

Høringsnotat

Forslag til ny samleforskrift om psykisk helsevern

Høringsfrist: 15. desember 2010

1	Innledning.....	4
2	Bakgrunn	4
3	Gjeldende rett	5
4	Departementets vurderinger og forslag	6
4.1	Samleforskrift – inndeling og oppbygning	6
4.2	Kapittel 1 Innledende bestemmelser	7
4.2.1	Gjeldende rett	7
4.2.2	Forslaget	7
4.3	Kapittel 2 Øyeblikkelig hjelp	7
4.3.1	Gjeldende rett	7
4.3.2	Forslaget	8
4.4	Kapittel 3 Den faglig ansvarlige for vedtak	8
4.4.1	Gjeldende rett	8
4.4.2	Forslaget	8
4.4.3	Kapittel 4 Godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern	9
4.4.4	Gjeldende rett	9
4.4.5	Forslaget	9
4.5	Kapittel 5 Etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern m.m.10	
4.5.1	Gjeldende rett	10
4.5.2	Forslaget	11
4.6	Kapittel 6 Gjennomføringstiltak	11
4.6.1	Gjeldende rett	11
4.6.2	Forslaget	13
4.7	Kapittel 7 Pasienter i privat forpleining.....	13
4.7.1	Gjeldende rett	13
4.7.2	Forslaget	14
4.8	Kapittel 8 Kontrollkommisjonens virksomhet.....	14
4.8.1	Gjeldende rett	14
4.8.2	Forslaget	15
4.9	Kapittel 9 Sluttbestemmelser	16
4.9.1	Overgangsbestemmelse	16
4.9.2	Ikrafttredelse.....	16
5	Administrative og økonomiske konsekvenser	16

6	Forslag til forskrift.....	17
6.1	Disposisjon.....	17
6.2	Utkast til forskrift.....	21

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag til ny samleforskrift for psykisk helsevern. Samleforskriften vil i all hovedsak videreføre gjeldende bestemmelser for det psykiske helsevernet som i dag fremgår av 11 ulike forskrifter. Hensikten med forslaget er å gi en bedre oversikt over regelverket. Samleforskriften gis med hjemmel i psykisk helsevernloven og spesialisthelsetjenesteloven.

En samling av 11 forskrifter til én forskrift medfører i første rekke endringsbehov av redaksjonell og teknisk art, såkalte konsekvensendringer, som i liten grad krever rettslige eller faglige vurderinger. Eksempler på slike endringer er språklige presiseringer, begrepsjusteringer og harmonisering av bestemmelser.

Departementet foreslår også tre innholdsmessige endringer av særlig betydning:

- Hensyn som kan begrunne midlertidig godkjenning etter § 6 første punktum i gjeldende forskrift 3. november 2000 nr. 1098 om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. "Særlige hensyn" endres til "dersom det er nødvendig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene", jf. utkast til samleforskrift § 12 første punktum. Se høringsnotatet side 9-10.
- Fristen for når institusjonen senest må sende begjæring om forlengelse av tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen endres fra tre til fire uker, jf. § 9 tredje ledd tredje punktum i gjeldende forskrift 15. desember 2006 nr. 1424 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv., jf. utkast til samleforskrift § 18 femte ledd annet punktum. Se høringsnotatet side 11.
- Ny plikt for den faglig ansvarlige til å gi skriftlig redegjørelse for kontrollkommisjonen i klagesaker etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og klage på overføringsvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4, jf. § 2-4 første ledd i gjeldende forskrift 21. desember 2000 nr. 1408, jf. utkast til samleforskrift § 70 første ledd nytt annet punktum. Se høringsnotatet side 15.

I redigeringsarbeidet har departementet lagt vekt på å fjerne unødvendig duplisering av regelverket, herunder gjengivelse av lovtekst i forskriften. Forskriften er ment å gi bestemmelser som skal utfylle hjemmelsloven. Departementet vil derfor understreke viktigheten av at samleforskriften leses i nær sammenheng med psykisk helsevernloven, og også andre sentrale lover slik som pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

På enkelte punkter er lovtekst likevel gjengitt i forskriften der dette anses nødvendig av pedagogiske hensyn og hensynet til en logisk og helhetlig fremstilling av forskriften.

Helsedirektoratet vil utarbeide et rundskriv med nærmere veiledning om hvordan det samlede regelverket for det psykiske helsevernet skal forstås etter ikrafttredelsen av den nye samleforskriften.

2 Bakgrunn

Forskriftene til det psykiske helsevernet regulerer et område som er av rettsikkerhetsmessig stor betydning da flere av reglene griper inn i enkeltmenneskers liv

og selvbestemmelsesrett. Det er derfor svært viktig at disse reglene er lett å finne frem til og å forstå. Forskriftene fremstår i dag som svært fragmentarisk bygget opp. Forskriftene dekker for så vidt materielt avgrensede områder, men er likevel tett knyttet sammen. En samleforskrift vil kunne avhjelpe behovet for større oversikt og gjøre regelverket lettere tilgjengelig. Brukere av regelverket er aktører i helsetjenesten, pasienter og pårørende, kontrollkommisjoner og tilsynsmyndigheter.

3 Gjeldende rett

Forskriftsreguleringen av det psykiske helsevernet fremgår i dag av 11 ulike forskrifter. Åtte av forskriftene er fastsatt med hjemmel i psykisk helsevernloven. Tre av forskriftene (forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet, forskrift om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet og forskrift om godtgjøring m.m. til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet) er fastsatt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven, selv om disse utelukkende omhandler psykisk helsevern. De 11 forskriftene er:

- Forskrift 12. januar 2000 nr 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet
- Forskrift 3. november 2000 nr 1098 om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern
- Forskrift 24. november 2000 nr 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke
- Forskrift 24. november 2000 nr 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet
- Forskrift 24. november 2000 nr 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
- Forskrift 21. desember 2000 nr 1409 om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet
- Forskrift 21. desember 2000 nr 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet
- Forskrift 21. desember 2000 nr 1407 om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet
- Forskrift 13. september 2004 nr 1260 om godtgjøring m.m. til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet
- Forskrift 15. desember 2006 nr 1423 om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet
- Forskrift 15. desember 2006 nr 1424 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv.

I tillegg er det fastsatt forskrift om individuell plan som også gjelder for det psykiske helsevernet, jf. psykisk helsevernloven § 4-1, i tillegg til kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten for øvrig, jf. forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Denne forskriften forblir en egen separat forskrift.

Flertallet av de 11 ovennevnte forskriftene regulerer etableringen og ulike sider av en behandlingssituasjon innenfor det psykiske helsevernet. To av forskriftene regulerer henholdsvis vedtakskompetanse og godkjenning av behandlingstilbud, og øvrige to forskrifter regulerer henholdsvis kontrollkommisjonens virksomhet og godtgjøring.

Ettersom gjeldende forskriftsbestemmelser i all hovedsak videreføres i forslaget til ny samleforskrift, gis det kun en kort omtale av gjeldende rett i tilknytning til den videre fremstilling av de ulike kapitlene som foreslås i den nye forskriften.

4 Departementets vurderinger og forslag

4.1 Samleforskrift – inndeling og oppbygning

Målsettingen med samleforskriften er å sørge for en bedre oversikt over regelverket. Det som i dag utgjør de ulike forskriftene om det psykiske helsevernet, er tatt inn som kapitler eller avsnitt i forslaget til ny samleforskrift. Avsnitt er markert med romertall. I hvert kapittel eller avsnitt er strukturen fra de enkelte forskriftene langt på vei beholdt.

Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern og forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon er foreslått inntatt som to avsnitt under samme kapittel.

Videre foreslås det et felles kapittel for gjennomføringstiltak, det som i dag utgjør forskrift om bruk av skjerming, forskrift om undersøkelse og behandling uten eget samtykke og forskrift om bruk av tvangsmidler. Dette kapitlet har først et avsnitt med enkelte fellesbestemmelser, og er deretter inndelt i avsnitt i samsvar med de tre tidligere forskriftene.

Forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet og forskrift om godtgjøring til kontrollkommisjonene er foreslått inntatt som ulike avsnitt under samme kapittel.

Forslaget til ny samleforskrift har følgende disposisjon:

Kapittel 1	Innledende bestemmelser
Kapittel 2	Øyeblikkelig hjelp
Kapittel 3	Den faglig ansvarlige for vedtak
Kapittel 4	Godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern
Kapittel 5	Etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern m.m.
I	Etablering av tvungent psykisk helsevern
II	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
Kapittel 6	Gjennomføringstiltak
I	Generelle bestemmelser
II	Skjerming
III	Undersøkelse og behandling uten eget samtykke
IV	Tvangsmidler
Kapittel 7	Pasienter i privat forpleining
Kapittel 8	Kontrollkommisjonens virksomhet
I	Generelle bestemmelser
II	Saksbehandlingsregler i klagesaker

III	Etterprøving av vedtak uten klage
IV	Kontroll med pasientens opphold ved institusjonen
V	Godtgjøring m.m.
Kapittel 9	Sluttbestemmelser

4.2 Kapittel 1 Innledende bestemmelser

4.2.1 Gjeldende rett

De fleste forskriftene for det psykiske helsevernet har en egen formålsbestemmelse og en bestemmelse om virkeområde. Formålet er, i likhet med formålet med psykisk helsevernloven, først og fremst å sikre et forsvarlig og verdig psykisk helsevern for pasientene i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er ytterligere konkretisert i hver forskrift i tilknytning til virkeområdet for forskriften.

4.2.2 Forslaget

En sammenslåing av 11 forskrifter til én forskrift innebærer at flere likelydende bestemmelser kan slås sammen til én bestemmelse.

I samleforskriften foreslås det en generell formålsbestemmelse som dekker alle områdene som forskriften regulerer. Det foreslås at formålet med forskriften skal være å sikre et forsvarlig psykisk helsevern som ivaretar menneskeverdet og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålsbestemmelsen har tilnærmet samme ordlyd og innhold som formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven § 1-1.

Det foreslås ingen generell bestemmelse om virkeområde for samleforskriften. Ettersom noen av områdene som forskriften regulerer er så vidt ulike, anses det mer hensiktsmessig at virkeområdet beskrives i tilknytning til det aktuelle kapittel eller avsnitt der det er behov for en slik bestemmelse.

Departementet foreslår videre en generell bestemmelse om veiledningsplikt for den som treffer vedtak etter psykisk helsevernloven. Veiledningsplikten gjelder overfor pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende og offentlig myndighet, og innebærer at det skal gis informasjon om rettigheter etter psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, forvaltningsloven og den nye samleforskriften. Bakgrunnen for forslaget er at det i eksisterende forskrifter finnes ulike bestemmelser om veiledningsplikt og plikt til å informere om klagerett mv. For å tydeliggjøre og fremheve veiledningsplikten, foreslår departementet å samle dette i en egen bestemmelse i samleforskriftens innledningskapittel. Innholdet i plikten suppleres av bestemmelsene i de enkelte kapitler eller avsnitt.

