

Vedlegg 1 – Beskrivelse av dagens oppgavefordeling og gjeldende rett

1 Dagens oppgavefordeling

1.1 Psykisk helsearbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første og andre ledd. Psykisk helsearbeid i kommunen omfatter forebygging, kartlegging, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Grensen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester vil følge hva som til enhver tid defineres som spesialisthelsetjenester. Dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient bør ikke pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter imidlertid at kommunen har den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utøves forsvarlig.

Målet med tjenestene til mennesker med psykisk uhelse er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Forutsetningen for å nå målet er at tjenestetilbudet er der brukeren er. Kommunene er derfor i en nøkkelposisjon når det kommer til å skape koordinerte, sammenhengende og forutsigbare behandlings- og oppfølgingsløp for mennesker med psykiske helseutfordringer. At kommunene også har et klart ansvar for forebygging og kartlegging, gjør at alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan spille en viktig rolle i psykisk helsearbeid. Vi vet at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har økende oppmerksomhet på psykisk helse, fastlegene rapporterer at en stor andel av konsultasjonene har psykisk helse som tema og vi vet at mange som mottar omsorgstjenester også har psykiske helseutfordringer. Det kommer i tillegg til de drøyt 13 000 årsverkene som kommunene rapporterer om i psykisk helse- og rusarbeid.

For de alvorligst psykisk syke er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene helt avgjørende for både kostnadseffektivitet, kvalitet i tjenestetilbudet og tilfriskningsmulighetene for den enkelte. Erfaringene fra systematiske samhandlingstiltak, som for eksempel oppsøkende behandlingsteam etter ACT- og FACT-modellene og tilpassede botilbud, er at når spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene går sammen om å levere tjenester, blir tilbudet bedre og brukerne mer fornøyde. Det særskilte med de oppsøkende behandlingsteamene er at de er organisert med personell fra begge tjenestenivåer og yter tjenestene samtidig, på pasientens arena. I stedet for den ordinære serielle tilnærmingen til behandling og oppfølging, får brukerne samtidige, parallelle tjenester. Det gir ifølge evalueringen av ACT-teamene både betydelig reduksjon i liggedøgn i spesialisthelsetjenesten og vesentlig reduksjon i bruk av tvang, samtidig som brukere, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere er fornøyde med tilbudet. Å videreutvikle disse arbeidsformene er et viktig satsningsområde, og et forsøk med kommunal drift av DPS vil kunne gi viktige erfaringer.

1.2 Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten – DPS

Med psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten menes undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, jf. lov om psykisk helsevern § 1-2. Loven regulerer tjenester som drives av regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF), private avtalespesialister eller andre som har avtale med RHF. Loven

regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern, både i institusjon og ved poliklinisk behandling.

Innenfor spesialisthelsetjenesten består psykisk helsevern for voksne av desentraliserte spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS), mer spesialiserte sykehusavdelinger og privatpraktiserende avtalespesialister. Et DPS vil normalt være første kontaktpunkt for voksne med spesialisthelsetjenesten. DPS har et hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS skal gi spesialisert utredning og tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. RHF er pålagt å sørge for at DPS har akuttberedskap gjennom døgnet, om nødvendig i samarbeid med andre enheter der lokale forhold tilsier det. Akuttberedskapen skal blant annet bygge på ambulante tjenester med psykiater og psykologspesialist i front. For å få tilbud ved DPS forutsettes det vanligvis henvisning fra lege. De fleste pasienter henvises derfor til DPS fra lege/fastlege, men også psykologer har henvisningsrett. Kjente pasienter kan i en del tilfelle henvende seg direkte. Ved akutte kriser er det som regel ikke nødvendig med henvisning. Pasienter som ikke har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten blir normalt tilbakeført til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

De fleste pasienter får et fullstendig behandlingsforløp i regi av DPS og mottar derfor ikke sykehusbehandling. Mange pasienter får imidlertid etterbehandling/oppfølging fra DPS etter sykehusopphold, særlig etter akuttinnleggelse. Enkelte ganger henvises pasienter videre fra DPS til sykehus, enten fordi det trengs forsterkede rammer i en periode eller dersom det er snakk om særlige utredninger som vedkommende DPS ikke foretar.

