eige samtykke, til å gjelde alle vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4 A så nær som vedtak om overføring utan samtykke etter § 4-10.

Departementet foreslår at det i forskrifta blir presisert at kontrollkommisjonen skal kontrollere alle gjennomføringsvedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A. Sjå utkastet til ny forskrift § 48.

Institusjonen må gjere kontrollkommisjonen merksame på pasientar det blir gjort tvangsvedtak for.

Den gjeldande forskrifta § 30 omtalar dei gamle tvangsprotokollane i papir som nå, i tråd med Helsedirektoratet sin standard for vedtak, er erstatta av elektroniske protokollar i elektronisk pasientjournal (EPJ).⁹ Kontrollkommisjonane får seg nå i hovudsak førelagt vedtak på skjerm, ved tilgang i EPJ. Departementet foreslår at det skal gå fram av forskrifta at det må leggjast til rette for at kontrollkommisjonen kan søke fram oversikter over alle tvangsvedtak som er gjort for den enkelte pasienten og alle tvangsvedtak som er gjort i institusjonen/avdelinga i ein nærare avgrensa periode. I tillegg må kontrollkommisjonen kunne søke fram informasjon om *gjennomføringa* av dei tre mest inngripande vedtaka: skjerming, behandling utan eige samtykke og mekaniske tvangsmiddel (slik ein tidlegare kunne finne i tvangsprotokollane) for den enkelte pasienten.

Sjå utkast til ny forskrift § 5.

Bruk av skjerming eller tvangsmiddel over lengre tid skal etter den gjeldande forskrifta § 30 tredje ledd utan oppfordring meldast til kontrollkommisjonen. Skjermingsvedtak kan

⁹ [Vedtak etter psykisk helsevernloven - Helsedirektoratet](#)

treffast for inntil 14 dagar om gangen, jf. psykisk helsevernloven § 4-3 andre ledd siste punktum. Det gjer det uklart kva som ligg i «over lengre tid». Kontrollkommisjonane har dessutan nå elektronisk tilgang til alle tvangsvedtak. Departementet forslår derfor at føresegna ikkje blir vidareført.

Helsedirektoratet har i rundskriv lagt til grunn at kontrollkommisjonen, på same måte som for vedtak om etablering av tvungen observasjon eller tvunge psykisk helsevern, av eige tiltak kan vurdere om vilkåra for vedtak om tvangsbruk under gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A er oppfylt, og at kommisjonen dersom den finn at vedtaket lid av alvorlege formelle eller materielle feil, kan kjenne vedtaket ugyldig.¹⁰ Departementet foreslår at dette skal tas inn i forskrifta.

Sjå utkastet til ny forskrift § 48.

4.11 Meir teknologinøytrale føresegner

Den særlege teieplikta for helsepersonell gjeld uavhengig av korleis eit vedtak blir formidla. Oversending av dokumentasjon etter ei legeundersøking skjer nå i all hovudsak digitalt. Heilt unntaksvis er papir nødvendig når pasientar som på grunn av manglande fødselsnummer eller D-nummer ikkje kan registrerast i journalsystemet. Departementet foreslår derfor at kravet i den gjeldande forskrifta § 8 om at uttale frå lege skal sendast i lukka konvolutt blir erstatta av eit krav om at uttalen skal formidlast til psykisk helseverninstitusjonen. Kravet i den gjeldande forskrifta § 49 om at meldingar til pasienten frå kontrollkommisjonen skal skje i lukka brev blir heller ikkje vidareført.

Sjå utkastet til ny forskrift § 10.

I den gjeldande forskrifta står det vidare fleire stader at dokument skal sendast til kontrollkommisjonen. Departementet foreslår at det i staden skal stå at kontrollkommisjonen skal informerast.

Sjå utkastet til ny forskrift §§ 16 og 27.

Departementet foreslår at det skal gå fram av forskrifta at tvangsprotokollane nå er elektroniske og at kravet er at tvangsvedtaka blir registrerte på ein måte som gjer at kontrollkommisjonen kan få ei samla oversikt over tvangsbruken på pasientnivå.

Sjå utkastet til ny forskrift § 5.

¹⁰ [Kontrollkommisjonens saksbehandling - Helsedirektoratet](#) kap. 12.2

5 Økonomiske og administrative konsekvensar av forslaga

Dei økonomiske og administrative konsekvensane av lovendringane går fram av Prop. 31 L (2024-2025) kapittel 8. I dette høyringsnotatet følgjer departementet mellom anna opp lovendringane med forskriftsendringar som er nødvendige som følgje av lovendringane.

Forslaga til opprydding, oppdatering, tydeliggjering av gjeldande føresegner og språklege forbetringar vil ikkje få økonomiske eller administrative konsekvensar.

Forslaget om at det skal gå fram av forskrifta at kontrollkommisjonen skal besøke institusjonar og avdelingar for døgnopphald i psykisk helsevern der barn under 16 år er innlagt med døgnopphald minst ein gong i månaden er eit nytt krav som i prinsippet vil ha økonomiske og administrative konsekvensar. Ettersom kontrollkommisjonane som hovedregel allereie besøker barn under 16 år minst ein gong i månaden vil det likevel ikkje føre til nokon utgiftsauke.