4.3 Kapittel 2 Øyeblikkelig hjelp

4.3.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd regulerer spesialisthelsetjenestens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. Plikten er nærmere utdypet i forskrift 21. desember 2000 nr. 1409 om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet gjelder ved institusjoner eller avdelinger som er særlig utpekt av det regionale helseforetaket til å ivareta denne oppgaven. En avdeling i forskriftens betydning kan være en døgn- eller dagavdeling eller en poliklinikk. Bestemmelsene gjelder både pasienter som mottas til frivillig og tvungent psykisk helsevern.

Forskriften vil også være veiledende for de institusjoner eller avdelinger som faller utenfor forskriftens direkte virkeområde, men som likevel yter øyeblikkelig hjelp. Selv om institusjonen eller avdelingen ikke er særskilt utpekt til denne oppgaven, vil helsepersonellet likevel ha plikt til å yte øyeblikkelig hjelp overfor pasienter som er innlagt eller møter opp, jf. helsepersonelloven § 7.

4.3.2 Forslaget

Forslaget til kapittel 2 i ny samleforskrift er i hovedsak en videreføring av gjeldende forskrift 21. desember 2000 nr. 1409 om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet, og har beholdt strukturen fra denne forskriften.

4.4 Kapittel 3 Den faglig ansvarlige for vedtak

4.4.1 Gjeldende rett

Psykisk helsevernloven § 1-4 første ledd regulerer hvem som kan være faglig ansvarlig for å treffe vedtak etter psykisk helsevernloven. Bestemmelsen er nærmere utdypet i forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet. Vedtakskompetanse er etter dette tillagt lege som er spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, eller klinisk psykolog med fordypningsområde i klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi. Psykologen må dokumentere minst to års relevant praksis fra aktuell institusjon eller avdeling som er godkjent for å ha ansvar for tvungent psykisk helsevern, jf. § 3. Faglig ansvar for vedtak om behandling med legemidler etter psykisk helsevernloven § 4-4 annet ledd bokstav a og § 4-8 annet ledd bokstav c kan bare innehas av lege.

Den faglig ansvarlige plikter å ha tilfredsstillende kunnskaper i helselovgivningen med særlig vekt på psykisk helsevernloven, jf. forskriften § 2.

Institusjonen plikter å sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell, og utpeker én eller flere faglig ansvarlige, jf. § 4.

Helsedirektoratet kan dispensere fra forskriften når særlige hensyn taler for det, jf. § 5. Myndighet til å gi slik dispensasjon er i dag delegert til fylkesmannen. Vedtak kan påklages etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 28.

4.4.2 Forslaget

Forslaget til kapittel 3 i ny samleforskrift er i hovedsak en videreføring av gjeldende forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet, og har beholdt strukturen fra denne forskriften.

Departementet foreslår imidlertid å oppheve § 3 i gjeldende forskrift om den faglig ansvarliges plikt til å ha tilfredsstillende kunnskaper i helselovgivningen. Dette begrunnes med at bestemmelsen anses som overflødig. Det vises til helsepersonelloven § 4 om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Dette omfatter også at helsepersonell skal være faglig oppdatert på helselovgivningen som berører deres arbeidsfelt.

4.4.3 Kapittel 4 Godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern

4.4.4 Gjeldende rett

Psykisk helsevernloven § 3-5 stiller krav om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være ansvarlige for tvungent psykisk helsevern. Formålet er å sikre at det tvungne vernet etableres ved institusjoner som er faglig og materielt i stand til å gi pasienten et tilfredsstillende behandlings- og omsorgstilbud. Det vises til det generelle kravet til forsvarlighet for virksomheter som yter helsehjelp i helsepersonelloven § 16. Vilkårene for godkjenning er nærmere presisert i forskrift 3. november 2000 nr. 1098 om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. Forskriften gjelder tilsvarende for avdelinger ved institusjoner hvor det er aktuelt med egen godkjenning av slike avdelinger, jf. § 2 annet ledd.

I forskriften stilles det krav om kompetent og tilstrekkelig behandlings- og pleiepersonell, herunder legespesialist i voksenpsykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri og psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi, jf. § 5, jf. tilsvarende i ovennevnte forskrift om den faglig ansvarlige § 3. Videre stilles det krav til institusjonens eller avdelingens fysiske innretning og utstyrmessige utrustning, jf. § 4. Institusjoner eller avdelinger som har ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, er forpliktet til å ha en døgnkontinuerlig vaktordning, jf. § 5 tredje ledd.

Godkjente institusjoner eller avdelinger med ansvar for tvungent psykisk helsevern vil for eksempel kunne være sykehus for psykisk helsevern, avdelinger for psykisk helsevern i somatiske sykehus, poliklinikker og distriktpsikiatriske sentre. Behandlingsansvaret må ligge hos den godkjente institusjon eller avdeling.

Godkjenningsmyndighet er Helsedirektoratet, jf. § 7. Hvor særlige hensyn tilsier det, kan direktoratet gi midlertidig godkjenning til institusjoner som ikke oppfyller kravene etter forskriften, jf. § 6. Slik godkjenning kan gis for inntil ett år. Vedtak kan påklages til departementet, jf. § 8.

4.4.5 Forslaget

Forslaget til kapittel 4 i ny samlelovgivning er i hovedsak en videreføring av gjeldende forskrift 3. november 2000 nr. 1098 om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern, og har beholdt strukturen fra denne forskriften.

Departementet foreslår imidlertid å presisere hvilket hensyn som kan begrunne midlertidig godkjenning av institusjoner med ansvar for tvungent psykisk helsevern, men som ikke oppfyller de nærmere angitte vilkårene i forskriften. Etter gjeldende bestemmelse kan

Helsedirektoratet gi midlertidig godkjenning når ”særlige hensyn” tilsier det. Etter departementets vurdering er det uheldig at det i forskriften ikke er gitt føringer for når slik midlertidig godkjenning kan gis. Erfaringen er at det i dag er et relativt omfattende behov for å gi midlertidige godkjenninger. I all hovedsak er det kravet til bemanning som ikke er oppfylt. Av hensynet til behovet for økt rettssikkerhet samt kravet til forsvarlighet, foreslår departementet at midlertidig godkjenning kun skal kunne gis når dette anses nødvendig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene, se utkast til samleforskrift § 12 første punktum. På denne måten blir det tydeliggjort at for eksempel økonomiske hensyn eller vanskeligheter med å få besatt aktuelle stillinger, i seg selv ikke er tilstrekkelige hensyn. Forslaget innebærer således en innsnevring av muligheten til å dispensere fra forskriften.

4.5 Kapittel 5 Etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern m.m.

4.5.1 Gjeldende rett

Psykisk helsevernloven kapittel 3 gir bestemmelser om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. I forskrift 15. desember 2006 nr. 1424 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv. er det gitt utfyllende bestemmelser. Forskriften regulerer hvordan etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern skal gjennomføres, herunder om forutgående legeundersøkelse for å bringe på det rene om en person trenger tvungent psykisk helsevern, offentlig myndighets begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kontrollundersøkelser av den faglige forsvarlige, vedtak om overføring uten samtykke og opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

I henhold til psykisk helsevernloven § 3-5, kan gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern skje med eller uten døgnopphold i institusjon, alt ettersom hva som vil være det beste for pasienten. I forskrift 24. november 2000 nr. 1174 er det gitt nærmere bestemmelser om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan etableres hvor dette vil være et bedre alternativ for pasienten enn innleggelse i institusjon. Det skal foretas en helhetsvurdering av de ulike hensyn som fremgår av forskriften § 3. Slikt vern kan bare etableres dersom pasienten bor i egen bolig eller har opphold i annen institusjon, og kan bare omfatte pålegg om fremmøte til dagbehandling eller poliklinisk behandling.

Dersom pasienten ikke møter til behandling, kan vedkommende om nødvendig avhentes. Avhenting skal skje på mest mulig skånsom måte for pasienten, og kan eventuelt skje med bistand fra kommunehelsetjenesten eller kommunens sosialtjeneste. I særlige tilfeller kan bistand fra politiet benyttes, jf. § 7. Dette gjelder i de tilfeller hvor det er nødvendig at avhenting gjennomføres med tvang, jf. psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd siste punktum.

4.5.2 Forslaget

Forslaget til kapittel 5 i ny samleforskrift er i hovedsak en videreføring av gjeldende forskrift 15. desember 2006 nr. 1424 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv. og forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, og har i det vesentlige beholdt strukturen fra disse forskriftene.

Departementet foreslår imidlertid at § 2 første ledd i forskriften om etablering av tvungent psykisk helsevern, oppheves. Bestemmelsen fastsetter at forutgående legeundersøkelse i henhold til psykisk helsevernloven § 3-1 kan foretas av lege eller turnuslege med rett til å utøve legevirkosomhet i Norge. Etter departementets vurdering er denne bestemmelsen overflødig, da det følger av legens lisens hvilke oppgaver vedkommende kan utføre.

Videre foreslås det å oppheve § 6, § 7 første og annet ledd og § 9 første ledd i samme forskrift da disse bestemmelsene i stor grad er en gjengivelse av lovtekst. § 6 første ledd angir nærmere regler om tvungen observasjon, og er stort sett gjengitt og forutsatt i psykisk helsevernloven § 3-2, jf. § 3-7 første ledd. § 6 annet ledd fremgår av ordinære journalbestemmelser. § 7 første og annet ledd om kontrollundersøkelser av den faglig ansvarlige fremgår av psykisk helsevernloven § 3-7 første ledd, jf. § 3-3 første ledd og § 4-9. § 9 første ledd er en oppramsing av psykisk helsevernlovens bestemmelser om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Departementet vil understreke viktigheten av at samleforskriften leses i nær sammenheng med psykisk helsevernloven, og også andre sentrale lover slik som pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Helsedirektoratet vil utarbeide et rundskriv med nærmere veiledning om hvordan det samlede regelverket for det psykiske helsevernet skal forstås.

Fristen for når institusjonen senest må sende begjæring til kontrollkommisjonen om samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern utover ett år, jf. forskriften om etablering av tvungent psykisk helsevern § 9 tredje ledd siste setning, foreslås utvidet fra tre til fire uker, se utkast til samleforskrift § 18 femte ledd siste setning. Forslaget er begrunnet i behovet for økt saksbehandlingstid for kontrollkommisjonene. Forslaget innebærer at institusjonene må være tidligere ute med å sende slik begjæring til kontrollkommisjonene. Dette anses å være en fordel for pasientene, og det er vanskelig å se at endringen vil medføre noen nevneverdig ulempe for institusjonene.

I bestemmelsen om avhenting i forskriften om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold § 7, foreslår departementet å presisere at der det er behov for bruk av fysisk makt i forbindelse med avhenting, skal bistand fra politiet benyttes, se utkast til samleforskrift § 26 første ledd siste setning. Dette er i samsvar med gjeldende retningslinjer. Av rettsikkerhetsmessige hensyn, ønsker departementet å innta presiseringen i forskriften.

4.6 Kapittel 6 Gjennomføringstiltak

4.6.1 Gjeldende rett

I psykisk helsevernloven kapittel 4 er det gitt bestemmelser om gjennomføring av psykisk helsevern. Dette omfatter blant annet bestemmelser om skjerming, behandling uten eget samtykke, forbindelse med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler, beslag, urinprøve og bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold.