DPS har ansvar for å behandle alle typer alvorlige psykiske lidelser, som psykoser, spiseforstyrrelser, alvorlige angst- og depresjonslidelser, tvangsnevroses, alderspsykiatri, posttraumatiske stresslidelser, dobbeltdiagnoser mv. Alle DPS skal i tillegg ha tilbud om tjenester til rusavhengige. Det er gitt styringssignal til RHF om at DPS-strukturen skal legges til grunn for tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (TSB). DPS foretar rettighetsvurderinger av pasienter henvist til psykisk helsevern – og i en del tilfeller også TSB. Det er ingen forskjell på faglig nivå mellom sykehus og DPS, men det handler om en arbeidsfordeling. Om lag halvparten av landets psykiatere og flertallet av landets psykologspesialister jobber på DPS. Om lag 85 prosent av den polikliniske behandlingen skjer i dag ved DPS. Om lag 4% av den voksne befolkning og om lag 5% av befolkningen under 18 år mottar årlig behandling i DPS eller BUP. Poliklinisk behandling er den dominerende behandlingsformen.

Nær alle DPS er godkjent for bruk av tvang. De fleste for innleggelse ved tvang, alternativt bare for tvang uten døgnopphold. Generelt sett utgjør bruk av tvang en begrenset del av virksomheten. 4% av innleggelsene ved DPS skjer ved tvang (3% innleggelse + 1% til observasjon). Tvang benyttes ved kriser hvor det er alvorlig psykoselidelse, kombinert med betydelig fare for forverring eller ved antatt farlighet, jf. nærmere om dette under punkt 4.5. Et gjennomsnittlig "tvangsforløp" kan starte med akutt tvangsinnleggelse eller ved at det under et poliklinisk forløp skjer en akutt forverring. Ved frivillig innleggelse (som er hovedregelen) skal det ikke omgjøres til tvang underveis.

DPS skal bistå den kommunale helse- og omsorgstjenesten med råd og veiledning. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har begge et ansvar for å bidra med kartlegging og utredning. Kommunene og spesialisthelsetjenesten må ofte yte samtidige tjenester til personer med alvorlige og sammensatte lidelser. Sentrenes ambulante virksomhet skjer gjennom oppsøkende behandlingsteam, rehabiliteringsteam, psykoseteam, tidlig intervensjonsteam, alderspsykiatriske team og ambulante akutteam.

Kravet om samarbeidsavtaler mellom kommuner og DPS kom allerede i St.prp. nr. 1 (2004 – 2005). Dette innebar en forutsetning om et fast strukturert samarbeid gjennom forpliktende samarbeidsavtaler som omfatter rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak mv. Krav om samarbeidsavtaler for alle sektorer ble forsterket og lovfestet gjennom samhandlingsreformen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og § 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e.

DPS ble etablert på landsbasis under Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008), og er fortsatt under faglig oppbygging. I perioden 1998 – 2004 ble de fleste gjenværende psykiatriske sykehjemmene lagt ned og/eller omdannet til DPS-institusjoner. Under opptrappingsplanen ble det etablert om lag 75 DPS, som dekker alle landets kommuner. Det er betydelige forskjeller både i totalvolum og i fordelingen av tjenestene mellom ulike institusjonstyper og driftsformer i helseforetaksområdene og i DPS-områdene.

Sykehusenes skal ivareta spesialiserte oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå. Det omfatter sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttavdelinger og i noen grad enkelte mindre omfattende funksjoner knyttet til særlige områder som alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser, alderspsykiatri og personlighetsforstyrrelser.

Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) utgjøres hovedsakelig av polikliniske og ambulante funksjoner og i samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet. Tilbudet består av offentlige institusjoner og et mindre antall avtalespesialister. Ved behov kan det gis tilbud om døgnbehandling. Alle kommuner tilhører nå opptaksområdet til et DPS og en poliklinikk i BUP. Mange steder er BUP og DPS samlokalisert.

2 Gjeldende rett – psykisk helsevern

2.1 Innledning

I det videre skal departementet redegjøre for psykisk helsevernloven med tilhørende forskrifter. Dette regelverket regulerer ytelse av psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder ved DPS. For ordens skyld viser vi til at annen helselovgivning også vil gjelde ved ytelse av psykisk helsevern og andre helsetjenester ved et DPS, herunder spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Dette regelverket vil bare i mindre grad bli redegjort for i dette punktet.

Psykisk helsevernloven regulerer frivillig og tvungent psykisk helsevern, i eller utenfor institusjon/sykehus. Loven gjelder for alle aldersgrupper, men på enkelte punkter er det gitt særskilte regler for barn og unge under 16 år.

Selv om loven omfatter pasienter både under frivillig og tvungent vern, er loven gjerne betegnet som en tvangslov. Dette er fordi den i all hovedsak regulerer forhold som har med tvangsbruk å gjøre, dvs. inngrepskriterier, hvem som kan treffe vedtak,

saksbehandlingsregler og regler om overprøving. Loven er supplert av psykisk helsevernforordningen.