6 Ikraftsetjing

Endringane i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven som blei vedtatt våren 2025 trer i kraft 1. juni 2026. Departementet tar sikte på at ny psykisk helsevernforskrift skal tre i kraft på same tidspunkt.

7 Forslag til ny psykisk helsevernforskrift

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften)

Hjemmel: psykisk helsevernloven §§ 1-3, 1-4, 3-1, 3-5, 3-6, 3-10, 4-3, 4-4, 4-8, 4-9, 5-9, 6-5, spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-1, 5-4, 8-3 og pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

Kapittel 1 Krav til institusjonene

§ 1 Godkjenning av institusjoner

Institusjoner og avdelinger som skal være ansvarlig for eller kunne bruke tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold etter lov om psykisk helsevern, skal ha godkjenning av Helsedirektoratet.

Godkjenning gis til institusjoner som

- a) eies av eller utfører tjenester etter avtale med regionalt helseforetak og
- b) oppfyller kravene i §§ 2 og 3.

Dersom det er nødvendig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene, kan institusjoner som ikke oppfyller kravene i §§ 2 og 3, gis midlertidig godkjenning i inntil ett år.

Helsedirektoratets vedtak kan påklages til departementet.

§ 2 Krav til lokaler og materiell

Institusjonen eller avdelingen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, kan ivaretas.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal i tillegg

- a) så langt det er mulig gi tilbud om enerom
- b) ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer
- c) ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål
- d) ha tilgang på egnede utearealer i rimelig nærhet av institusjonen
- e) være fysisk utformet og materielt utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås
- f) være materielt utstyrt slik at bruk av tvang er forsvarlig
- g) sørge for at rom som tenkes brukt til isolasjon er egnet til formålet
- h) ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter.

§ 3 Krav til personell

Institusjonen skal ha tilsatt personell med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen til at institusjonen til enhver tid kan tilby diagnostikk og de mest sentrale anerkjente behandlingsformene for institusjonens pasientgruppe, inkludert

- a) lege som er spesialist i psykiatri
- b) psykolog som er spesialist i klinisk psykologi
- c) helsepersonell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til at observasjon og behandling kan gjennomføres forsvarlig.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal alltid

- a) kunne tilkalle lege som er spesialist i psykiatri
- b) ha helsepersonell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til stede.

I psykisk helsevern for barn og ungdom skal legen være spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og psykologen være spesialist i barne- og ungdomspsykologi.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal i tillegg

- a) ha tilgang på kvalifisert personell for å kunne gi et godt tilbud om miljø- og fritidsaktiviteter
- b) ha tilgang på kvalifisert personell for å sikre tilbud om nødvendig opplæring.

Institusjoner som har ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal ha nok personell og faglig kompetanse til å i størst mulig grad forebygge bruk av tvang. Dersom det likevel brukes tvang, skal institusjonen ha tilstrekkelig personell til at tvangen kan gjennomføres på en forsvarlig måte.

§ 4 Faglig ansvarlig

Institusjonen skal sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell og utpeke en eller flere faglig ansvarlige. Faglig ansvarlig for vedtak, jf. psykisk helsevernloven § 1-4, skal ha tilfredsstillende kunnskaper i helse- og omsorgslovgivningen, med særlig vekt på psykisk helsevernloven.

Lege som skal være faglig ansvarlig for vedtak, skal være spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Psykolog som skal være faglig ansvarlig for vedtak skal være spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde i klinisk voksenpsykologi eller spesialist i barne- og ungdomspsykologi. Psykologen skal ha minst 2 års dokumentert relevant praksis fra institusjon eller avdeling som er godkjent for å ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Nedre grense for godkjenning av et arbeidsforhold er 6 måneder.

Psykolog kan ikke ha det faglige ansvaret for vedtak om bruk av legemidler og elektrokonvulsiv behandling etter psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd bokstav a, § 4-8 andre ledd bokstav c, og § 4-4 b.

Helsedirektoratet kan gi dispensasjon fra andre og tredje ledd når særlige hensyn tilsier det. Helsedirektoratet kan delegere myndigheten til statsforvalteren.

§ 5 Oversikt over vedtak om tvangsbruk under gjennomføring av psykisk helsevern

Institusjonen skal sørge for at vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A registreres i elektronisk pasientjournal på en måte som gir kontrollkommisjonen en samlet oversikt over vedtak som er gjort for den enkelte pasient og for en bestemt periode.

Det samme gjelder for gjennomføringen av følgende tiltak:

- a) skjerming, jf. psykisk helsevernloven § 4-3
- b) behandling uten eget samtykke med legemiddel i form av depot, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 a nr. 4 og
- c) mekaniske tvangsmidler med hjemmel i psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd bokstav a.

§ 6 Rett til kontaktperson

Pasienter som er under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, skal ha en kontaktperson blant institusjonens behandlingspersonell på dagtid. Institusjonen må sørge for at pasienten og pasientens pårørende vet hvem de kan kontakte utenom åpningstiden.

§ 7 Samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten

Den ansvarlige institusjonen skal etablere et samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten om oppfølging av pasienter som er under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

Organiseringen og gjennomføring av samarbeidet skal nedfelles i pasientens behandlingsplan og individuelle plan.

§ 8 Samarbeid med pasientens pårørende

Institusjonen skal ta initiativ til å samarbeide med pasientens pårørende.

Kapittel 2 Tvungent psykisk helsevern m.v.