Som det fremgår, kan gjennomføringen av det psykiske helsevernet omfatte bruk av tvang. Tvangsbruk er svært inngripende i enkeltmenneskers integritet og selvbestemmelsesrett, og skal derfor innskrenkes til det strengt nødvendige i samsvar med menneskerettighetene, herunder Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK), grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper og forsvarlighetskrav, jf. psykisk helsevernloven § 1-1 og § 4-2. Det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak, jf. § 4-2, jf. også pasientrettighetsloven § 3-1 om pasientens rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket, jf. loven § 4-2.

Psykisk helsevernlovens bestemmelser om skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler er supplert av henholdsvis forskrift 15. desember 2006 nr. 1423 om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet, forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke og forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold i det psykiske helsevernet.

Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Hovedvilkåret for skjermingstiltak er at pasienten har en psykisk tilstand eller utagerende atferd som gjør skjerming nødvendig, jf. psykisk helsevernloven § 4-3 og gjeldende forskrift § 5. Skjerming skal således være begrunnet i behandlingsmessige hensyn eller i hensynet til andre pasienter. Behandlingsmessige hensyn vil blant annet kunne foreligge dersom det er nødvendig å begrense pasientens sanseinntrykk, pasienten er kataton, eller i situasjoner hvor pasienten utviser tiltagende uro eller angst og tiltaket vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Hensynet til andre pasienter kan danne grunnlag for skjerming når pasientens oppførsel er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre pasienter. Det kreves ikke at pasienten utgjør en fare for andre pasienter.

Skjermingstiltak kan gjennomføres både med hensyn til frivillig innlagte pasienter og pasienter under tvungent psykisk helsevern. Det skal i alle tilfeller fattes vedtak om skjerming dersom skjerming opprettholdes utover 24 timer, jf. psykisk helsevernloven § 4-3 annet ledd og gjeldende forskrift § 6. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende og dette innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. Vedtaket fattes av den faglig ansvarlige, og kan påklages til kontrollkommisjonen.

Undersøkelse og behandling som pasienten ikke har samtykket til, kan bare vedtas, igangsettes og gjennomføres dersom tiltaket med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 fjerde ledd siste setning og gjeldende forskrift § 4. Før vedtak kan treffes, må det være forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, med mindre det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Det skal alltid vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Vedtak om behandling uten eget samtykke kan først treffes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 fjerde ledd første punktum og gjeldende forskrift § 5.

Pasienten kan bare undergis slik undersøkelse og behandling uten eget samtykke som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis og som ikke innebærer et alvorlig inngrep, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 første og annet ledd. Det er likevel gjort unntak for behandling med legemidler og behandling med ernæringstilførsel, jf. loven § 4-4 annet ledd bokstav a og b, selv om disse behandlingstiltakene er å anse som et alvorlig inngrep. Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke fattes av den faglig forsvarlige, og kan påklages til fylkesmannen.

Tvangsmidler er ekstraordinære tiltak og kan bare brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting, og når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 og gjeldende forskrift § 5. Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandlingsøyemed.

Som tvangsmidler regnes mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belte, sengebelte, håndrem, fotrem, spesialtrøye samt skadeforebyggende spesialklær, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personell til stede (isolering), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, samt kortvarig fastholding, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd og gjeldende forskrift § 3. Vedtak om bruk av tvangsmidler fattes av den faglig forsvarlige, og kan påklages til kontrollkommisjonen.

4.6.2 Forslaget

Forslaget til kapittel 6 i ny samleforskrift er i hovedsak en videreføring av gjeldende forskrift 15. desember 2006 nr. 1423 om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet, forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke og forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold i det psykiske helsevernet.

Departementet foreslår at forskriftene inngår som avsnitt under samme kapittel om gjennomføringstiltak på bakgrunn av forskriftenes tematiske innhold. Med gjennomføringstiltak menes tiltak som iverksettes etter kapitlet for gjennomføring av psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven kapittel 4, jf. forslag til definisjonsbestemmelse i utkastet til samleforskrift § 27.

Strukturen fra forskriftene er langt på vei beholdt. Departementet foreslår imidlertid at felles bestemmelser om pasientens rett til medvirkning, vedtak, klage, klagebehandling og registrering av vedtak samles i et eget avsnitt innledningsvis i kapitlet. Formålet er å harmonisere regelverket slik at saksbehandling i størst mulig grad blir lik, uavhengig av hvilket gjennomføringstiltak som iverksettes.

4.7 Kapittel 7 Pasienter i privat forpleining

4.7.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven § 8-3 regulerer de regionale helseforetakenes plikt til å opprettholde ordningen med privat forpleining. Dette betyr at forpleiningskontrakter som

ble inngått mellom fylkeskommunen og private forpleiere med hjemmel i lov om psykisk helsevern 28. april 1961 nr. 2, fortsatt skal gjelde, men slik at ansvaret for kontraktene er overtatt av de regionale helseforetakene. Gjennomføringen av ordningen er nærmere regulert i forskrift 21. desember 2000 nr. 1407 om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet. Forskriften gjelder for pasienter i privat forpleining i henhold til kontrakter inngått før 1. januar 2001. Forpleiningskontrakter inngått etter dette tidspunktet reguleres ikke av forskriften. Slike kontrakter må gjennomføres etter de alminnelige bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

Forskriften er ment å sikre at de pasienter som befant seg i privat forpleining ved tidspunktet for spesialisthelsetjenestelovens ikrafttredelse 1. januar 2001, og som ønsket å forbli under slik forpleining, gis forsvarlig behandling, omsorg og pleie. Forskriften oppstiller derfor enkelte minimumskrav til forpleiningen, herunder undersøkelse og behandling i samsvar med pasientens behov, enerom av tilfredsstillende størrelse med tilgang til stue, kjøkken, bad og toalett, og et tilrettelagt aktivitetstilbud, jf. § 3. Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler eller andre restriktive tiltak, jf. § 7 første ledd.

Forpleierens plikter er nærmere beskrevet i §§ 5, 6 og 7 annet ledd. I tillegg skal pasienten være under faglig oppfølging av den ansvarlige institusjon eller den lege som har ansvaret for pasienten, for å påse at forpleiningsstedet oppfyller kravet til forsvarlig tjeneste, jf. § 8. Kontrollkommisjonen fører kontroll med pasienter i privat forpleining, jf. § 9.

4.7.2 Forslaget

Forslaget til kapittel 7 i ny samleforskrift er i hovedsak en videreføring av gjeldende forskrift 21. desember 2000 nr. 1407 om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet, og har beholdt strukturen fra denne forskriften.

4.8 Kapittel 8 Kontrollkommisjonens virksomhet

4.8.1 Gjeldende rett

Psykisk helsevernloven kapittel 6 regulerer kontrollkommisjonens virksomhet. I tillegg er det gitt utfyllende bestemmelser i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet. Bestemmelser om godtgjøring m.m. til kontrollkommisjonene fremgår av forskrift 13. september 2004 nr. 1260.

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 faglige ansvarlige og eventuelt Helsetilsynet i fylket. Kontrollkommisjonen er også klageorgan for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven.

Kontrollkommisjonen er uavhengig i sin virksomhet, jf. psykisk helsevernloven § 6-3, og skal prøve alle sider av saken, både saksbehandlingen, rettsanvendelsen og den forvaltningsmessige skjønnsutøvelsen, jf. loven § 6-4 femte ledd. Kommisjonen skal ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer, og ellers bestå av en lege

og to andre medlemmer, jf. loven § 6-2. Av de to sistnevnte skal det oppnevnes en person som representerer brukersiden. Reglene om inhabilitet i domstolloven kapittel 6 gjelder tilsvarende for kontrollkomisjonens medlemmer, jf. psykisk helsevernloven § 6-4 syvende ledd tredje punktum.

Særlige saksbehandlingsregler ved kontrollkomisjonens overprøving av vedtak om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern fremgår av loven § 6-4. I tillegg er det som nevnt gitt ytterligere bestemmelser om kontrollkomisjonens virksomhet i forskrift, herunder regler om kontrollkomisjonens møter, plikt til å føre protokoll over virksomheten, rapporteringsplikt til Helsedirektoratet og fylkesmannen, saksbehandlingsregler for alle klagesaker, regler for etterprøving av vedtak utenom klagesaker og regler om kommisjonens kontroll med pasientens opphold ved institusjonen.

4.8.2 Forslaget

Forslaget til kapittel 8 i ny samleforskrift er i hovedsak en videreføring av gjeldende forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkomisjonens virksomhet og forskrift 13. september 2004 nr. 1260 om godtgjøring m.m. til kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet. Strukturen fra forskriftene er beholdt ved at kapitlet er inndelt i avsnitt.

Det foreslås imidlertid å oppheve § 1-4 i forskriften om kontrollkomisjonens virksomhet, da denne bestemmelsen er en gjengivelse av lovtekst. Bestemmelsen fastsetter at reglene om inhabilitet i domstolloven kapittel 6 gjelder tilsvarende for kontrollkomisjonens medlemmer. Slik bestemmelse fremgår av psykisk helsevernloven § 6-4 syvende ledd tredje punktum.

Videre foreslår departementet å fastsette en plikt for den faglig ansvarlige til å gi en skriftlig redegjørelse for kontrollkomisjonen i alle klagesaker etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og ved klage på overføringsvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4, se utkast til samleforskrift § 70 første ledd annet punktum. I gjeldende forskrift om kontrollkomisjonens virksomhet § 2-4 første ledd, har kontrollkomisjonen adgang til å be om en slik redegjørelse. I sine tilbakemeldinger til Helsedirektoratet, har kontrollkomisjonene imidlertid uttrykt at en slik pliktbestemmelse er et nødvendig tiltak overfor faglige ansvarlige som eventuelt ikke belyser saken godt nok. Det vises også til *Evaluering av kontrollkomisjonene i psykisk helsevern* IS-1338 side 40, hvor det blant annet fremgår at kontrollkomisjonenes ”viktigste aktiviteter for å opplyse saken er å lese redegjørelse fra den faglig ansvarlige, gjennomgå pasientjournalen, og kontakte pasientens advokat samt den faglig ansvarlige for vedtak”. Forslaget vil kunne medføre noe merarbeid for den faglig ansvarlige. Etter departementets vurdering bør imidlertid hensynet til en forsvarlig saksopplysning veie tyngst.

Ved kontrollkomisjonens behandling av klagesaker, følger det av psykisk helsevernloven § 6-4 syvende ledd første punktum at vedtak skal treffes av fulltallig kommisjon. Departementet foreslår å presisere et tilsvarende krav ved kontrollkomisjonens prøving av vedtak uten klage etter tre måneder og ved kontrollkomisjonens behandling av begjæring om samtykke til at tvungent psykisk helsevern skal ha varighet utover ett år, se utkast til samleforskrift §§ 76 og 77. I disse tilfellene skal kommisjonen blant annet vurdere om vilkårene for tvungent psykisk

helsevern er til stede. Av rettssikkerhetsmessige hensyn bør det sikres at også disse vedtakene treffes av fulltallig kommisjon. Departementet er kjent med at fulltallighet allerede er vanlig praksis i flere kommisjoner.

