

1	Innledning og bakgrunn	3
2	Ny forskrift om skjerming.....	4
2.1	Bakgrunn og gjeldende rett.....	4
2.2	Lovendringer og behov for forskriftsbestemmelser	4
2.3	Departementets vurdering og forslag	4
2.4	Forslag til forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet.....	5
2.5	Merknader til forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet	7
3	Endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv.	9
3.1	Bakgrunn og gjeldende rett.....	9
3.2	Lovendringer og behov for forskriftsendringer	10
3.3	Departementets vurdering og forslag	10
3.4	Forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v.....	11
3.5	Merknader til forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv.....	15
4	Endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet	16
4.1	Bakgrunn og gjeldende rett.....	16
4.2	Lovendringer og behov for forskriftsendringer	16
4.3	Departementets vurdering og forslag	17
4.4	Forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet	18
4.5	Merknader til forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet	19
5	Endringer i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven	20
5.1	Bakgrunn og gjeldende rett.....	20
5.2	Lovendring og behov for forskriftsendringer	21
5.3	Departementets vurdering og forslag	21
5.4	Forslag til endringer i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.....	21
5.5	Merknader til forslag til endringer i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven	22

6	Endringer i forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet.....	22
6.1	Bakgrunn og gjeldende rett.....	22
6.2	Lovendringer og behov for forskriftsendringer.....	23
6.3	Departementets vurdering og forslag.....	23
6.4	Forslag til endring i forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet.....	24
6.5	Merknader til forslag til endringer i forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet.....	25
7	Endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet.....	25
7.1	Bakgrunn og gjeldende rett.....	25
7.2	Lovendringer og behov for forskriftsendringer.....	26
7.3	Departementets vurdering og forslag.....	26
7.4	Forslag til endring i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet.....	26
7.5	Merknader til forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet.....	27
8	Endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.....	28
8.1	Bakgrunn og gjeldende rett.....	28
8.2	Lovendringer og behov for forskriftsendringer.....	28
8.3	Departementets vurdering og forslag.....	29
8.4	Forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.....	30
8.5	Merknader til forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.....	31
9	Endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.....	32
9.1	Bakgrunn og gjeldende rett.....	32
9.2	Lovendring og behov for forskriftsendringer.....	32
9.3	Departementets vurdering og forslag.....	32
9.4	Forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.....	33
9.5	Merknader til forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.....	33
10	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	34

1 Innledning og bakgrunn

Stortinget har vedtatt endringer i psykisk helsevernloven, jf. Ot.prp. nr. 65 (2005-2006), Innst. O. nr. 66 (2005-2006) og Besl. O. nr. 69 (2005-2006).

Lovendringene trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer.

Gjennomgang av psykisk helsevernloven ble varslet i St. prp. nr. 1 (2002-2003) s.173. Bakgrunnen for lovforslagene er både enkeltsaker som har avdekket uheldige konsekvenser av regelverket, tilsynsrapporter og innspill fra bruker- og profesjonsorganisasjoner.

Ett av hovedformålene med lovendringene er å styrke ivaretagelsen av pasientrettigheter innen det psykiske helsevernet. Ett sentralt virkemiddel i denne sammenheng er å fjerne begrensningen i gjeldende psykisk helsevernlov § 1-5 om at pasientrettighetsloven gjelder "så langt det passer" for pasienter i det psykiske helsevernet. Opphevelse av denne begrensningen er også ment å bidra til å normalisere synet på personer med psykiske lidelser ved større grad av rettslig likestilling mellom pasienter med psykiske lidelser og pasienter med somatiske lidelser.

I tillegg til dette er det vedtatt materielle endringer eller presiseringer av bestemmelser i gjeldende lov som har vist seg problematiske i praktiseringen av loven, samt endringer som skal bidra til et mer oversiktlig og tilgjengelig regelverk.

Selv om det er vedtatt en rekke bestemmelser i psykisk helsevernloven er det likevel ikke tale om noen ny lov. Psykisk helsevernloven er av forholdsvis ny dato, og har etter departementets syn stort sett fungert i tråd med intensjonene. De endringene som er vedtatt derfor i hovedsak presiseringer, forenklinger, harmoniseringer og mindre endringer av gjeldende rett.