§ 9 Krav om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Offentlig myndighet som etter psykisk helsevernloven § 3-6 kan kreve tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, er

- a) kommunelegen eller dennes stedfortreder
- b) den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- c) sosialtjenesten
- d) politiet dersom pasienten allerede er i politiets varetekt, ved avverging av vesentlig fare for pasientens eller andres liv eller helse, eller når politiets bistand er nødvendig for å få pasienten under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern
- e) ansvarlig fengselsmyndighet når pasienten er innsatt i anstalt under kriminalomsorgen.

Den som setter fram kravet må ha kjennskap til saken og pasientens situasjon.

Krav om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal mottas av institusjonen senest samtidig med pasienten og

- a) være skriftlig, datert og adressert til institusjonen
- b) inneholde pasientens navn, fødselsdato og adresse
- c) angi hvem som har satt fram kravet og hvilket forhold vedkommende har til pasienten.

§ 10 Uttalelse etter legeundersøkelse

Legen skal i sin skriftlige uttalelse etter psykisk helsevernloven § 3-1 gi opplysninger om

- a) hvem som har krevd legeundersøkelsen
- b) tidspunkt og sted for undersøkelsen
- c) pasientens syn på tilbud om psykisk helsevern
- d) relevante pasientopplysninger som legen har mottatt fra andre

e) observasjoner av medisinsk eller annen art inkludert om det antas å foreligge en alvorlig sinnslidelse

f) hvilket grunnlag det anses å være for å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3.

Opplysninger fra legeundersøkelsen skal sendes til aktuell psykisk helseverninstitusjon.

§ 11 Tvungen legeundersøkelse. Delegering

Det skal gå fram av kommuneoverlegens vedtak om tvungen legeundersøkelse etter psykisk helsevernloven § 3-1 andre ledd hvem som har satt fram kravet om undersøkelsen og hvem som har uttalt seg i saken.

Kommuneoverlegen kan delegere sin myndighet til å gjøre vedtak om tvungen legeundersøkelse til kommunalt ansatt lege eller klinisk psykolog. Delegering kan også skje til lege eller klinisk psykolog som kommunen har avtale med.

§ 12 Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

Det skal gjøres vedtak om å etablere eller ikke etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Den faglig ansvarlige for vedtaket skal forsikre seg om at det foreligger en skriftlig uttalelse fra en uavhengig lege og at den ikke er eldre enn 10 dager.

§ 13 Melding om vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

Melding om vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern skal gis til pasienten og pasientens nærmeste pårørende etter reglene i forvaltningsloven § 27. Det skal i tillegg opplyses om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter psykisk helsevernloven § 1-7.

Offentlig myndighet som har krevd tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-6, skal gis melding om vedtaket.

§ 14 Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

Den faglig ansvarlige skal vurdere om pasienten trenger døgnkontinuerlig omsorg og behandling, eller om det er bedre for pasienten å bo et annet sted enn på en institusjon som er godkjent for tvungent vern med døgnopphold. Det skal legges særlig vekt på pasientens eget ønske. Det skal også tas hensyn til pasientens sykdom, bo- og familiesituasjon, sosiale situasjon og andre individuelle behov.

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan bare gjennomføres uten døgnopphold i institusjon når pasienten

a) har en kjent sykdomshistorie og det på bakgrunn av pasientens symptomer og tidligere sykdomsforløp, er utvilsomt hvilken behandling pasienten trenger, eller

b) har vært observert i institusjon med døgnopphold og observasjonen har klargjort pasientens diagnose og hva slags behandlingsopplegg som anses nødvendig.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan ikke omfatte tvangstiltak der pasienten bor.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan ikke etableres eller gjennomføres dersom pasienten mangler et sted å bo.

§ 15 Melding om vedtak om overføring etter psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4

Pasienten og pasientens nærmeste pårørende skal straks få melding om vedtak om overføring etter psykisk helsevernloven §§ 4-10 og 5-4 etter reglene i forvaltningsloven § 27. Tilsvarende skal melding om vedtak om overføring etter § 5-4 straks gis til påtalemyndigheten.

Det skal i tillegg opplyses om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter psykisk helsevernloven § 1-7.

§ 16 Faglig ansvarliges kontrollundersøkelse

Den faglig ansvarlige skal, i forbindelse med kontrollundersøkelse etter psykisk helsevernloven § 4-9, gjøre rede for hvordan pasientens individuelle plan følges opp. Dersom det ikke er utarbeidet en individuell plan for pasienten, skal årsaken til dette oppgis.

Kontrollkommisjonen skal informeres om resultatet av kontrollundersøkelsen.

§ 17 Krav om forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Faglig ansvarliges anmodning om kontrollkommisjonens samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd skal fremmes senest 4 uker før det tvungne vernet opphører.

Kapittel 3 Tvang under gjennomføring av psykisk helsevern

§ 18 Henting av pasient under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold som ikke møter opp

En pasient under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon som ikke møter til undersøkelse eller behandling, jf. psykisk helsevernloven §§ 3-5 og 4-4, kan om nødvendig hentes av institusjonens personell. Henting skal skje på en mest mulig skånsom måte. Henting kan skje med bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dersom det er behov for bruk av fysisk makt, skal det bes om bistand fra politiet.