4.9 Kapittel 9 Sluttbestemmelser

4.9.1 Overgangsbestemmelse

Endringen i vilkåret for midlertidig godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern, se utkast til samleforskrift § 12, nødvendiggjør en overgangsbestemmelse for søknader som mottas før samleforskriftens ikrafttredelse. Det foreslås at endringen skal gjøres gjeldende for nye søknader, og at midlertidige godkjenninger som er gitt før forskriftens ikrafttredelse, gjelder ut den tidsfristen som er fastsatt i godkjenningen, se utkast til samleforskrift § 88.

4.9.2 Ikrafttredelse

Departementet tar sikte på at den nye samleforskriften vil tre i kraft i begynnelsen av 2011.

5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Forslaget til ny samleforskrift for psykisk helsevern vil i all hovedsak videreføre gjeldende bestemmelser for det psykiske helsevernet som i dag fremgår av 11 ulike forskrifter. Hensikten med forslaget er å gi en bedre oversikt over regelverket. Brukere av regelverket er aktører i helsetjenesten, pasienter og pårørende, kontrollkommisjoner og tilsynsmyndigheter.

Etter departementets vurdering vil samleforskriften ikke ha nevneverdige administrative eller økonomiske konsekvenser for helsetjenesten eller forvaltningen for øvrig.

6 Forslag til forskrift

6.1 Disposisjon

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.

Kapittel 1 Innledende bestemmelser

- § 1 Formål
- § 2 Veiledningsplikt

Kapittel 2 Øyeblikkelig hjelp

- § 3 Virkeområde
- § 4 Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp
- § 5 Ansvar for behandling

Kapittel 3 Den faglig ansvarlige for vedtak

- § 6 Den faglig ansvarlige for vedtak
- § 7 Forsvarlig organisering av vedtakskompetanse

Kapittel 4 Godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern

- § 8 Virkeområde
- § 9 Formelle krav
- § 10 Materielle krav
- § 11 Krav til bemanning
- § 12 Midlertidig godkjenning
- § 13 Godkjenningsmyndighet
- § 14 Klage

Kapittel 5 Etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern m.m.

I Etablering av tvungent psykisk helsevern

- § 15 Legeundersøkelse i henhold til psykisk helsevernloven § 3-1
- § 16 Vedtak om tvungen legeundersøkelse, klage og delegasjon
- § 17 Begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern
- § 18 Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk, underretning, klage og opphør

- § 19 Kontrollundersøkelser
- § 20 Vedtak om overføringer, jf. psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4

II Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

- § 21 Hva tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan omfatte
- § 22 Vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
- § 23 Kontaktperson
- § 24 Samarbeid med helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen
- § 25 Samarbeid med pasientens pårørende
- § 26 Avhenting

Kapittel 6 Gjennomføringstiltak

I Generelle bestemmelser

- § 27 Definisjon
- § 28 Pasientens rett til medvirkning
- § 29 Vedtak om gjennomføringstiltak
- § 30 Klage
- § 31 Klagebehandling
- § 32 Registrering av vedtak om skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler

II Skjerming

- § 33 Virkeområde
- § 34 Definisjon
- § 35 Skjermingens innhold
- § 36 Vilkår for skjerming, jf. psykisk helsevernloven § 4-3
- § 37 Vedtak om skjerming
- § 38 Gjennomføring av skjerming

III Undersøkelse og behandling uten eget samtykke

- § 39 Virkeområde
- § 40 Vilkår for undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4
- § 41 Nærmere om undersøkelsen
- § 42 Vedtak om behandling uten eget samtykke
- § 43 Gjennomføring av behandlingstiltak
- § 44 Gjennomføring av behandling med legemidler
- § 45 Gjennomføring av behandling med ernæringstilførsel uten eget samtykke

IV Tvangsmidler

- § 46 Virkeområde
- § 47 Definisjon

- § 48 Vilkår for bruk av tvangsmidler, jf. psykisk helsevernloven § 4-8
- § 49 Vedtak om bruk av tvangsmidler
- § 50 Gjennomføring av bruk av tvangsmidler

Kapittel 7 Pasienter i privat forpleining

- § 51 Virkeområde
- § 52 Krav til privat forpleining
- § 53 Forpleiningskontrakt
- § 54 Forpleierens plikter
- § 55 Taushetsplikt
- § 56 Forbud mot restriktive tiltak
- § 57 Faglig oppfølging
- § 58 Kontrollkommisjonen
- § 59 Innberetninger

Kapittel 8 Kontrollkommisjonens virksomhet

I Generelle bestemmelser

- § 60 Virkeområde
- § 61 Kontrollkommisjonens ansvarsområde
- § 62 Taushetsplikt
- § 63 Møter
- § 64 Protokoll
- § 65 Rapportering
- § 66 Kontrollkommisjonens tilgang på opplysninger
- § 67 Meddelelser til pasienten

II Saksbehandlingsregler i klagesaker

- § 68 Virkeområde
- § 69 Klagefrister
- § 70 Redegjørelse fra den faglig ansvarlige for vedtak
- § 71 Informasjon til pasienten
- § 72 Sakens opplysning
- § 73 Kontrollkommisjonens vedtak
- § 74 Pasientens rett til å være til stede

III Etterprøving av vedtak uten klage

- § 75 Dokumentkontroll
- § 76 Etterprøving etter tre måneder
- § 77 Samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern
- § 78 Frivillig psykisk helsevern for barn som er fylt 12 år
- § 79 Begjæring om samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern

IV Kontroll med pasientens opphold ved institusjonen

- § 80 Besøk
- § 81 Om kontrollen

V Godtgjøring m.m.

- § 82 Omfang
- § 83 Satser
- § 84 Beregning av timeantall
- § 85 Tapt arbeidsfortjeneste
- § 86 Reisegodtgjøring
- § 87 Regnskapsrapport og årsregnskap

Kapittel 9 Sluttbestemmelser

- § 88 Overgangsbestemmelse
- § 89 Ikrafttredelse

6.2 Utkast til forskrift

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.

Fastsatt ved kgl.res. med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §§ 1-3, 1-4, 3-1, 3-5, 3-6, 3-10, 4-3, 4-4, 4-8, 4-9, 5-9 og 6-5 og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. §§ 3-1, 5-4 og 8-3. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Kapittel 1 Innledende bestemmelser

§ 1 *Formål*

Formålet med forskriften er å sikre et forsvarlig psykisk helsevern med utgangspunkt i pasientens behov og respekt for menneskeverdet. Forskriften skal sikre at etablering, gjennomføring og opphør av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte i samsvar med grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper.

§ 2 *Veiledningsplikt*

Den som treffer vedtak etter psykisk helsevernloven plikter å sørge for at pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende får nødvendig informasjon om sine rettigheter, herunder rettigheter etter psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, forvaltningsloven og denne forskriften. Veiledningsplikten gjelder tilsvarende overfor offentlige myndigheter der disse har rettigheter etter psykisk helsevernloven.

Kapittel 2 Øyeblikkelig hjelp

§ 3 *Virkeområde*

Kapitlet gjelder ved mottak til undersøkelse og/eller behandling av pasienter i helseinstitusjon eller avdeling som i medhold av spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd har plikt til å motta pasient som trenger øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. Kapitlet gjelder også ved mottak til øyeblikkelig hjelp uten pasientens samtykke, jf. psykisk helsevernloven kapittel 3.

§ 4 *Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp*

Pasient som henvises til institusjon eller avdeling som nevnt i § 8, skal uten opphold mottas for nærmere undersøkelse dersom henvisende instans oppfatter pasientens tilstand som livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre.

Unntaksvis kan pasienten selv, eventuelt med bistand fra pårørende, offentlig myndighet eller andre, henvende seg direkte til institusjonen uten forutgående henvisning.

Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter i hovedsak

- a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse,
- b) psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre,

- c) deliriøse tilstander hvor avrusing ikke er en hovedsak,
- d) psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

§ 5 *Ansvar for behandling*

Dersom pasienten vurderes å være i en tilstand som krever øyeblikkelig hjelp, jf. § 4, har helseinstitusjonen eller avdelingen ansvaret for behandling av pasienten. Behandlingen kan også skje ved overføring til annen helseinstitusjon eller annen avdeling.

Dersom pasienten vurderes slik at han eller hun ikke behøver øyeblikkelig hjelp, jf. § 4, vurderes henvisningen på linje med andre søknader om behandling.

Kapittel 3 Den faglig ansvarlige for vedtak

§ 6 *Den faglig ansvarlige for vedtak*

Lege som skal være faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven § 1-4 skal være spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Psykolog som skal være faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven § 1-4 skal være spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde i klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi. Psykologen må dokumentere minst to års relevant praksis fra aktuell institusjon eller avdeling som er godkjent for å ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. Nedre grense for godkjenning av et arbeidsforhold er seks måneder.

Faglig ansvar for vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 annet ledd bokstav a og § 4-8 annet ledd bokstav c om behandling med legemidler kan ikke innehas av psykolog som nevnt i annet ledd.

Når særlige hensyn tilsier det, kan Helsedirektoratet dispensere fra denne paragrafen. Direktoratet kan delegere sin myndighet til fylkesmannen.

§ 7 *Forsvarlig organisering av vedtakskompetanse*

Den enkelte institusjon skal sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell, og utpeker en eller flere faglig ansvarlige.

Kapittel 4 Godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern

§ 8 *Virkeområde*

Kapitlet gjelder vilkårene for godkjenning av institusjoner som skal være ansvarlig for eller kunne anvende tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold.

Med institusjoner i denne forskriften forstås også avdelinger ved institusjoner i de tilfeller det vil være aktuelt med egen godkjenning av slike avdelinger.

§ 9 *Formelle krav*

Det er et vilkår for godkjenning etter denne forskriften at institusjonen mottar driftstilskudd fra et regionalt helseforetak, eller har inngått avtale om salg av tjenester til et regionalt helseforetak.

§ 10 *Materielle krav*

Institusjonen må være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig behandling kan ivaretas.

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

- a) så langt det er mulig gi tilbud om enerom,
- b) ha tilstrekkelige og oversiktelige fellesarealer,
- c) ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål,
- d) ha tilgang på egnede utearealer som bør være i umiddelbar nærhet til institusjonen,
- e) være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at bruk av tvang i størst mulig grad kan unngås. Dersom tvang likevel må benyttes, skal institusjonen sørge for at den er materielt utrustet på en slik måte at anvendelse av tvang er forsvarlig,
- f) sørge for at rom som tenkes brukt til isolasjon skal være egnet til formålet,
- g) ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter.