Endringene i psykisk helsevernloven nødvendiggjør enkelte forskriftsendringer. I tillegg til dette foreslår departementet ny forskrift om skjerming samt enkelte andre nye forskriftsbestemmelser.

Det er i § 4-7a vedtatt en ny bestemmelse som gir adgang til å gjennomføre urinprøvetaking, samt gitt en mulighet til å regulere gjennomføringen i forskrift, jf. tredje ledd. Departementet har ikke funnet grunn til å foreslå en slik forskriftsregulering i denne runden. Da bestemmelsen er ny vil det være hensiktsmessig å vinne erfaringer med praktiseringen og behov for regulering før det eventuelt gis nærmere prosedyrer for urinprøvetaking i forskrift.

I det følgende vil bare de lovendringer som er relevante for ny forskriftsregulering eller endring av eksisterende forskrifter, bli omtalt. For en fullstendig oversikt over de aktuelle lovendringer vises det til lovens forarbeider, jf. ovenfor.

2 Ny forskrift om skjerming

2.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Skjerming ble først lovregulert i forbindelse med lovrevisjonen i 1999. Tiltaket ble også benyttet forut for dette, men uten at det var knyttet formelle eller materielle vilkår til praksisen.

Etter dagens psykisk helsevernlov § 4-3 kan en pasient som lider av sterk uro eller som har utagerende atferd, av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter, holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter eller personell som ikke deltar i undersøkelsen og behandling av og omsorg for pasienten. Det skal treffes vedtak dersom tiltaket opprettholdes utover 48 timer, og vedtak kan bare treffes for inntil tre uker av gangen. Skjermingstiltak kan benyttes både for pasienter under frivillig og under tvungent psykisk helsevern.

2.2 Lovendringer og behov for forskriftsbestemmelser

Det er vedtatt flere endringer i reguleringen av skjerming i psykisk helsevernloven § 4-3. Kriteriet for når skjerming kan iverksettes er endret. Tilfeller hvor pasientens psykiske tilstand vil gjøre det nødvendig å skjerme vedkommende vil, i tillegg til situasjoner med sterk uro og utagering, omfatte blant annet tilfeller hvor pasienten er suicidal eller kataton. (Katatoni innebærer at pasienten har dårlig kontakt med omverdenen, og kan bl.a. vise seg i form av motorisk ubevegelighet eller overdreven motorisk aktivitet.)

Av hensyn til pasientens rettssikkerhet er det vedtatt differensierte frister for hvor lenge skjerming kan opprettholdes uten at det treffes vedtak. Som utgangspunkt skal det treffes vedtak når skjermingstiltak varer ut over 24 timer. I de mest inngripende tilfellene skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 12 timer. Den maksimale lengden på skjermingsvedtak før nytt vedtak eventuelt må treffes er redusert fra tre til to uker.

Erfaring har vist at dagens skjermingsbestemmelse oppleves å gi for liten veiledning om hva slags tiltak som faller inn under skjermingsbegrepet, og i hvilke situasjoner det er adgang til å benytte tiltaket. Herunder er det knyttet usikkerhet til grensen mot isolasjon (psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd bokstav b). Det er grunn til å tro at bestemmelsen praktiseres ulikt, og flere institusjoner har etterlyst en nærmere regulering av ulike sider ved skjerming.

2.3 Departementets vurdering og forslag

I forbindelse med utredningen av foreliggende lovendringer ble Sosial- og helsedirektoratet bedt om å vurdere enkelte forhold knyttet til skjermingsbestemmelsen i psykisk helsevernloven § 4-3, herunder forholdet mellom skjerming og isolasjon. I forbindelse med dette oppdraget innhentet direktoratet blant annet erfaringer fra et utvalg fagmiljøer. En sentral tilbakemelding fra direktoratet til Helse- og omsorgsdepartementet var at det syntes å være behov for nærmere regulering av skjerming i forskrift i tråd med ovennevnte erfaringer.