Dersom pasienten etter en henting fortsatt lar være å møte til undersøkelse eller behandling, skal det vurderes om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold er det beste for pasienten.

§ 19 Vilkår for skjerming

Skjerming etter psykisk helsevernloven § 4-3 kan iverksettes av behandlingsmessige hensyn når det er nødvendig å begrense pasientens sanseinntrykk, eller pasienten har tiltagende uro eller angst.

Skjermingen må vurderes som nødvendig for å motvirke forverring av pasientens tilstand.

Det er ikke tilstrekkelig at pasienten lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Skjerming kan også iverksettes når pasientens oppførsel er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre pasienter. Det kreves ikke at pasienten utgjør en fare for andre pasienter. Medpasientenes behov må vurderes opp mot konsekvensene skjerming kan få for pasienten.

§ 20 Skjerming som opprettholdes utover 12 timer

Ved vurderingen av om skjermingen innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet, jf. psykisk helsevernloven § 4-3 andre ledd andre punktum, må pasientens situasjon under skjerming sammenlignes med situasjonen uten skjerming. Det skal blant annet legges vekt på hvilke restriksjoner pasienten blir underlagt, for eksempel om det settes strenge begrensninger for tilgang til bestemte gjenstander eller utgangsmuligheter, og hvordan lokalet som skjermingen gjennomføres i, er innredet.

§ 21 Gjennomføring av skjerming

Skjerming kan gjennomføres ved at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjermet enhet). Pasienten kan fysisk ledes dit skjermingen skal gjennomføres. Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten er.

Pasienter kan holdes tilbake dersom de forsøker å forlate stedet der skjermingen blir gjennomført. Pasienter som er under frivillig psykisk helsevern, kan ikke holdes tilbake eller på annen måte hindres i å forlate institusjonen dersom de ønsker dette. Pasienten skal informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen.

Helsepersonell skal være til stede i den utstrekning det er nødvendig. Dersom pasienten gir uttrykk for å ville være alene, og det ikke vurderes som nødvendig at personellet er til stede, skal personellet forlate rommet.

Det må gjøres særskilt vedtak om innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen etter psykisk helsevernloven § 4-5.

§ 22 Undersøkelse før vedtak om behandling uten eget samtykke

Før det gjøres vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven § 4-4, skal den faglig ansvarlige for vedtaket personlig ha undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timene.

Før det gjøres vedtak om ernæringstilførsel uten eget samtykke, skal pasienten undersøkes av lege. Legeundersøkelsen må gjennomføres i direkte tilknytning til at vedtaket skal gjøres.

Institusjonen skal i hele undersøkelsesperioden prøve å få til et samarbeid med pasienten.

Undersøkelsen skal skje ved observasjon i godkjent institusjon, med mindre det av hensyn til forsvarlig helsehjelp bør skje i annen institusjon, jf. psykisk helsevernloven § 3-5 andre ledd. Undersøkelse for å avklare om det er grunnlag for å gjøre vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke skal skje under døgnopphold, med mindre den ansvarlige institusjonen har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende legemiddelbehandling og virkningen av denne på pasienten.

§ 23 Vedtak om behandling uten eget samtykke

Når behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven § 4-4 omfatter flere behandlingsformer, kan det gjøres et fellesvedtak. Det skal likevel alltid gjøres et eget vedtak om behandling med legemidler.

Vedtaket skal angi planlagt begynnelse og varighet av behandlingen. Vedtaket kan gjelde for inntil 3 uker. Vedtak om behandling med legemidler kan gjelde for inntil 3 måneder.

Behandlingen kan tidligst iverksettes 48 timer etter at pasienten har fått melding om vedtaket. Dette gjelder likevel ikke hvis pasienten vil lide vesentlig helseskade ved slik utsettelse. Begrunnelsen for umiddelbar iverksettelse skal gå fram av vedtaket.

§ 24 Gjennomføring av legemiddelbehandling uten eget samtykke

Injeksjon skal bare gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta legemiddelet gjennom munnen. Depotinjeksjoner skal ikke gis ved behandling av akutte sinnslidelser.

Dersom pasienten ønsker det, kan den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler etter avtale med institusjonen som har truffet vedtaket og under forutsetning av faglig forsvarlig tilsyn og veiledning, overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet.

Pasienten skal ikke tilføres legemidler uten å bli informert. Pasienten skal informeres om den faktiske doseringen og mulige bivirkninger. Informasjon til pasienten kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 tredje ledd.

§ 25 Gjennomføring av behandling med ernæringstilførsel uten eget samtykke

Dersom det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, kan ernæringstilførsel gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent for bruk av tvang. I slike tilfeller er den godkjente institusjonen ansvarlig for det tvungne vernet.

Pasienten skal ikke tilføres ernæring uten å bli informert. Pasienten skal informeres om den faktiske doseringen. Informasjon til pasienten kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 tredje ledd.

§ 26 Hvilke institusjoner som kan bruke tvangsmidler

Tvangsmidler, jf. psykisk helsevernloven § 4-8, kan bare brukes i institusjon for døgnopphold som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

I akutte situasjoner kan tvangsmidler likevel brukes for pasienter som er under psykisk helsevern i andre institusjoner enn de som er nevnt i første ledd. Det skal da straks vurderes om pasienten bør overføres til en godkjent institusjon. Dersom det viser seg nødvendig å bruke tvangsmidler gjentatte ganger, skal den som har ansvaret for det tvungne vernet så snart som mulig søke om overføring til, eller innleggelse av pasienten i, en institusjon som er bedre egnet til å ivareta pasienten.