§ 11 *Krav til bemanning*

Institusjonen skal ha tilsatt personell med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen til at institusjonen til enhver tid kan tilby diagnostisk kompetanse og de mest sentrale anerkjente behandlingsformer for den aktuelle pasientgruppen. Dette skal omfatte

- a) lege som er spesialist i psykiatri. I psykisk helsevern for barn og ungdom skal dette være spesialist i barne- og ungdomspsykiatri,
- b) psykolog som er spesialist i klinisk psykologi. I psykisk helsevern for barn og ungdom skal dette være spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde i klinisk barn- og ungdomspsykologi,
- c) kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk- eller sykepleiefaglig kompetanse til at medisinsk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av en viss varighet, må i tillegg til ovennevnte profesjonsgrupper ha tilgang på

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

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold må ha en døgnkontinuerlig vaktordning slik at

- a) lege alltid kan tilkalles,
- b) lege med spesialistutdanning som nevnt i første ledd bokstav a alltid er tilgjengelig, og
- c) kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk- eller sykepleiefaglig kompetanse alltid er til stede.

Institusjoner som har ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold må sørge for at det er nok personell og faglig kompetanse til i størst mulig grad å kunne forhindre bruk av tvang. Dersom tvang likevel må benyttes, skal institusjonen ha tilstrekkelig personell til at anvendelse av tvang blir forsvarlig.

§ 12 *Midlertidig godkjenning*

Dersom det er nødvendig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene, kan institusjoner som ikke innfrir kravene etter dette kapitlet gis midlertidig godkjenning. Slik godkjenning kan gis for inntil ett år.

§ 13 *Godkjenningsmyndighet*

Helsedirektoratet godkjenner institusjoner etter dette kapitlet.

§ 14 *Klage*

Vedtak som treffes i medhold av dette kapitlet kan påklages til departementet.

Kapittel 5 Etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern m.m.

I Etablering av tvungent psykisk helsevern

§ 15 *Legeundersøkelse i henhold til psykisk helsevernloven § 3-1*

Lege som foretar undersøkelse i henhold til psykisk helsevernloven § 3-1, skal på grunnlag av den personlige undersøkelsen gi råd og veiledning om de tiltak legen mener bør settes i verk. Finner legen grunnlag for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal legen gi en skriftlig uttalelse om dette.

Uttalelsen skal gi opplysninger om

- a) hvem som har begjært legeundersøkelsen,
- b) tidspunkt og sted for undersøkelsen,
- c) relevante opplysninger om pasienten som legen har mottatt fra andre,
- d) de observasjoner av medisinsk eller annen art som er gjort, herunder om det antas å foreligge en alvorlig sinnslidelse,
- e) hvilket grunnlag som anses å være til stede for å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-2 og § 3-3.

Opplysninger fra legeundersøkelsen skal legges ved i lukket konvolutt, eller sendes direkte fra den lege som har foretatt undersøkelsen.

Den som har begjært legeundersøkelsen skal informeres om legens konklusjoner med hensyn til annet ledd bokstav e). Vedkommende har ikke krav på å få innsyn i de skriftlige medisinske opplysningene.

§ 16 *Vedtak om tvungen legeundersøkelse, klage og delegasjon*

Dersom pasienten unndrar seg undersøkelse som nevnt i § 15, kan kommunelegen etter de nærmere vilkår i psykisk helsevernloven § 3-1 annet ledd vedta tvungen legeundersøkelse hvis det foreligger grunn til å tro at vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern er til stede. Den som har vedtatt tvungen legeundersøkelse bør la en annen lege foreta selve undersøkelsen.

Kommunelegens vedtak i saken skal være skriftlig og opplyse om hvem som eventuelt har fremsatt begjæringen og gitt uttalelse i saken. Pasienten skal informeres om adgangen til å påklage vedtaket til fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 3-1 tredje ledd, og om hans eller hennes rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, jf. psykisk helsevernloven § 1-7. For fylkesmannens behandling av klage gjelder reglene i forvaltningsloven.

Kommunelegen kan, i sitt fravær, delegere sin myndighet til å treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse til kommunalt ansatt lege eller klinisk psykolog. Delegasjon kan også skje til lege eller klinisk psykolog som den aktuelle kommune har avtale med.

§ 17 *Begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern*

Offentlig myndighet skal i henhold til psykisk helsevernloven § 3-6 fremme begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern når det er et nødvendig tiltak overfor en person som antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som selv ikke søker behandling. Den som fremsetter begjæringen må ha kjennskap til saken og pasientens situasjon.

Offentlig myndighet som kan begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er

- a) kommunelegen eller dennes stedfortreder,
- b) sosialtjenesten hvor den på forhånd har hatt kontakt med pasienten,
- c) politiet dersom pasienten allerede er i politiets varetekt eller det dreier seg om å avverge vesentlig fare for vedkommendes eller andres liv eller helse eller når politiets bistand er nødvendig for å få han eller henne under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern,
- d) ansvarlig fengselsmyndighet når pasienten er innsatt i anstalt under fengselsvesenet.

Begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal være skriftlig, datert og adressert til den aktuelle institusjon. Pasientens navn, fødselsdato og adresse skal fremgå. Det skal også fremgå hvem som har fremsatt begjæringen og eventuelt hvilket forhold vedkommende har til pasienten.

Skriftlig begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og legeuttalelse skal være institusjonen i hende senest samtidig med at pasienten ankommer institusjonen. Ved øyeblikkelig hjelp kan pasienten mottas på grunnlag av muntlig begjæring og muntlig uttalelse fra lege under forutsetning av at opplysningene vil foreligge skriftlig innen 24 timer etter pasientens ankomst, jf. § 18 tredje ledd.

§ 18 *Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, underretning, klage og opphør*

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern på bakgrunn av uttalelse fra lege, jf. § 15, og ny legeundersøkelse av pasienten ved institusjonen. Den faglig ansvarlige skal selv ha undersøkt pasienten før vedtak treffes.

Dersom det foreligger begjæring fra offentlig myndighet, skal den faglig ansvarlige for vedtaket påse at begjæringen er fremsatt til rett tid og av rett instans, jf. § 17, samt at uttalelse fra lege foreligger. Begjæringen og legeuttalelsen skal ikke være eldre enn 10 dager før vedtak treffes.

Vedtaket skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen.

Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, eventuelt vedtak om avslag på begjæring om dette, og vedtak om opphør skal nedtegnes og inntas i pasientens journal. Underretning om vedtaket, herunder vedtak om avslag på begjæring, og begrunnelsen for dette skal gis pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende, den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b siste punktum, og eventuelt den myndighet som har fremsatt begjæring etter § 17. Det skal samtidig informeres om adgangen til å klage til kontrollkommisjonen, jf. psykisk helsevernloven § 3-2 fjerde ledd og § 3-3 tredje ledd, og om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, jf. psykisk helsevernloven § 1-7. Gjenpart av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og de dokumenter vedtaket bygger på, skal sendes

kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonens behandling av klage reguleres i denne forskriften kapittel 8.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern opphører etter et år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker til forlengelse av vernet. Begjæring om samtykke til forlengelse må være kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før det tvungne psykiske helsevernet opphører.

§ 19 *Kontrollundersøkelser*

Den faglig ansvarlige skal ved kontrollundersøkelser etter psykisk helsevernloven § 4-9 redegjøre overfor kontrollkommisjonen for pasientens individuelle plan, jf. psykisk helsevernloven § 4-1, jf. forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Dersom det ikke er utarbeidet individuell plan for pasienten, skal den faglig ansvarlige redegjøre for årsaken til dette.

Resultatet av kontrollundersøkelsen skal inntas i pasientens journal og sendes kontrollkommisjonen i kopi.

§ 20 *Vedtak om overføringer, jf. psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4*

Ved overføring til annen døgninstitusjon eller til annen form for tvungent psykisk helsevern, skal det treffes særskilt vedtak.

Det treffes ikke vedtak ved overføringer mellom avdelinger innen samme institusjon.

Fylkesmannen avgjør i tvilstilfeller om en overføring omfattes av bestemmelsen her.

Vedtaket skal nedtegnes og inntas i pasientens journal.

Pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende, den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b siste punktum, samt påtalemyndigheten, skal straks underrettes om vedtaket og begrunnelsen for dette. Det skal samtidig orienteres om adgangen til å klage til kontrollkommisjonen og om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, jf. psykisk helsevernloven § 1-7. Kontrollkommisjonens behandling av klage reguleres i denne forskriften kapittel 8.

II Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

§ 21 *Hva tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan omfatte*

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan bare gis i form av pålegg om fremmøte til dagbehandling eller poliklinisk behandling på institusjon. Slikt vern kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan bare skje under ansvar av institusjon som er godkjent for dette formålet, jf. kapittel 4.

§ 22 *Vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon*

Dersom vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, kan slikt vern etableres uten døgnopphold i institusjon når dette vil være et bedre alternativ for pasienten enn innleggelse i institusjon.

Den faglig ansvarlige for vedtaket skal foreta en grundig helhetsvurdering av om pasienten behøver døgnkontinuerlig omsorg og behandling, eller om vernet bedre kan ivaretas mens pasienten bor i egen bolig eller har opphold i annen institusjon, for eksempel i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Ved vurderingen skal det ses hen til om det kan etableres et samarbeid med det lokale behandlingsapparatet som

gjør det forsvarlig at pasienten ikke har opphold i godkjent institusjon. Det skal legges særlig vekt på pasientens eget ønske. Videre skal det tas hensyn til pasientens sykdom, bo- og familiesituasjon, sosiale situasjon og individuelle behov, sammenholdt med det behandlingstilbud som finnes. Det skal i tillegg tas hensyn til pasientens pårørende og deres situasjon.

I tillegg må ett av følgende vilkår være oppfylt

- a) pasienten må ha en kjent sykdomshistorie. I tillegg må det på bakgrunn av pasientens symptomer og tidligere kunnskap om pasientens sykdomsforløp være utvilsomt hvilken behandling pasienten trenger, eller
- b) pasienten må være observert i institusjon med døgnopphold. Observasjonen må ha klargjort pasientens diagnose og hva slags behandlingsopplegg som må anses nødvendig.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan ikke etableres eller gjennomføres dersom pasienten er bostedsløs.

§ 23 *Kontaktperson*

Institusjonen skal sørge for at pasienter som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, har en kontaktperson blant institusjonens behandlingspersonell på dagtid. Institusjonen må påse at pasienten og hans eller hennes pårørende vet hvem de kan kontakte utenom institusjonens åpningstid.

§ 24 *Samarbeid med helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen*

Den ansvarlige institusjon skal etablere et samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten om å lage et opplegg for vernet for pasienter som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

Et slikt samarbeid skal nedfelles i den individuelle planen som skal utarbeides for pasienten i henhold til psykisk helsevernloven § 4-1.

§ 25 *Samarbeid med pasientens pårørende*

Under forutsetning av pasientens samtykke, skal den ansvarlige institusjon søke å etablere et samarbeid med pasientens pårørende.

§ 26 *Avhenting*

Dersom pasienten ikke møter til behandling, kan institusjonens personell om nødvendig hente vedkommende. Avhenting skal skje på mest mulig skånsom måte for pasienten. Avhenting kan eventuelt skje med bistand fra kommunehelsetjenesten eller kommunens sosialtjeneste. Ved behov for bruk av fysisk makt skal bistand fra politiet benyttes til slik avhenting.