Skjerming er et tiltak som i utgangspunktet er begrunnet ut fra miljø- eller behandlingsmessige hensyn. Tiltaket kan ha grenseflater mot skadeavvergende tiltak, og gjennomføringen av skjermingen kan i enkelte tilfeller oppleves som integritetskrenkende av pasienten. Dette er hensyn som ligger bak endringene av bestemmelsen i psykisk helsevernloven § 4-3. De samme hensyn tilsier også en nærmere regulering i forskrift. Ingen av de gjeldende forskrifter synes naturlige for innplassering av nye bestemmelser om skjerming. Etter departementets vurdering er det behov for en egen forskrift med nærmere regulering av dette tiltaket.

2.4 Forslag til forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet

§ 1 Formål

Forskriften skal regulere vilkårene for og den nærmere gjennomføringen av skjerming for å sikre at tiltaket brukes på forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper. Videre skal forskriften sikre at pasientens verdighet og integritet blir respektert.

§ 2 Virkeområde

Forskriften regulerer gjennomføring av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet.

§ 3 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. Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter.

§ 4 Skjermingens innhold

Skjerming skal ikke gjøres mer omfattende eller inngripende enn nødvendig. Hvor omfattende tiltaket skal være må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering av det enkelte tilfelle.

Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller på en skjermet enhet eller lignende. Det er ikke adgang til å låse døren til rommet der pasienten befinner seg.

§ 5 Pasientens rett til innflytelse

Ved bruk av skjerming skal det legges til rette for at pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig, jf. psykisk helsevernloven § 4-2. Herunder skal det tas hensyn til hvor og hvordan pasienten ønsker at tiltaket skal gjennomføres.

All informasjon skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger.

§ 6 Vilkår

Skjerming skal være begrunnet i behandlingsmessige hensyn eller i hensyn til andre pasienter.

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

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.

§ 7 Vedtak om bruk av skjerming

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

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

Vedtaket om skjerming treffes av den faglig ansvarlige. Vedtaket må beskrive skjermingens innhold og begrunnelsen for tiltaket.

Vedtaket skal nedtegnes og skriftlig meddeles pasienten. Det skal samtidig opplyses om adgangen til å klage.

Det må fortløpende vurderes hvorvidt skjermingsvedtaket skal opprettholdes. Ved denne vurderingen skal det tas hensyn til pasientens syn på saken og eventuelle negative konsekvenser skjerming kan ha for vedkommende.

§ 8 Gjennomføring

Pasienten kan fysisk ledes dit skjermingen skal gjennomføres.

En pasient som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan holdes tilbake dersom vedkommende forsøker å forlate stedet hvor tiltaket blir gjennomført.

En pasient som er under frivillig psykisk helsevern kan ikke holdes tilbake dersom vedkommende motsetter seg skjermingen.

Helsepersonell skal være tilstede 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. phvl. § 4-5.

§ 9 Klage

Pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende kan påklage vedtak om bruk av og om forlengelse av skjerming til kontrollkommisjonen.

Klagen kan fremsettes skriftlig eller muntlig overfor en av helsepersonellet eller direkte til kontrollkommisjonen. Helsepersonellet skal bistå med nedtegnning av klage og straks oversende klagen til kontrollkommisjonen. Klagen har ikke oppsettende virkning.

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

§ 10 Registrering av vedtak om skjerming

Opplysninger om vedtak om skjerming skal føres inn i protokoll godkjent av Sosial- og helsedirektoratet.

Kontrollkommisjonen og Helsetilsynet i fylket skal på forespørsel forelegges skjermingsprotokollen. Bruk av skjerming over lengre tid skal uoppfordret meldes til kontrollkommisjonen.

§ 11 Ikrafttreden

2.5 Merknader til forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet

Til § 3:

Første ledd: Skjerming innebærer at pasienten ikke får ta del i aktiviteten i fellesmiljøet på vanlig måte, og at han eller hun får begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelsesrett. Tiltaket kan også innebære restriksjoner med hensyn til for eksempel tilgang til bestemte ting eller utgangsmulighet.