Under gjennomføring av vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke i sykehjem kan det om nødvendig gjøres vedtak om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, og kortvarig fastholding, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 a.

§ 27 Vedtak om bruk av tvangsmidler

Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandling.

I akutte nødsituasjoner kan ansvarshavende i avdelingen gjøre vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. Den faglig ansvarlige for vedtak skal så snart som mulig orienteres om vedtaket og ta stilling til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes.

Vedtak om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 andre ledd bokstav c, gjøres av lege.

Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig informeres om vedtak om bruk av tvangsmidler.

§ 28 Bruk av tvangsmidler

Bruk av tvangsmidler skal være så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte.

Isolering kan brukes i inntil to timer om gangen.

Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over 8 timer, skal det vurderes om bruken kan reduseres eller avsluttes, inkludert om pasienten kan løses helt eller delvis fra tvangsmidlet eller overføres til transportbelter. Dersom det ikke vurderes som forsvarlig å redusere bruken av tvangsmidlet, skal årsaken til dette nedtegnes i pasientens journal.

§ 29 Melding om vedtak om bruk av tvang under gjennomføringen av psykisk helsevern

Alternativ I: Melding om vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A som skal gis til pasienten etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal også gis til pasientens nærmeste pårørende med mindre pasienten motsetter seg dette.

Alternativ II: I Melding om vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4 A som skal gis til pasienten etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal også gis til pasientens nærmeste pårørende.

Til begge alternativene: Det skal i tillegg opplyses om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter psykisk helsevernloven § 1-7.

Kapittel 4 Kontroll og klage

§ 30 Klage på vedtak om bruk av tvang i psykisk helsevern

Klage på vedtak etter psykisk helsevernloven kan settes frem skriftlig eller muntlig for den faglig ansvarlige for vedtaket, annet helsepersonell, eller direkte til statsforvalteren eller kontrollkommisjonen.

Den som mottar en muntlig klage, skal sørge for at den blir skrevet ned og formidlet til riktig instans.

Vedtaket skal iverksettes selv om det er påklaget. Vedtak om behandling med legemidler skal likevel ikke iverksettes før klagesaken er avgjort hvis klage fremmes innen 48 timer etter at pasienten har fått melding om vedtaket. Dette gjelder likevel ikke hvis pasienten vil lide vesentlig helseskade ved utsettelse.

Klageinstansen skal behandle klagen selv om tiltaket har opphørt, med mindre klageren skriftlig har gitt uttrykk for at klagen trekkes tilbake.

§ 31 Statsforvalters klagebehandling

Statsforvalteren skal uten ugrunnet opphold gjøre vedtak i sak om klage på vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Dersom det anses nødvendig, skal det engasjeres sakkyndig hjelp. Det skal tas personlig kontakt med pasienten, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Dersom klagen tas til følge, skal det gjøres vedtak om øyeblikkelig opphør av iverksatt behandling. Melding om vedtaket skal sendes til klageren med kopi til den faglig ansvarlige for vedtaket.

Statsforvalteren skal behandle klagen selv om tiltaket har opphørt, med mindre klageren skriftlig har gitt uttrykk for at klagen trekkes tilbake.

§ 32 Kontrollkommisjonens ansvarsområde

Helsedirektoratet fastsetter ansvarsområdet til den enkelte kontrollkommisjon, blant annet den enkelte kommisjonens ansvar for å kontrollere beslutninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 femte og sjette ledd.

§ 33 Taushetsplikt

Kontrollkommisjonens medlemmer har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 til § 13e. Taushetsplikten gjelder også fødselsnummer eller nummer med tilsvarende funksjon, statsborgerskap, bosted, postadresse, e-postadresse, telefonnummer, sivilstand, yrke, arbeidsgiver eller arbeidssted.

Brudd på taushetsplikten straffes etter straffeloven § 209 og § 210.

§ 34 Kontrollkommisjonens møter

I saker om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern og overføring av en pasient til opphold i eller tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i psykisk helsevernloven § 3-5, skal det holdes fysiske møter. I særlige tilfeller kan møtet gjennomføres som fjernmøte der deltakerne kan se og kommunisere med hverandre.

Når kontrollkommisjonen avgjør klager på vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A, gjennomfører tremånederskontroller, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 andre ledd, samtykker til forlengelse av tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd og gjennomfører kontroller etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 sjette ledd, kan møter gjennomføres som fjernmøte der deltakerne kan se og kommunisere med hverandre.

Kontrollkommisjonens leder skal fastsette tid og sted for møter. Et medlem som ikke kan møte, skal straks melde dette til kontrollkommisjonens leder, som innkaller varamedlemmet.

Møtene skal holdes for lukkede dører. Kontrollkommisjonen kan likevel gi andre enn dem som er berørt av saken adgang dersom særlige grunner taler for det.

§ 35 Møteprotokoll

Kontrollkommisjonen skal føre protokoll over sin virksomhet.