Dersom pasienten etter en avhenting likevel ikke møter opp til den bestemte behandlingen, skal det på nytt vurderes om tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold er det beste for pasienten.

Kapittel 6 Gjennomføringstiltak

I Generelle bestemmelser

§ 27 *Definisjon*

Med gjennomføringstiltak menes tiltak som iverksettes etter dette kapitlet for gjennomføring av psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven kapittel 4.

§ 28 *Pasientens rett til medvirkning m.m.*

Før vedtak om gjennomføringstiltak treffes og under gjennomføringen av tiltaket, skal pasienten gis så stor innflytelse som mulig, herunder anledning til å medvirke ved valg mellom ulike tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, jf. pasientrettighetsloven § 3-1.

Gjennomføringstiltak skal ikke være mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for at tiltaket iverksettes, jf. psykisk helsevernloven § 4-2.

All informasjon skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, jf. pasientrettighetsloven § 3-2.

Forsøk på å etablere frivillig samarbeid med pasienten skal fortsette også etter at vedtak om gjennomføringstiltak er truffet.

§ 29 *Vedtak om gjennomføringstiltak*

Vedtak om gjennomføringstiltak etter dette kapitlet treffes av den faglig ansvarlige, med mindre annet er særskilt bestemt, jf. § 47. For vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 annet ledd bokstav a og denne forskriften § 40, og vedtak om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav c og denne forskriften § 45 bokstav c, kreves det at den faglig ansvarlige er lege med spesialistutdanning som nevnt i denne forskriften § 6.

Vedtaket må beskrive tiltakets innhold og begrunnelsen for tiltaket. Vedtaket skal nedtegnes i pasientens journal uten opphold, og skriftlig meddeles pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende med mindre pasienten motsetter seg dette. Det skal samtidig opplyses om adgangen til å klage og pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, jf. psykisk helsevernloven § 1-7.

Det må fortløpende vurderes hvorvidt vedtaket skal opprettholdes. Ved denne vurderingen skal det tas hensyn til pasientens syn på saken og eventuelle negative konsekvenser tiltaket kan ha for han eller henne. Dersom det foretas vesentlige endringer i innholdet i behandlingsopplegget, skal det treffes nytt vedtak.

§ 30 *Klage*

Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtak om gjennomføringstiltak og vedtak om forlengelse av gjennomføringstiltak.

Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan påklages til fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 syvende ledd. Andre gjennomføringstiltak etter dette kapitlet kan påklages til kontrollkommisjonen, jf. psykisk helsevernloven § 4-3 tredje ledd og § 4-8 femte ledd.

Klagen kan fremsettes skriftlig eller muntlig for den faglig ansvarlige for vedtaket eller annet helsepersonell, eller direkte til fylkesmannen eller kontrollkommisjonen. Muntlig klage skrives ned av den som mottar den. Dersom det etter forholdene er grunn til det, kan den som tar imot en muntlig klage be om at pasienten gir skriftlig uttrykk for at han eller hun vil klage. Helsepersonellet skal bistå med nedtegnning av klage og straks oversende klagen til fylkesmannen eller kontrollkommisjonen.

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

Klage har ikke oppsettende virkning. Klage på vedtak om behandling med legemidler som blir inngitt innen 48 timer etter at pasienten har fått underretning om vedtaket, har likevel oppsettende virkning inntil klagen er avgjort. Dette gjelder likevel ikke hvis pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade.

§ 31 *Klagebehandling*

Kontrollkommisjonens behandling av klage reguleres i kapittel 8.

For fylkesmannens behandling av klage gjelder reglene i forvaltningsloven med de tilføyelser som følger av neste ledd.

Fylkesmannen skal treffe avgjørelser uten ugrunnet opphold. Dersom det anses påkrevet 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 treffes vedtak om øyeblikkelig opphør av eventuell iverksatt behandling. Underretning om avgjørelsen skal sendes til klageren med gjenpart til den faglig ansvarlige for vedtaket.

§ 32 *Registrering av vedtak om skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler*

Opplysninger om vedtak om skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler, skal føres inn i protokoller godkjent av Helsedirektoratet. Ved legemiddelbehandling skal det gis en nøyaktig oppregning over den medisinerings som er foretatt.

Kontrollkommisjonen og Helsetilsynet i fylket skal på forespørsel forelegges protokollene.

Bruk av skjerming eller tvangsmidler over lengre tid skal uoppfordret meldes til kontrollkommisjonen.

I tilfeller som nevnt i § 45 annet ledd, skal tvangsmidlets art, begrunnelse for bruken, tidspunktet for iverksettelse og opphør, samt navn på den som har truffet vedtaket nedtegnes. Melding om tvangsmiddelbruken skal snarest sendes til kontrollkommisjonen.

II Skjerming

§ 33 *Virkeområde*

Skjerming kan anvendes i alle institusjoner i det psykiske helsevernet som har pasienter til døgnopphold. Dette gjelder både frivillig innlagte pasienter og pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Institusjoner i det psykiske helsevernet som har pasienter til døgnopphold skal ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter, jf. § 10.

§ 34 *Definisjon*

Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

§ 35 *Skjermingens innhold*

Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjernet enhet). Det er

ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten befinner seg.

§ 36 *Vilkår for skjerming, jf. psykisk helsevernloven § 4-3*

Pasienten må ha en psykisk tilstand eller utagerende atferd som gjør skjerming nødvendig.

Skjerming skal være begrunnet i behandlingsmessige hensyn eller i hensyn til andre pasienter. Behandlingsmessige hensyn vil blant annet kunne foreligge dersom det er nødvendig å begrense pasientens sanseintrykk, pasienten er kataton, eller i situasjoner hvor pasienten utviser tiltagende uro eller angst og tiltaket vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungent psykisk helsevern.

Hensynet til andre pasienter kan danne grunnlag for skjerming når pasientens oppførsel er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for andre pasienter. Det kreves ikke at pasienten utgjør en fare for andre pasienter.

Ved vurderingen av om skjerming er nødvendig, må det vurderes om tiltaket ventes å ha en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene det innebærer for pasienten. Ved skjerming av hensyn til pasienten selv, må det vurderes om tiltaket vil ha en gunstig behandlingseffekt. Ved vurderingen av om skjerming skal iverksettes, må medpasientenes behov vurderes opp mot de uheldige konsekvenser skjerming kan få for pasienten.

§ 37 *Vedtak om skjerming*

Dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer, skal det treffes vedtak om dette.

Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende og dette innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer.

Ved vurderingen av om tiltaket innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet, må det foretas en sammenligning av pasientens situasjon under skjerming og uten slikt tiltak. Sentrale momenter i vurderingen vil være hvilke restriksjoner pasienten blir underlagt, for eksempel om det settes strenge begrensinger for tilgang til bestemte ting eller utgangsmuligheter, og hvordan lokalet tiltaket gjennomføres i er innredet.

§ 38 *Gjennomføring av skjerming*

Pasienten kan fysisk ledes dit skjermingen skal gjennomføres.

En pasient kan holdes tilbake dersom han eller hun forsøker å forlate stedet hvor skjermingen blir gjennomført. En pasient som er under frivillig psykisk helsevern kan imidlertid ikke holdes tilbake eller på annen måte forhindres i å forlate institusjonen dersom han eller hun ønsker dette. Dette gjelder også under gjennomføringen av skjerming. 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, skal helsepersonellet forlate rommet dersom tilstedeværelse ikke vurderes som nødvendig.

Innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen forutsetter at det treffes eget vedtak om dette, jf. psykisk helsevernloven § 4-5.

III Undersøkelse og behandling uten eget samtykke

§ 39 *Virkeområde*

Dette avsnittet gjelder pasienter under tvungent psykisk helsevern. Med mindre annet fremgår av avsnittet, gjelder bestemmelsene både ved og uten døgnopphold i institusjon.

§ 40 *Vilkår for undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4*

Behandlingstiltak som pasienten ikke har samtykket i, kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.

Vedtak om behandling uten eget samtykke kan først treffes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme pasientens tilstand og behov for behandling, jf. § 41.

Før vedtak kan treffes, skal det være forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, med mindre det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Det skal alltid vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

§ 41 *Nærmere om undersøkelsen*

Før det treffes vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke, skal den faglig ansvarlige for vedtaket personlig ha undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timer. Den totale undersøkelsestiden kan ikke settes til mindre enn tre døgn, med mindre pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidligere behandlingssopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen

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

Institusjonen skal gjennom hele undersøkelsesperioden søke å få pasientens tillit slik at behandling kan gjennomføres med pasientens samtykke, jf. § 28.

Undersøkelsen skal alltid skje ved observasjon i godkjent institusjon, med mindre det av hensyn til forsvarlig helsehjelp bør skje i annen institusjon, jf. psykisk helsevernloven § 3-5 annet ledd. Ved vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke, skal undersøkelsen skje ved døgnopphold, med mindre den ansvarlige institusjon har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende medikasjon og virkningen av denne på den aktuelle pasienten.

§ 42 *Vedtak om behandling uten eget samtykke*

Når behandling uten eget samtykke omfatter flere behandlingsformer, kan det treffes et helhetlig vedtak som inneholder de behandlingselementer som er aktuelle for den enkelte pasient. Behandling med legemidler skal likevel alltid vedtas særskilt.

Vedtaket skal angi planlagt begynnelse og varighet av behandlingen. Den planlagte varigheten kan maksimalt settes til tre uker. Ved vedtak om behandling med legemidler kan varigheten maksimalt settes til tre måneder. Vedtaket med begrunnelse og angivelse av den planlagte varigheten av behandlingen skal straks nedtegnes i pasientens journal. Av vedtaket skal det også fremgå at kravene til tilstrekkelig undersøkelse etter § 41 er oppfylt.

Behandlingen kan tidligst iverksettes 48 timer etter at pasienten er underrettet om vedtaket. Unntak fra dette kan bare skje hvis den faglig ansvarlige for vedtaket av tungtveiende behandlingsmessige grunner finner at behandlingen ikke kan utsettes. Begrunnelsen for slik umiddelbar iverksettelse skal fremgå av vedtaket.

§ 43 *Gjennomføring av behandlingstiltak*

Enhver form for undersøkelse og behandling uten eget samtykke må være klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis. Slik behandling kan blant annet være samtalerapi, gruppetiltak og mindre inngripende tiltak som tar sikte på å påvirke pasientens atferd.

§ 44 *Gjennomføring av behandling med legemidler*

Legemiddelbehandlingen må være klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis. Behandling skal bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Det kan bare brukes legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

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

Pasienten skal ikke tilføres legemidler uten å bli informert, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Herunder skal det opplyses om den faktiske dosering og mulige bivirkninger. Informasjon kan unnlates overfor pasienter som på grunn av langt fremskreden sløvhet ikke er i stand til å forstå omstendighetene knyttet til bruken av legemidlene.

Under forutsetning av faglig forsvarlig tilsyn og veiledning, kan den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler etter avtale med den ansvarlige institusjon som har truffet vedtaket, overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet. Dette kan bare skje hvis pasienten ønsker det.