Til § 4:

Første ledd: Faglig ansvarlig skal foreta en konkret vurdering av hvilket omfang det enkelte skjermingstiltak skal ha, herunder hvor det skal gjennomføres og/eller hvilke restriksjoner pasienten skal være underlagt i forhold til for eksempel tilgang til ting og utgangsmulighet. Tiltaket skal ikke gjøres mer omfattende enn det som er nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for at tiltaket iverksettes. Som eksempel kan det nevnes at det ved skjerming begrunnet i hensyn til andre pasienter ikke nødvendigvis er grunn til å hindre pasienten tilgang til medier, men at dette kan være nødvendig der skjerming er begrunnet i et behov for stimulireduksjon.

Annet ledd: Det er heller ikke adgang til å holde døren fysisk stengt på annen måte, for eksempel ved at døren holdes stengt ved fysisk makt eller ved hjelp av en kloss eller lignende.

Ved skjerming på egen enhet er det adgang til å holde døren ut mot øvrige lokaler stengt. Dette må imidlertid praktiseres slik at pasienter under frivillig psykisk helsevern opplever at de har mulighet til å be seg utskrevet og forlate institusjonen.

Til § 6:

Første ledd: Skjerming av behandlingsmessige hensyn kan være nødvendig for eksempel for å begrense pasientens sanseinntrykk. Skjerming kan også brukes i forebyggingshensikt dersom pasienten utviser tiltagende uro eller angst og tiltaket vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand.

Skjerming av hensyn til andre pasienter kan for eksempel være ønskelig når en svært dårlig pasient utviser ukritisk og støyende atferd. Ved vurderingen av om skjerming skal iverksettes må medpasientenes behov vurderes opp mot de uheldige konsekvenser skjerming kan få for pasienten, jf. fjerde ledd.

Skjerming av hensyn til andre pasienter kan også ha et fare- eller skadeavvergende formål. Dette kan særlig være tilfelle hvor pasienten utagerer i miljøet ved avdelingen. Et skjermingstiltak vil i slike situasjoner kunne forhindre at bruk av tvangsmidler blir nødvendig, jf. psykisk helsevernloven § 4-8. Skjerming vil være et mindre inngripende tiltak enn for eksempel isolasjon. Det forutsettes derfor at det skal vurderes om et skjermingstiltak vil være tilstrekkelig i en konkret situasjon, også i situasjoner med et visst element av fare.

Det går likevel et viktig skille mot situasjoner hvor skjerming ikke vil være et tilstrekkelig tiltak og bruk av tvangsmidler blir aktuelt som eneste løsning. Sentrale momenter for om tiltaket anses som skjerming eller isolasjon vil være bakgrunnen for tiltaket og hvilket innhold det har. Som eksempel nevnes det at en pasient utviser utagerende og aggressiv oppførsel i fellesarealet, og at en pleier leder pasienten til dennes rom i den hensikt å skjerme andre pasienter og å hindre at situasjonen utarter seg, samt å få roet ned pasienten. Hvis dette tiltaket viser seg tilstrekkelig i den konkrete situasjonen, må det regnes som skjerming, jfr. § 4-3. Er pasienten derimot så utagerende at det er behov for å ha stengt dør mellom pasient og helsepersonell må tiltaket regnes som isolasjon, jfr. § 4-8. Dette gjelder også i tilfeller der situasjonen tilspisser seg etter at pasienten er ledet til rommet for skjerming.

Annet ledd: Tilfeller hvor pasientens psykiske tilstand kan gjøre skjerming påkrevd kan i tillegg til sterk uro blant annet omfatte tilfeller hvor vedkommende er kataton eller i en tilstand der det er behov for stimulireduksjon. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Hvor sterk uroen må være er gjenstand for en faglig vurdering.

Utagering kan bare begrunne skjerming dersom oppførselen er av et slikt omfang at den er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for de andre pasientene. Utageringen må være av kvalifisert art, men det kreves ikke at pasienten utgjør en fare.