Protokollen skal blant annet inneholde opplysninger om tid og sted for kontrollkommisjonens møter, kontrollkommisjonens sammensetning og hvilke saker som er behandlet. Når kontrollkommisjonen har behandlet en klagesak, skal det fremgå hvem som er varslet, hvem av de varslede som har møtt og avgitt forklaring eller gitt uttalelse, og hvilke dokumenter som har vært fremlagt.

Avgjørelser som tas i kontrollkommisjonens møter, skal nedtegnes i møteprotokollen. I protokollen skal det også gjøres rede for kontrollkommisjonens kontroll med pasienters opphold ved institusjonen.

§ 36 Rapportering

Kontrollkommisjonen skal hvert år innen 1. april gi Helsedirektoratet en rapport med oversikt over foregående års møter og institusjonsbesøk og sakene som er behandlet.

Helsedirektoratet kan gi nærmere retningslinjer om hva rapporten skal inneholde.

§ 37 Kontrollkommisjonens tilgang på opplysninger

På forespørsel fra kontrollkommisjonen, skal helsepersonell gi opplysninger og fremlegge dokumenter som kontrollkommisjonen vurderer som nødvendige for utøvelsen av sin virksomhet, inkludert

- a) dokumenter utarbeidet i forbindelse med vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern
- b) oversikt over pasienter som er overført til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i psykisk helsevernloven § 3-5, jf. loven § 4-10 og § 5-4
- c) pasientjournal
- d) individuell plan, jf. psykisk helsevernloven § 4-1
- e) vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og kapittel 4A
- f) ansvarlig helsepersonells beslutning om helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd, jf. femte ledd
- g) oversikt over vedtak om tvungent vern og om gjennomføring av tvang, jf. § 5.

Kapittel 5 Saksbehandling mv.

§ 38 Redegjørelse fra den faglig ansvarlige

I klagesaker etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og klage på overføringsvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4, skal den faglig ansvarlige på eget initiativ gi kontrollkommisjonen en skriftlig redegjørelse. I saker etter psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd skal ansvarlig lege på eget initiativ gi kontrollkommisjonen en skriftlig redegjørelse. I andre klagesaker etter psykisk helsevernloven kan kontrollkommisjonen be om at den faglig ansvarlige for vedtak gir en skriftlig redegjørelse innen en frist fastsatt av kontrollkommisjonen.

Redegjørelsen skal inneholde:

- a) opplysninger om avgjørelsen som er påklaget, inkludert den faglig ansvarliges vurdering av om lovens vilkår er oppfylt
- b) informasjon om hvilke opplysninger den faglig ansvarlige har bygget avgjørelsen sin på.

Kontrollkommisjonen skal, så snart som mulig, gjøre redegjørelsen kjent for pasienten og eventuelt den som handler på vegne av pasienten.

§ 39 Informasjon til pasienten

Kontrollkommisjonen skal informere pasienten eller den som handler på vegne av pasienten om

- a) navnet på kontrollkommisjonens medlemmer

b) at pasienten og/eller den som handler på vegne av pasienten, har rett til å være til stede og at pasienten har anledning til å uttale seg før kontrollkommisjonen avgjør saken

c) tidspunktet for møtet i kontrollkommisjonen og

d) at pasienten eller den som handler på vegne av pasienten, snarest mulig må gi beskjed dersom de mener at noen av kontrollkommisjonens medlemmer er inhabile.

§ 40 *Kontrollkommisjonens ansvar for opplysning av saken*

Kontrollkommisjonens leder skal sørge for at saken blir så godt opplyst som mulig.

Kontrollkommisjonens leder skal sørge for at vitner og sakkyndige som skal forklare seg for kontrollkommisjonen, blir innkalt.

Kontrollkommisjonen kan avvise krav fra pasienten eller den som handler på vegne av pasienten, om å få innhentet opplysninger eller avhørt vitner, dersom opplysningene synes å være uten betydning for saken. Avgjørelsen skal begrunnes.

Forklaringer som gis til lederen alene skal skrives ned. Kontrollkommisjonen avgjør i hvert enkelt tilfelle i hvilken utstrekning forklaringer for kontrollkommisjonen skal skrives ned.

Forvaltningsloven § 17 gjelder tilsvarende.

§ 41 *Kontrollkommisjonens vedtak i klagesak*

Når kontrollkommisjonens leder finner at sak om klage på vedtak etter psykisk helsevernloven er tilstrekkelig forberedt, tas saken opp til avgjørelse.

Vedtak skal gjøres i møte av fulltallig kommisjon. Før det gjøres vedtak, skal kontrollkommisjonen diskutere saken og stemme over resultatet. Ved stemmelikhet har kontrollkommisjonens leder dobbeltstemme.

Vedtaket skal inneholde

a) opplysning om kontrollkommisjonens sammensetning og tid og sted for det avsluttende møtet

b) en kort fremstilling av hva saken gjelder, avgjørelsesgrunnene og avgjørelsen

c) omtale av de faktiske forhold som har vært avgjørende for vedtaket og de hensyn det er lagt vekt på ved skjønnsutøvelse

d) opplysning om eventuell dissens

e) grunner for de forskjellige standpunkter dersom vedtaket ikke er enstemmig.

Kontrollkommisjonen skal om mulig gjøre sitt vedtak innen 2 uker etter at saken ble brakt inn for den. Dersom fristen ikke kan overholdes, skal grunnen til dette gå fram av vedtaket.