§ 45 *Gjennomføring av behandling med ernæringstilførsel*

Ernæring uten eget samtykke kan bare brukes dersom det fremstår som et strengt nødvendig ledd i et helhetlig behandlingsopplegg. Det kreves ikke at det foreligger en nødrettssituasjon. Det er tilstrekkelig at andre frivillige behandlingsmetoder ikke gir utsikter til bedring av pasientens alvorlige tilstand. Behandlingen må være klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis.

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

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, 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.

IV Tvangsmidler

§ 46 *Virkeområde*

Tvangsmidler kan bare anvendes i institusjon som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. kapittel 4.

I akutte situasjoner kan likevel tvangsmidler anvendes overfor pasienter som er under psykisk helsevern i andre institusjoner enn nevnt i første ledd. Det skal i slike situasjoner straks vurderes om pasienten bør ha opphold i institusjon som nevnt i første ledd. Viser det seg nødvendig å bruke tvangsmidler gjentatte ganger, skal den som har ansvaret for vernet snarest mulig søke om overføring eller innleggelse av pasienten ved en institusjon hvor tilstanden kan vurderes og behandles mer effektivt og om mulig uten tvangsmidler.

§ 47 *Definisjon*

Med tvangsmidler menes

- a) mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belte, sengebelte, håndrem, fotrem, spesialtrøye samt skadeforebyggende spesialklær,
- b) kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personell til stede (isolering),
- c) enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt,
- d) kortvarig fastholding.

§ 48 *Vilkår for bruk av tvangsmidler, jf. psykisk helsevernloven § 4-8*

Tvangsmidler er ekstraordinære tiltak og kan bare brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting, og når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandlingsøyemed.

§ 49 *Vedtak om bruk av tvangsmidler*

Dersom en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, kan ansvarshavende ved avdelingen vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. I slike tilfeller skal den faglig ansvarlige så snart som mulig underrettes. Dersom situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes.

§ 50 *Gjennomføring av bruk av tvangsmidler*

Tvangsmidler skal anvendes på en så skånsom og omsorgsfull måte som mulig.

Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig. 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 nedtegnes.

Ved bruk av tvangsmidler skal pasienten ha kontinuerlig tilsyn. Ved fastspenning i seng eller stol skal personellet 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. Bruken skal straks avbrytes hvis den viser seg ikke å ha de forutsatte virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

Kapittel 7 Pasienter i privat forpleining

§ 51 *Virkeområde*

Kapitlet omfatter forpleining av pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet i henhold til forpleiningskontrakter inngått før 1. januar 2001.

§ 52 *Krav til privat forpleining*

Pasient i privat forpleining skal tilbys

- a) nødvendig pleie og omsorg,
- b) undersøkelse og behandling i samsvar med pasientens behov,
- c) enerom av tilfredsstillende størrelse med tilgang til stue, kjøkken, bad og toalett,
- d) et tilrettelagt aktivitetstilbud.

§ 53 *Forpleiningskontrakt*

Ved privat forpleining skal det foreligge en forpleiningskontrakt mellom det regionale helseforetaket og forpleieren. Fylkesmannen, kontrollkommisjonen og kommunelegen i den kommunen hvor forpleiningsstedet ligger skal ha gjenpart av kontrakten.

Det regionale helseforetaket kan heve kontrakten med øyeblikkelig virkning hvis forpleieren åpenbart setter seg ut over bestemmelser i kontrakten eller bestemmelser i denne forskrift. For øvrig kan begge parter si opp kontrakten med én måneds varsel.

Hvis pasientens tilstand forverres vesentlig og ikke lenger er i samsvar med forutsetningene for forpleiningsforholdet, kan forpleieren kreve pasienten snarest mulig overført til annen omsorg. Kravet fremsettes overfor vedkommende regionale helseforetak.

§ 54 *Forpleierens plikter*

Forpleieren skal holde øye med pasientens allmenntilstand, og plikter å varsle kommunehelsetjenesten ved behov for legetilsyn eller sykepleie for somatisk sykdom.

Forpleieren skal føre tilsyn med pasientens personlige eiendeler.

Helsedirektoratet kan gi nærmere retningslinjer for forpleierens regnskap over pasientens personlige andel av folketrygdens ytelser.

Pasienten må ikke settes til arbeid som medfører risiko for at han kan komme til skade. Pasienten skal ha godtgjørelse for produktivt arbeid.

Dersom pasienten blir borte fra forpleiningsstedet, skal forpleieren straks varsle den institusjon eller lege som har ansvaret for pasienten. Dersom pasienten ikke kommer til rette innen rimelig tid, skal hans verdisaker og effekter oversendes institusjonen eller den institusjonen bestemmer.

Ved pasientens død skal forpleieren straks melde fra til den institusjon eller lege som har ansvaret for pasienten, som sender melding til det regionale helseforetaket. Forpleieren melder fra til tingretten eller i lensmannsdistrikt til lensmannen. Forpleieren plikter å ta vare på pasientens eiendeler til boet er registrert og tingretten har truffet avgjørelse om disponeringen.

§ 55 *Taushetsplikt*

Forpleieren, hans eller hennes husstand og andre personer i forpleierens tjeneste har taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven kapittel 5.

§ 56 *Forbud mot restriktive tiltak*

Bruk av tvangsmidler eller andre restriktive tiltak er ikke tillatt.

Forpleieren skal straks varsle den institusjon eller lege som har ansvaret for pasienten dersom det oppstår vansker i tilknytning til oppholdet eller betydelige forandringer i pasientens tilstand.

§ 57 *Faglig oppfølging*

Pasienter i privat forpleining og forpleiningsstedet skal være under nærmere faglig oppfølging av den institusjon som det regionale helseforetaket peker ut. Personell fra institusjonen skal besøke forpleiningsstedet så ofte det er nødvendig for å sørge for at pasienten får tilfredsstillende behandling, omsorg og pleie, og for å påse at forpleiningsstedet oppfyller kravet til forsvarlig tjeneste. Rapport fra hvert besøk med vurdering av pasienten og forpleiningsstedet nedtegnes i pasientens journal.

Institusjonen skal gi forpleiningsstedet nødvendig opplæring og veiledning slik at kravet til forsvarlig tjeneste kan oppfylles.

For pasienter som pr. 1. januar 2001 står under tilsyn av offentlig lege, gjelder første og annet ledd tilsvarende for hans eller hennes leges oppfølging av pasienten frem til oppfølgingsansvaret er overført til en institusjon under det psykiske helsevernet.

§ 58 *Kontrollkommisjonen*

Kontrollkommisjonen skal treffe de avgjørelser og føre den kontroll med pasienter i privat forpleining som følger av psykisk helsevernloven og denne forskriften.

Kontrollkommisjonens besøk skal vanligvis være uanmeldt, og bør skje til ulike tider på dagen. Finner kontrollkommisjonen at behandling og forpleining ikke er tilfredsstillende, eller at pasientens tilstand krever forandring i forpleiningen, skal det meldes fra til den institusjon eller lege som har ansvaret for pasienten, som straks skal ta de nødvendige skritt for å få rettet på forholdet eller få pasienten overført til institusjonen eller annet egnet sted. Underretning skal samtidig sendes fylkesmannen.

§ 59 *Innberetninger*

Oversikt over pasienter i privat forpleining skal inngå i institusjonens statistikk.

Institusjonen eller den lege som har ansvaret for pasienten skal hvert år sende fylkesmannen en oversikt over pasienter under privat forpleining og redegjøre for pasientenes tilstand, behandling og forpleining.

Kapittel 8 Kontrollkommisjonens virksomhet

I Generelle bestemmelser

§ 60 *Virkeområde*

Kapitlet regulerer kontrollkommisjonens saksbehandling ved de avgjørelser og oppgaver som er særlig tillagt den etter psykisk helsevernloven, herunder behandling av klager på vedtak etter loven og kontroll med pasientens opphold ved institusjonen. Det gis også regler om godtgjøring til kontrollkommisjonene.

§ 61 *Kontrollkommisjonens ansvarsområde*

Den enkelte kontrollkommisjons ansvarsområde fastsettes av Helsedirektoratet.

§ 62 *Taushetsplikt*

Kontrollkommisjonens medlemmer har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e.

Taushetsplikten gjelder også pasientens fødselssted, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.

Brudd på taushetsplikten straffes etter straffeloven § 121.

§ 63 *Møter*

Kontrollkommisjonens leder skal beramme 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 adgang for andre enn dem som har med saken å gjøre, hvis særlige grunner taler for det.

§ 64 *Protokoll*

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. Dersom det er behandlet klagesak skal det fremgå hvem som er varslet, hvem av de varslede som har møtt og avgitt forklaring eller uttalelse, og hvilke dokumenter som har vært fremlagt.

Avgjørelser som treffes i kontrollkommisjonens møter skal protokolleres. I protokollen skal det også redegjøres for kontrollkommisjonens kontroll med pasienters opphold ved institusjonen.

§ 65 *Rapportering*

Kontrollkommisjonen skal innen 1. april hvert år gi Helsedirektoratet og fylkesmannen en rapport med oversikt over foregående års møte- og tilsynsvirksomhet og de saker som er behandlet.

Helsedirektoratet utferdiger nærmere retningslinjer om hva rapporten skal inneholde.

§ 66 *Kontrollkommisjonens tilgang på opplysninger*

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

- a) dokumenter utarbeidet i forbindelse med vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern,
- b) oppgave 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) protokoll for bruk av skjerming, jf. psykisk helsevernloven § 4-3,
- f) protokoll for behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4,
- g) protokoll for bruk av tvangsmidler, jf. psykisk helsevernloven § 4-8.

§ 67 *Meddelelser til pasienten*

Meddelelser til pasienten skal skje i lukket brev til han eller henne personlig. Meddelelsen kan sendes ved bruk av elektronisk kommunikasjon såfremt pasienten samtykker til det, og det er benyttet en betryggende metode for å sikre konfidensialitet og at meddelelsen er mottatt.

II Saksbehandlingsregler i klagesaker

§ 68 Virkeområde

Dette avsnittet gjelder for alle klagesaker. Ved behandling av klage i sak om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt sak om overføring, kommer også bestemmelsene i psykisk helsevernloven § 6-4 til anvendelse

§ 69 Klagefrister

Fristen for å klage er tre uker fra det tidspunkt underretning om vedtaket er kommet frem til den klageberettigede. Forvaltningslovens regler om klagefrister gjelder tilsvarende.

Vedtak om etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern kan påklages i inntil tre måneder etter at det psykiske helsevernet er opphørt.

§ 70 Redegjørelse fra den faglig ansvarlige for vedtak

Kontrollkommisjonen kan be om at den faglig ansvarlige for vedtak gir en skriftlig redegjørelse innen en frist fastsatt av kontrollkommisjonen. I klagesaker etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og klage på overføringsvedtak etter § 4-10 og § 5-4, skal den faglig ansvarlige gi skriftlig redegjørelse.