Til § 7:

Første ledd: Dersom pasienten skjerms i kortere perioder på en måte som må regnes som regelmessig, regnes fristen for å treffe vedtak fra det første tiltaket ble iverksatt.

Annet ledd: Med ”skjermet enhet eller lignende” menes lokale som er atskilt fra fellesarealer og pasientrom i avdelingen.

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 moment 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.

Fjerde ledd: Dette gjelder også tiltak som iverksettes uten vedtak eller på bakgrunn av samtykke.

Til § 8:

Første og annet ledd: Det er adgang til å bruke fysisk makt for å iverksette skjerming og opprettholde skjerming overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern. Frivillig innlagte som motsetter seg tiltaket må gis anledning til å skrive seg ut fra sykehuset dersom vedkommende ønsker det.

Tredje ledd: Skjermingstiltak overfor frivillig innlagte må praktiseres slik at det ikke innebærer utgangshindring. Pasienten må informeres om sin rett til å forlate stedet.

Fjerde ledd: Hvorvidt og i hvilken grad personalet skal være tilstede avgjøres på bakgrunn av en faglig vurdering. Dersom pasienten ikke ønsker tilstedeværelse skal dette respekteres i den grad det er forsvarlig og tilstedeværelse ikke er nødvendig av behandlingsmessige hensyn.

Til § 9:

Klage på vedtak om skjerming skal oversendes kontrollkommissjonen straks. Klagen har ikke oppsettende virkning. Men for at klageadgangen skal være reell og for å unngå at skjerming gjennomføres over en relativt lang periode uten overprøving, bør kontrollkommissjonen behandle klager så raskt som mulig.

Til § 10:

Gjentatt eller vedvarende bruk av skjerming kan si noe om institusjonens evne til å håndtere pasienten. Etter annet ledd annet punktum skal institusjonen uoppfordret melde fra til kontrollkommissjonen dersom skjerming blir brukt over lengre tid. Med lengre tid forstås ikke bare sammenhengende bruk av skjerming utover den tidsperiode som etter phvl. § 4-3 krever nytt vedtak (utover to uker), men også gjentatt bruk over et lengre tidsrom.

3 Endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv.

3.1 Bakgrunn og gjeldende rett

I forskriften gis det nærmere bestemmelser om hvordan tvungent psykisk helsevern etableres og opphører. Herunder gis det nærmere regulering av vedtak

om tvungen undersøkelse, tvungen videre undersøkelse (observasjon), tvungent psykisk helsevern og overføring jf. psykisk helsevernloven §§ 4-10 og 5-4.

3.2 Lovendringer og behov for forskriftsendringer

Konsekvensene av de vedtatte lovendringer viderefører i all hovedsak gjeldende rett. Dette gjelder blant annet grunnvilkår og tilleggsvilkår for tvungent psykisk helsevern. Kravet til begjæring fra offentlig myndighet eller pasientens nærmeste pårørende som vilkår for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern er imidlertid opphevet. Begjæring skal ikke lenger være et vilkår for tvungen observasjon eller etablering av tvungent psykisk helsevern. Likevel skal offentlig myndighet fremme begjæring som i dag dersom den aktuelle myndighetsinstans mener det er nødvendig å vurdere tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Videre er det vedtatt et snevert unntak fra tidsbegrensningen for observasjon som i dag er 10 dager. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig kan fristen utvides med inntil 10 dager. Unntaket kan ikke benyttes i tilfeller hvor manglende utredning skyldes mangelfulle rutiner eller ressursmangel hos vedkommende institusjon. Det kan heller ikke benyttes i tilfeller hvor det er brakt på det rene at pasienten ikke fyller vilkårene for tvungent vern, men hvor man likevel mener pasienten bør holdes tilbake av hensyn til pasienten selv eller andre.