Psykisk helsevern skal som den klare hovedregel ytes på grunnlag av pasientens eget samtykke i tråd med samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4. Dette fremgår av psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd. Iverksetting av frivillige undersøkelses- og behandlingstiltak forutsetter at pasienten er samtykkekompetent.

Barn under 16 år og som ikke selv er enig i foreldrenes beslutning, vil likevel formelt være underlagt frivillig psykisk helsevern. Dersom barnet er fylt 12 år og uttrykker vegring mot tiltak som innebærer opphold i institusjon, skal spørsmålet bringes inn for kontrollkommisjonen, som kan overprøve foreldrenes samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 annet ledd.

2.2 Vilkår for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern

Hovedbestemmelsen om tvungent psykisk helsevern fremgår av psykisk helsevernloven § 3-3. Denne bestemmelsen angir de vilkårene som må være oppfylt for at spesialisthelsetjenesten skal kunne fatte vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern. Det tvungne vernet kan bare opprettholdes så lenge vilkårene er oppfylt.

Hovedvilkåret for anvendelse av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en "alvorlig sinnslidelse", jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3. Uttrykket "alvorlig sinnslidelse" er et rettslig begrep som ikke tilsvare noen konkret medisinsk diagnose. I tillegg til at det må foreligge en alvorlig sinnslidelse, må minst ett av to tilleggsvilkår, såkalt behandlingstvilkåret eller farevilkåret, være oppfylt.

Selv om hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse og de øvrige vilkårene skulle være oppfylt, er det ingen automatikk i at tvungent psykisk helsevern skal etableres. I henhold til § 3-3 første ledd nr. 6 skal den faglig ansvarlige foreta en skjønnsmessig helhetsvurdering av om tvungent psykisk helsevern likevel vil være "den klart beste" løsningen for pasienten. I denne vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende. Fordelene med inngrepet må således klart oppveie ulempene ved inngrepet.

Frivillighetsvilkåret i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 1 markerer at bruk av tvang skal være en subsidiær løsning. Loven stiller derfor som krav at etablering av frivillig vern skal være forsøkt før tvang kan besluttes.

2.3 Tvungen observasjon

Tvungen observasjon er en videre undersøkelse av pasienten uten vedkommendes samtykke der det er tvil om hvordan sinnstilstanden skal bedømmes og om de øvrige vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, jf. psykisk helsevernloven § 3-2. Vilkaene for tvungen observasjon er i hovedsak sammenfallende med vilkaene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Forskjellen er imidlertid beviskravet for at pasienten oppfyller kravet om alvorlig sinnslidelse og ett av tilleggsvilkårene etter § 3-3 første ledd nr. 3. For tvungen observasjon kreves det "bare" at det er "overveiende sannsynlig" (mer enn 50 % sannsynlig) at pasienten oppfyller hoved- og ett av tilleggsvilkårene, jf. § 3-2 første ledd nr. 3. Tvungen observasjon kan ikke vare lenger enn ti dager.

2.4 Kravet til institusjonens faglige og materielle egnethet, herunder godkjenning

Ifølge § 3-5 første og siste ledd kan tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern som hovedregel bare gjennomføres i eller under ansvar av institusjon som er godkjent for dette formålet. Vilkårene for godkjenning er nærmere regulert i psykisk helsevernforordningen. Dette omfatter både formelle og materielle krav samt krav til bemanning.

I tillegg til kravet om godkjenning, må institusjonen være faglig og materielt i stand til å tilby pasienten "tilfredsstillende behandling og omsorg", jf. § 3-3 første ledd nr. 4. Med andre ord stilles det et krav om en kvalitativ minstestandard som innebærer at det må foretas en konkret vurdering av om den enkelte pasient har eller vil få et egnet behandlings- og omsorgstilbud ved den aktuelle institusjonen. Dette betyr at ikke enhver godkjent institusjon for tvungent psykisk helsevern er egnet for behandlingen av enhver pasient. Det er særlig aktuelt å stille krav til kompetent personell og andre behandlingmessige ressurser. Pasienten må tilbys reell hjelp, og ikke bare møtes med frihetsberøvelse og kontroll. Dette gjelder uavhengig av hvilket tilleggsvilkår som benyttes. I rettspraksis er det lagt til grunn at kravet om en kvalitativ minstestandard utgjør et selvstendig vilkår i loven, som skal prøves, jf. Rt. 2001 s. 752.

2.5 Prosessuelle og personelle vilkår for etablering av tvang

Før tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan etableres, må pasienten være undersøkt av en lege som er uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1, jf. § 3-2 første ledd nr. 2 og § 3-3 første ledd nr. 2. Formålet med den forutgående legeundersøkelsen er "å bringe på det rene" om lovens vilkår for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

Dersom offentlig myndighet mener det er nødvendig med tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal det fremmes begjæring om det.

Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal fattes av den faglig ansvarlige, jf. § 3-2 annet ledd og § 3-3 annet ledd. Den faglig ansvarlige kan enten være psykiater eller psykologspesialist, jf. § 1-4 første ledd og psykisk helsevernforordningen § 5. Faglig ansvarlig for vedtak om tvangsmedisinering etter § 4-4 annet ledd bokstav a og vedtak om bruk av kortidsvirkende legemidler som tvangsmiddel etter § 4-8 annet ledd bokstav c må være psykiater, jf. forordningen § 5 fjerde ledd.

Pasienten og den nærmeste pårørende kan påklage vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen, jf. § 3-2 siste ledd § 3-3 siste ledd. Vedtaket kan påklages av pasienten i inntil tre måneder etter at vernet er opphørt, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 siste ledd siste setning og § 3-7 fjerde ledd annen setning.

2.6 Gjennomføring av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

2.6.1 Med eller uten døgnopphold i institusjon

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres med døgnopphold i godkjent institusjon eller uten døgnopphold under ansvar av godkjent institusjon, jf. § 3-5.

Tvungent døgnopphold innebærer at pasienten kan holdes tilbake i institusjon, og eventuelt hentes tilbake ved rømming, jf. lovens § 3-5 første ledd.

Gjennomføring av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan bare besluttes dersom dette vil være "et bedre alternativ for pasienten", jf. § 3-5 annet ledd første setning. Ved vurderingen skal det også tas særlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med, jf. § 3-5 annet ledd annen setning.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om fremmøte til undersøkelse eller behandling, jf. lovens § 3-5 tredje ledd annen setning. Dette vil vanligvis innebære pålegg om fremmøte til poliklinisk behandling ved distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon. For behandling uten samtykke må det fattes et særskilt vedtak etter § 4-4. Pasienten kan om nødvendig avhentes med tvang, jf. politiets bistandsplikt etter § 3-6 annet ledd.

Den faglig ansvarlige skal løpende vurdere om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon er den beste løsningen for pasienten, jf. forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold § 8. Dette skal vurderes i alle tilfeller hvor pasienten ikke møter til behandling. Dersom den faglig ansvarlige mener at døgnopphold i institusjon vil være et bedre alternativ, må det fattes vedtak om overføring etter psykisk helsevernloven § 4-10. Pasienten eller den nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen innen én uke, jf. § 4-10 annet ledd.

Overføringsvedtak kan også fattes for pasienter med døgnopphold. Dette kan innebære overføring til fortsatt tvungent vern uten døgnopphold, eller overføring til annen institusjon. Det er ikke påkrevet å fatte vedtak ved overføring til andre former for døgnopphold i samme institusjon, for eksempel fra akuttavdeling til langtidsavdeling, og fra åpen avdeling til lukket avdeling, jf. § 4-10 første ledd siste setning.

2.6.2 Gjennomføringstiltak

Psykisk helsevernloven kapittel 4 har bestemmelser om ulike tiltak som kan iverksettes under gjennomføringen av psykisk helsevern:

- husordensregler, § 4-2
- skjerming, § 4-3
- behandling uten eget samtykke, § 4-4
- forbindelse med omverdenen, § 4-5
- undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon, § 4-6
- beslag, § 4-7
- urinprøve, § 4-7 a
- tvangsmidler, § 4-8

Behandling uten eget samtykke (§ 4-4), innskrenkninger i forbindelse med omverdenen (§ 4-5 annet ledd) og urinprøvekontroll (§ 4-7 a) kan bare vedtas overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern. For øvrig kan tiltakene iverksettes både overfor frivillige innlagte og tvangsinnlagte pasienter med døgnopphold i institusjon.

Lovens tvangsfullmakter må i alle tilfeller forvaltes innenfor rammene av lovens formål. Ifølge § 1-1 er formålet "å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper". Videre er formålet "å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet".

I § 4-2 er det lovfestet en egen beskyttelsesregel som understreker at pasienten skal behandles med respekt for hans eller hennes fysiske og psykiske integritet. Bestemmelsen slår fast at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og at det bare kan benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Pasientens syn skal respekteres så langt det er mulig, jf. første ledd.

Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av eller omsorg for pasienten. Skjerming kan besluttes av den faglige ansvarlige dersom pasientens psykiske tilstand eller utagerende adferd gjør skjerming nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter, jf. psykisk helsevernloven § 4-3 første ledd.