Redegjørelsen skal inneholde opplysninger om den avgjørelse som er påklaget, herunder den faglig ansvarliges vurdering av lovens vilkår. Med redegjørelsen skal det også følge oversikt over de opplysninger som den faglig ansvarlige har bygget sin avgjørelse på.

Når redegjørelsen er kommet inn til kontrollkommisjonen, skal den snarest gjøres kjent for pasienten og den som i tilfelle handler på pasientens vegne.

§ 71 Informasjon til pasienten

Kontrollkommisjonen skal underrette pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne om

- a) navnet på kontrollkommisjonens medlemmer,
- b) at pasienten og/eller den som handler på hans eller hennes vegne har rett til å være til stede, jf. § 74,
- c) tidspunktet for berømmelse og at pasienten har anledning til å uttale seg før kontrollkommisjonen avgjør saken,
- d) at pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne må si i fra snarest mulig dersom det vil anføres at noen av kontrollkommisjonens medlemmer er inhabile.

§ 72 Sakens opplysning

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

Skal vitner eller sakkyndige forklare seg for kontrollkommisjonen, sørger lederen for at de blir innkalt. Begjæring fra pasienten eller den som handler på hans eller hennes

vegne om å få innhentet opplysninger eller avhørt vitner, kan avvises av kontrollkommisjonen dersom opplysningene synes å være uten betydning for saken.

Kontrollkommisjonens avgjørelse skal begrunnes.

Forklaringer som avgis til lederen alene skal nedskrives. For øvrig avgjør kontrollkommisjonen i hvert enkelt tilfelle i hvilken utstrekning protokollasjon av forklaringer skal finne sted.

I saker etter psykisk helsevernloven § 6-4 skal det holdes møter. Forvaltningsloven § 17 gjelder tilsvarende.

§ 73 *Kontrollkommisjonens vedtak*

Når kontrollkommisjonens leder finner at saken er tilstrekkelig forberedt, tas saken opp til avgjørelse.

Vedtaket treffes av fulltallig kommisjon. Før vedtak treffes holder kontrollkommisjonen rådslagning og stemmegivning. Når stemmene står likt, gjør lederens stemme utslaget.

Vedtaket skal inneholde

- a) opplysning om kontrollkommisjonens sammensetning, samt tid og sted for det avsluttende møtet,
- b) en kort fremstilling av hva saken gjelder, avgjørelsesgrunnene og slutningen,
- c) de faktiske forhold som har vært avgjørende for vedtaket, samt de hensyn som er lagt vekt på ved en eventuell skjønnsutøvelse,
- d) opplysning om vedtaket er enstemmig. Hvis det er uenighet i kontrollkommisjonen, skal det gis grunner for de forskjellige standpunkt.

Kontrollkommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen to uker etter at saken ble brakt inn for den. Hvis fristen ikke kan overholdes, skal grunnen til dette opplyses i vedtaket.

Vedtaket skal underskrives av kontrollkommisjonens medlemmer, eller eventuelt av kontrollkommisjonens leder etter fullmakt. Dersom det foreligger slik fullmakt, skal det fremgå av vedtaket.

Kopi av vedtaket skal snarest mulig sendes pasienten, den som handler på pasientens vegne og den faglig ansvarlige for vedtaket. Hvis klageren er en annen enn pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, skal også denne orienteres om vedtaket.

§ 74 *Pasientens rett til å være til stede*

Pasienten og den som handler på hans eller hennes vegne har rett til å være til stede i møter hvor 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. Når pasienten kommer tilbake til møtelokalet skal han eller hun gjøres kjent med det som er opplyst under hans eller hennes fravær. Det kan kun unnlates å informere pasienten 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. pasientrettighetsloven § 3-2.

III Etterprøving av vedtak uten klage

§ 75 *Dokumentkontroll*

Når noen er undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal kontrollkommisjonen så snart som mulig gjennom kontroll av dokumentene i saken forvise seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-2 eller § 3-3, jf. loven § 3-8 første ledd.

Dersom kontrollkommisjonen på bakgrunn av de fremlagte dokumenter finner at vedtaket lider av alvorlige formelle eller materielle feil, kan vedtaket kjennes ugyldig. Resultatet av dokumentkontrollen skal protokolleres.

§ 76 *Etterprøving etter tre måneder*

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, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 annet ledd. Kontrollkommisjonen skal i vurderingen se hen til om vilkårene for tvungent psykisk helsevern fremdeles er til stede, og skal særlig vurdere hensiktsmessigheten av vernet. I denne forbindelse skal kontrollkommisjonen også kontrollere at pasienten har fått individuell plan, jf. psykisk helsevernloven § 4-1, jf. forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Kontrollkommisjonen skal påse at saken er så godt opplyst som mulig, og kan prøve alle sider av saken. Pasienten har rett til å uttale seg, jf. psykisk helsevernloven § 3-9. Vedtaket treffes av fulltallig kommisjon.

Kopi av vedtaket sendes pasienten, den som handler på pasientens vegne og den faglig ansvarlige for vedtaket så snart som mulig.

§ 77 *Samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern*

Dersom tvungent psykisk helsevern skal ha varighet utover ett år, må kontrollkommisjonen samtykke til dette, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd. Saksbehandlingen ved forlengelse vil være tilsvarende den etterprøving som følger av denne forskriften § 76.

§ 78 *Frivillig psykisk helsevern for barn som er fylt 12 år*

Spørsmål om etablering av psykisk helsevern etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret, skal bringes inn for kontrollkommisjonen til etterprøving dersom barnet ikke selv er enig i vedtaket, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 annet ledd.

Barnet kan også senere be om at det psykiske helsevernet skal opphøre. Dersom det besluttes at det psykiske helsevernet skal opprettholdes, kan spørsmålet bringes inn for kontrollkommisjonen til etterprøving.

§ 79 *Begjæring om samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern*

Beslutning om å kreve samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i tre uker kan bringes inn for kontrollkommisjonen til etterprøving av pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende eller den som handler på pasientens vegne, jf. psykisk helsevernloven § 2-2. Gjelder beslutningen barn og unge mellom 12 og 16 år og barnet ikke selv er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen må snarest mulig ta saken til behandling.

Med hensyn til barn og unge under 16 år kan tiltaket iverksettes selv om kontrollkommisjonen ikke har behandlet saken.

IV Kontroll med pasientens opphold ved institusjonen

§ 80 *Besøk*

Kontrollkommisjonen skal minst én gang pr. måned besøke institusjoner/avdelinger som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. I andre institusjoner og steder med privat forpleining skal besøk skje minst fire ganger i året. Besøket kan skje ved et eller flere av kontrollkommisjonens medlemmer. Noen av besøkene bør skje uanmeldt.

Helsedirektoratet kan gi dispensasjon fra bestemmelsen i første ledd.

§ 81 *Om kontrollen*

Kontrollkommisjonen skal føre kontroll med bruken av restriktive tiltak. Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gjennomgå protokollene hvor opplysninger om bruk av skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler er ført inn.

Kontrollkommisjonen skal undersøke om det er husordensreglement ved institusjonen og skal påse at dette eventuelt er i overensstemmelse med gjeldende lovgivning.

Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gi pasientene anledning til å fremsette klager over vedtak etter psykisk helsevernloven, og ellers ta opp forhold av betydning for pasientens opphold ved institusjonen eller forpleiningsstedet. Pasienter som er innlagt i institusjonen uten eget samtykke etter siste besøk, skal få tilbud om samtale med kontrollkommisjonen. For øvrig kan kontrollkommisjonens medlemmer så vidt mulig bistå pasientene med råd og hjelp.

Kontrollkommisjonen skal varsle Helsetilsynet i fylket om alvorlige forhold ved institusjonen. Ellers kan kontrollkommisjonen ta forholdet opp med institusjonens ledelse eller den faglig ansvarlige for vedtak.

V Godtgjøring m.m.

§ 82 *Omfang*

Godtgjøring gis for faktisk medgått tid til møteforberedelse, arbeid i møter, klagebehandling, tilsynsreiser mv. Det skal være den samme godtgjøring 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.

§ 83 *Satser*

Kontrollkommisjonens medlemmer får godtgjøring per time. Satsen beregnes i prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen fastsatt av Justisdepartementet 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.

Eventuelle vikarer under ferie- eller sykefravær for kommisjonens leder eller øvrige medlemmer tilstås godtgjøring som for leder og øvrige medlemmer.

Godtgjøringssatsene reguleres uten særlig varsel i samsvar med de reguleringer som til enhver tid fastsettes av Justisdepartementet.

Leder og varaleder:

- a) Jurist som er i dommerembete eller som er ansatt i annen stilling godtgjøres per time med 75 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

- b) Advokat som er selvstendig næringsdrivende godtgjøres per time med 100 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.
Lege og varamedlem for lege:
- a) Lege i lønnet stilling godtgjøres per time med 75 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.
- b) Lege som er selvstendig næringsdrivende godtgjøres per time med 100 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.
Øvrige medlemmer:
- a) Øvrige medlemmer og varamedlemmer godtgjøres per time med 37,5 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.
- b) Medlem og varamedlem som er selvstendig næringsdrivende som hovedstilling, godtgjøres per time med 50 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.
Sekretærhjelp:
Sekretærer som bistår kommisjonen godtgjøres per time med 25 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

§ 84 *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 fylkesmannen at det er benyttet lengre tid enn hva som er rimelig og nødvendig, skal salæret settes ned. Før dette skjer skal vedkommende 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 fylkesmannen innhente sakens dokumenter for vurdering av saksforberedelsens omfang. Settes salæret ned, skal dette begrunnes.

§ 85 *Tapt arbeidsfortjeneste*

Dersom deltagelse i kommisjonen medfører tapt arbeidsinntekt, kan fylkesmannen i det enkelte tilfelle samtykke til at det gis erstatning i tillegg til godtgjøringen. Tap i arbeidsinntekt kan dekkes med inntil det beløp som til enhver tid er bestemt i Statens Personalhåndbok og kgl.res. om styrer, råd og utvalg mv.

§ 86 *Reisegodtgjøring*

For reiser i kontrollkommisjonens tjeneste gjelder særavtale for reiser innenlands for statens regning.

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

§ 87 *Regnskapsrapport og årsregnskap*

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

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

Kapittel 9 Sluttbestemmelser

§ 88 *Overgangsbestemmelse*

Endringen i vilkåret for midlertidig godkjenning etter § 12 gjøres gjeldende for nye søknader. Eksisterende midlertidige godkjenninger gjelder ut den fastsatte tidsfristen.

§ 89 *Ikrafttredelse*

Forskriften trer i kraft ...

Fra samme tidspunkt oppheves:

1. Forskrift 12. januar 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet
2. Forskrift 3. november 2000 nr. 1098 om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern
3. Forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke
4. Forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet
5. Forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon
6. Forskrift 21. desember 2000 nr. 1409 om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet
7. Forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet
8. Forskrift 21. desember 2000 nr. 1407 om pasienter i privat forpleining i det psykiske helsevernet
9. Forskrift 13. september 2004 nr. 1260 om godtgjøring m.m. til kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet
10. Forskrift 15. desember 2006 nr. 1423 om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet
11. Forskrift 15. desember 2006 nr. 1424 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv.