Endelig er det foreslått endringer i bestemmelsen som gjelder overføring jf. psykisk helsevernloven §§ 4-10 og 5-4. Overskriften er endret til overføring uten eget samtykke. Det er presisert i bestemmelsen at det ikke skal treffes vedtak ved overføringer mellom ulike former for døgnopphold innen samme institusjon, med andre ord overføringer mellom ulike behandlingsnivå innen samme institusjon.

Lovendringene stiller på bakgrunn av dette krav til enkelte forskriftsendringer. I tillegg til dette er det foretatt betydelige redigeringsmessige endringer i psykisk helsevernlovens kapittel 3 som innebærer at henvisningene til lovens bestemmelser må endres.

3.3 Departementets vurdering og forslag

De vedtatte lovendringer må innarbeides i forskriften. Dette krever særlig endringer i §§ 4 og 7. Etter departementets vurdering er det grunn til fortsatt å ha en særskilt forskriftsregulering av begjæring. Det er likevel ikke nødvendig å ha to bestemmelser om dette. På grunnlag av de vedtatte lovendringer skal begjæring heretter bare fremmes av offentlig myndighet i de tilfeller vedkommende myndighetsinstans mener dette er nødvendig, med andre ord at vedkommende person antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern og har behov for tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Dette tilsier at reguleringen av begjæringsplikten og saksbehandlingsregler knyttet til denne samles i én bestemmelse, jf. forslaget § 4.

For øvrig anses det ikke nødvendig med forskriftsendringer utover det som følger av en teknisk tilpasning til de vedtatte lovendringer, herunder lovendringen når det gjelder unntak for tidsfrist vedrørende tvungen observasjon, se ovenfor i punkt 3.2.

3.4 Forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v.

§ 1 Virkeområde

Denne forskrift regulerer hvordan etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern gjennomføres, herunder:

- a) legeundersøkelse for å bringe på det rene om en person trenger tvungent psykisk helsevern (lovens § 3-1),
- b) *Offentlig myndighets* begjæring om *tvungen undersøkelse, tvungen observasjon* og tvungent psykisk helsevern (lovens 3-6 annet ledd),
- c) vedtak om *tvungen observasjon* eller tvungent psykisk helsevern (lovens § 3-2),
- d) kontrollundersøkelser (lovens § 4-9),
- e) vedtak om overføringer *uten samtykke* (lovens § 4-10),
- f) opphør av tvungent psykisk helsevern (lovens § 3-7 og § 7-1) .

§ 2 Legeundersøkelse

Legeundersøkelse i henhold til psykisk helsevernloven § 3-1 kan foretas av lege eller turnuslege med rett til å utøve legevirkosomhet i Norge.

Legen skal på grunnlag av den personlige undersøkelsen gi råd og veiledning om de skritt han mener bør tas. Finner legen grunnlag for videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern, skal han gi en skriftlig uttalelse om dette.

Uttalelsen skal gi opplysninger om:

- a) hvem som har tatt initiativ til 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 og
- e) hvilket grunnlag som anses å være tilstede for å etablere *tvungen observasjon* eller tvungent psykisk helsevern, jf. loven §§ 3-2 og 3-3.

Den som har tatt initiativ til legeundersøkelsen skal informeres om legens konklusjoner med hensyn til pkt e) ovenfor. Vedkommende har ikke krav på å få innsyn i de skriftlige legeopplysningene.

§ 3 Vedtak om tvungen legeundersøkelse

Hvis den antatt syke unndrar seg undersøkelse som nevnt i § 2 i forskriften her, 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 tilstede. 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. Den saken gjelder skal informeres om adgangen til å påklage vedtaket til fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 3-1 *tredje ledd*.

Kommunelegen kan delegerer 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.

§ 4 Begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Dersom offentlig myndighet gjennom sin virksomhet blir kjent med personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, skal det fremmes begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern dersom vedkommende myndighet mener dette er et nødvendig tiltak for vedkommende. Den som fremsetter begjæringen må ha kjennskap til saken og pasientens situasjon.