Vedtaket skal underskrives av kontrollkommisjonens medlemmer eller av kontrollkommisjonens leder etter fullmakt. Dersom kontrollkommisjonens leder har fått fullmakt, skal det gå fram av vedtaket.

Melding om vedtaket skal snarest mulig gis til pasienten og den faglig ansvarlige for vedtaket. Dersom klageren er en annen enn pasienten, skal også denne gis melding om vedtaket.

§ 42 Pasientens rett til å være til stede i møte

Pasienten og den som handler på vegne av pasienten, har rett til å være til stede i møter der det skal opptas forklaringer eller gis muntlige redegjørelser til bruk i saken.

Dersom sterke grunner taler for det, kan kontrollkommisjonen bestemme at pasienten skal forlate møtet. Pasienten skal gjøres kjent med det som er opplyst under fraværet. Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

§ 43 Dokumentkontroll av vedtak om tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern

Dokumentkontroll av vedtak om tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 første ledd kan gjøres av ett kommisjonsmedlem.

Dersom kontrollkommisjonen på bakgrunn av de fremlagte dokumentene finner at vedtaket lider av alvorlige formelle eller materielle feil, kan kontrollkommisjonen kjenne vedtaket ugyldig. Vedtaket gjøres av fulltallig kommisjon.

Resultatet av dokumentkontrollen skal protokolleres.

§ 44 Kontroll av vedtak om tvunget psykisk helsevern etter 3 måneder

Kontrollkommisjonens vurdering av om vilkårene for vedtak om etablering av tvunget psykisk helsevern som ikke påklages innen 3 måneder er oppfylt, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 andre ledd, skal baseres på en oppdatert vurdering fra den faglig ansvarlige for vedtaket. Kontrollkommisjonen skal særlig vurdere om vernet fortsatt er hensiktsmessig og forvisse seg om at pasienten har fått en individuell plan eller at årsaken til at pasienten ikke har fått en individuell plan er tilstrekkelig dokumentert.

Kontrollkommisjonen kan prøve alle sider av saken.

Kontrollkommisjonen må vurdere hva som er nødvendig for å opplyse saken.

Vedtaket gjøres av fulltallig kommisjon.

Dersom kontrollkommisjonen finner at lovens vilkår ikke lenger er oppfylt, skal den oppheve vedtaket.

Melding om vedtaket skal snarest mulig gis til pasienten og den faglig ansvarlige for vedtaket.

§ 45 Årsforlengelse av tvunget psykisk helsevern

Kontrollkommisjonens vurdering av om vilkårene for forlengelse av vedtak om tvunget psykisk helsevern er oppfylt, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 andre ledd skal baseres på en oppdatert vurdering fra den faglig ansvarlige for vedtaket.

Kontrollkommisjonen skal særlig vurdere om vernet fortsatt er hensiktsmessig og kontrollere at pasienten har fått en individuell plan eller at årsaken til at pasienten ikke har fått en individuell plan er tilstrekkelig dokumentert.

Kontrollkommisjonen kan prøve alle sider av saken.

Kontrollkommisjonen må vurdere hva som er nødvendig for å opplyse saken. inkludert om det er nødvendig med oppmøte i den aktuelle institusjonen.

Vedtaket gjøres av fulltallig kommisjon

Dersom kontrollkommisjonen finner at lovens vilkår er oppfylt skal den samtykke til forlenging av vedtaket.

Melding om vedtaket skal snarest mulig sendes pasienten og den faglig ansvarlige for vedtaket.

§ 46 Prøving av psykisk helsevern for barn under 16 år

Psykisk helsevern for barn under 16 år som ikke er enig i tiltaket, kan iverksettes selv om kontrollkommisjonen ikke har behandlet saken etter psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd og § 2-2 fjerde ledd.

Barnet kan når som helst be om at det psykiske helsevernet skal opphøre. Dersom det besluttet at vernet skal opprettholdes, kan barnet bringe spørsmålet inn for kontrollkommisjonen til etterprøving. Kontrollkommisjonen skal snarest mulig behandle saken.

§ 47 Kontrollkommisjonens besøk

Kontrollkommisjonen skal minst 1 gang hver måned besøke institusjoner og avdelinger som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og institusjoner eller avdelinger i psykisk helsevern der barn under 16 år er innlagt med døgnopphold. I andre institusjoner skal besøk skje minst 4 ganger i året.

Besøket kan skje ved ett eller flere av kontrollkommisjonens medlemmer. Helsedirektoratet kan gi dispensasjon fra første ledd.

§ 48 Dokumentkontroll av vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern

Kontrollkommisjonen skal kontrollere alle vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern som institusjonen har gjort etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A og gjennomføringen av skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler. Kontrollkommisjonen skal forvisse seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av lovens vilkår. Kontrollen kan gjøres av ett kommisjonsmedlem. Dersom kontrollkommisjonen på bakgrunn av de fremlagte dokumentene finner at et vedtak lider av alvorlige formelle eller materielle feil, kan kontrollkommisjonen kjenne vedtaket ugyldig.

§ 49 Velferdskontroll

Kontrollkommisjonen skal undersøke om det er husordensregler ved institusjonen og påse at husordensregler er i overensstemmelse med regelverket.

Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gi pasientene anledning til å sette fram klager over vedtak etter psykisk helsevernloven, og ellers ta opp forhold som har betydning for pasientenes opphold ved institusjonen. Pasienter som er blitt innlagt i institusjonen uten eget samtykke etter kommisjonens forrige besøk, skal gis tilbud om samtale med kontrollkommisjonen.

Kontrollkommisjonen kan ta forhold opp med den faglig ansvarlige for vedtak eller institusjonens ledelse. Kontrollkommisjonen skal varsle statsforvalteren om alvorlige forhold ved institusjonen.

§ 50 Dokumentkontroll av beslutning om helsehjelp for alvorlig sinnslidelse som pasienten ikke motsetter seg

Ansvarlig behandler skal informere kontrollkommisjonens leder om beslutninger om helsehjelp for en alvorlig sinnslidelse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og legge fram relevante deler av pasientens journal.

Dersom kontrollkommisjonens leder på bakgrunn av de fremlagte dokumentene finner at beslutningen lider av alvorlige formelle eller materielle feil, kan lederen kjenne beslutningen om å gi helsehjelp ugyldig.

§ 51 Kontroll av beslutning om helsehjelp for alvorlig sinnslidelse som pasienten ikke motsetter seg, etter seks måneder

Ved kontroll etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 sjette ledd kan kontrollkommisjonen prøve alle sider av saken.

Vedtaket gjøres av fulltallig kommisjon.

Dersom kontrollkommisjonen finner at lovens vilkår ikke lenger er oppfylt, skal den oppheve beslutningen.

Kapittel 6 Godtgjøring til kontrollkommisjonens medlemmer

§ 52 Godtgjøring. Omfang

Godtgjøring gis for faktisk medgått tid til møteforberedelse, arbeid i møter, klagebehandling, reiser m.m. Godtgjøringen skal være den samme for arbeid i og utenfor møter. Det gis godtgjøring for hver påbegynte halvtime. Godtgjøring for forberedende arbeid og reisefravær avrundes under ett oppover til nærmeste halvtime.

§ 53 Godtgjøring. Satser

Kontrollkommisjonens medlemmer får godtgjøring per time. Satsen beregnes i prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen fastsatt av Justis- og beredskapsdepartementet etter forskrift 3. desember 1997 nr. 1441 om salær fra det offentlige til advokater m.v. § 2.

Det skal ikke utbetales feriegodtgjøring i tillegg til godtgjøringssatsene. Annet fravær som for eksempel sykdom, godtgjøres heller ikke.

Leder og varaleder:

- a) jurist som er i dommerembete eller som er ansatt i annen stilling, godtgjøres per time med 75 prosent av salærsatsen
- b) advokat som er selvstendig næringsdrivende godtgjøres per time med 100 prosent av salærsatsen

Lege og varamedlem for lege:

- a) lege i lønnet stilling godtgjøres per time med 75 prosent av salærsatsen
- b) lege som er selvstendig næringsdrivende godtgjøres per time med 100 prosent av salærsatsen

Øvrige medlemmer:

- a) øvrige medlemmer og varamedlemmer godtgjøres per time med 37,5 prosent av salærsatsen
- b) medlem og varamedlem som er selvstendig næringsdrivende som hovedstilling, godtgjøres per time med 50 prosent av salærsatsen

Merkantilt personell som bistår kommisjonen godtgjøres per time med 25 prosent av salærsatsen.

§ 54 Godtgjøring. Beregning av timeantall som det skal gis arbeidsgodtgjøring for

I tidsrommet kl. 0800-1600 på hverdager (mandag til fredag) gis godtgjøring for reisetid og annet fravær. Til andre tider gis godtgjøring for reisetid.

Finner statsforvalteren at det er brukt lengre tid enn det som er rimelig og nødvendig, skal salæret settes ned. Før dette skjer skal den som har innlevert arbeidsoppgaven, gis mulighet til å uttale seg. Hvilket tidsforbruk som er rimelig og nødvendig må avgjøres etter et konkret skjønn. Dersom det finnes nødvendig, kan statsforvalteren innhente sakens dokumenter for vurdering av saksforberedelsens omfang. Settes salæret ned, skal dette begrunnes.

§ 55 Godtgjøring. Tapt arbeidsfortjeneste

Dersom deltagelse i kommisjonen medfører tapt arbeidsinntekt, kan statsforvalteren i det enkelte tilfelle samtykke til at det gis erstatning i tillegg til godtgjøringen. Tapt arbeidsinntekt kan dekkes med inntil det beløp som til enhver tid er bestemt i Statens personalhåndbok og kongelig resolusjon om styrever, råd og utvalg m.v.

§ 56 Reisegodtgjøring

For reiser i kontrollkommisjonens tjeneste gjelder Særavtale om dekning av utgifter til reise og kost innenlands.

Søknader om å benytte eget transportmiddel sendes til og avgjøres av statsforvalteren.

§ 57 Regnskapsrapport og årsregnskap

Statsforvalteren skal innen 10. september hvert år sende regnskapsrapport for kommisjonens samlede utgifter per 31. august til Helsedirektoratet.

Statsforvalteren skal innen 10. januar det påfølgende året sende avsluttet årsregnskap for kommisjonens samlede utgifter til Helsedirektoratet.

Kapittel 7 Ikrafttreden mv.

§ 58 Ikrafttreden og endringer i andre forskrifter

Forskriften trer i kraft 1. juni 2026. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m (psykisk helsevernforskriften).