Den faglig ansvarlige må fatte vedtak om skjerming dersom tiltaket opprettholdes utover 24 timer, jf. lovens § 4-3 annet ledd første setning. Det må imidlertid fattes vedtak etter 12 timer dersom skjermingen innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, jf. § 4-3 annet ledd annen setning.

Vedtaket kan i begge tilfeller bare fattes for inntil to uker om gangen, jf. § 4-3 annet ledd siste setning. Vedtaket skal protokolleres, jf. skjermingsforskriften § 9 første ledd.

Skjermingsvedtaket og vedtak om forlengelse kan påklages til kontrollkommissjonen av pasienten og den nærmeste pårørende, jf. § 4-3 fjerde ledd.

For pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, både med og uten døgnopphold i institusjon, kan det fattes vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4. Med "uten eget samtykke" omfattes både pasienter som mangler samtykkekompetanse, og de som direkte motsetter seg behandling, uavhengig av deres beslutningsevne. Bestemmelsen gjelder ikke for pasienter under tvungen observasjon.

Utgangspunktet er at pasienten uten eget samtykke bare kan undergis slik undersøkelse og behandling som ikke er et alvorlig inngrep. Slik behandling kan blant annet omfatte samtalerterapi, gruppetiltak og tilsvarende tiltak som tar sikte på å påvirke pasientens atferd, jf. tvangsbehandlingsforskriften § 7. Forbudet mot å gjennomføre undersøkelse og behandling som vil innebære et alvorlig inngrep for pasienten, fremgår av lovens § 4-4 annet ledd innledende setning. Til dette er det gjort unntak for behandling med legemidler, jf. § 4-4 annet ledd bokstav a, og for tvangsmessig ernæring ved alvorlige spiseforstyrrelser, jf. § 4-4 annet ledd bokstav b. Dette betyr at behandling med legemidler og tvangsmessig ernæring er å regne som alvorlige inngrep, men at slike inngrep likevel er tillatt på nærmere bestemte vilkår.

Pasienten og den nærmeste pårørende kan påklage vedtak om tvangsbehandling til fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 syvende ledd.

Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan pasienten etter begjæring fra den faglig ansvarlige gi samtykke til at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmissbruk i forbindelse med et behandlingsforløp, jf. psykisk helsevernloven § 4-7 a første ledd. Slik begjæring kan bare fremsettes dersom dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Begrunnelsen for begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om urinprøvekontroll uten eget samtykke, jf. § 4-7 a annet ledd.

Vedtaket kan påklages av pasienten eller av dennes nærmeste pårørende til kontrollkommisjonen.

Tillatte tvangsmidler fremgår av lovens § 4-8 annet ledd. Dette omfatter mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær, jf. bokstav a, kortvaring anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolering), jf. bokstav b, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, jf. bokstav c, og kortvarig fastholding, jf. bokstav d.

Tvangsmidlene kan benyttes overfor både frivillig innlagte og tvangsinnlagte pasienter. Det er imidlertid ikke adgang til å bruke mekaniske tvangsmidler eller isolering overfor pasienter under 16 år, jf. § 4-8 tredje ledd.

Vedtak om tvangsmidler treffes av den faglig ansvarlige, jf. § 4-8 fjerde ledd. Pasienten og nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 femte ledd siste setning.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd.

Isolering skal maksimalt anvendes i inntil to timer om gangen. Ved sammenhengende bruk av tvangsmidler ut over åtte timer skal det, så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette journalføres. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig. Bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og bruken skal straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha de forutsette virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

2.7 Tilsyn, kontroll og overprøving

Kontrollkommisjonene er det viktigste administrative kontrollorganet for pasienter i psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften regulerer kontrollkommisjonens virksomhet. Kontrollkommisjonen er først og fremst klageorgan for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven. Kommisjonene har også kontrolloppgaver som skal utføres på egen oppfordring, dvs. uavhengig av om det er fremsatt en klage eller ikke. Dette omfatter i første rekke kontroll og etterprøving av vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern samt velferdskontroll.

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det er gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 annet ledd.

Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd. Kommisjonen kan samtykke i forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen, regnet fra årsdagen for etableringen.

Kontrollkommisjonene skal sikre et forsvarlig tilsyn med pasientenes velferd og føre den kontroll som den finner nødvendig, jf. psykisk helsevernloven § 6-1 annet ledd.

Kontrollkommisjonen kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende eller personalet. Finner kommisjonen

forhold som den vil påpeke, skal dette tas opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Helsetilsynet i fylket.

Fylkesmannen er klageinstans på vedtak om tvungen legeundersøkelse, jf. psykisk helsevernloven § 3-1 tredje ledd annen setning, og vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4 syvende ledd.