Offentlig myndighets begjæring om *tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan* fremsettes av

- a) kommunelegen eller dennes stedfortreder,
- b) sosialtjenesten hvor den på forhånd har hatt kontakt med den antatt syke,
- c) politiet dersom den antatt syke 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 den antatt syke er innsatt i anstalt under fengselsvesenet.

Begjæring som nevnt i første ledd skal være skriftlig, datert og adressert til den aktuelle institusjon. Pasientens navn, fødselsdato og adresse skal framgå. Det skal også framgå hvem som begjærer, og eventuelt hvilket forhold vedkommende har til pasienten.

Opplysninger fra legeundersøkelsen, jf. § 2, skal legges ved i lukket konvolutt, eller sendes direkte fra den lege som har foretatt undersøkelsen.

Skriftlig begjæring 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. § 6 tredje ledd.

§ 5 Vedtak om videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern

Den faglig ansvarlige for vedtak, jf. psykisk helsevernloven § 1-4, treffer vedtak om *tvungen observasjon* eller tvungent psykisk helsevern på bakgrunn av *uttalelse* fra lege, samt ny legeundersøkelse av pasienten ved institusjonen. Den som treffer vedtaket skal selv ha undersøkt pasienten.

Dersom det foreligger begjæring fra offentlig myndighet skal den faglig ansvarlige for vedtak skal påse at begjæringen er fremmet av rett instans, jf. § 4, samt at uttalelse fra lege foreligger. En eventuell begjæring og legeuttalelsen skal ikke ligge lenger tilbake i tid 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 avslag på begjæring om dette, skal nedtegnes og inntas i pasientens journal. Underretning om vedtak, herunder avslag, og begrunnelsen for dette skal gis pasienten, hans eller hennes nærmeste *pårørende*, samt den som har fremsatt begjæringen. Det skal samtidig informeres om adgangen til å klage til kontrollkommisjonen. Gjenpart av vedtak om *tvungen observasjon* eller tvungent psykisk helsevern og de dokumenter vedtaket bygger på, skal sendes kontrollkommisjonen.

§ 6 Nærmere om *tvungen observasjon*

Tvungen observasjon skal ikke ha lengre varighet enn det som er strengt nødvendig for å bringe på det rene om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. *Observasjonen skal likevel ikke vare utover 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten at pasienten samtykker, jf. psykisk helsevernloven § 3-2, første ledd. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder. I slike tilfeller skal kontrollkommisjonens formann varsles snarest mulig, og et eventuelt samtykke må gis innen utløpet av den opprinnelige fristen på 10 dager.*

Opplysninger om hvilke undersøkelser som er gjort, og hvilke observasjonsmetoder som er brukt, skal nedtegnes og inntas i pasientens journal.

§ 7 Kontrollundersøkelser

Den faglig ansvarlige for vedtak skal fortløpende vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern fremdeles er tilstede, jf. psykisk helsevernloven § 3-7 første ledd.

Den faglig ansvarlige for vedtak skal sørge for at det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om de grunnleggende krav og vilkår etter psykisk § 3-3 fremdeles er tilstede, jf. psykisk helsevernloven § 4-9.

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

§ 8 Vedtak om overføringer, jf psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4

Ved overføring til annen døgninstitusjon skal det treffes særskilt vedtak, samt ved overføring mellom de former for tvungent psykisk helsevern som nevnt i psykisk helsevernloven § 3-5 gjelder første ledds første punktum tilsvarende, men slik at vedtaket skal treffes av den faglig ansvarlige for vedtak.

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

Vedtaket skal nedtegnes og inntas i pasientens journal.

Den person saken gjelder og hans eller hennes nærmeste *pårørende* skal straks underrettes om vedtaket og begrunnelsen for dette. Det skal samtidig orienteres om adgangen til å klage til kontrollkommisjonen.

Bestemmelsen her gjelder tilsvarende ved overføringer etter psykisk helsevernloven § 5-4. Dette likevel slik at vedtakene skal treffes av den faglig ansvarlige for vedtak, og at påtalemyndigheten skal underrettes om vedtaket.

§ 9 Opphør av videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern

Videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern opphører ved:

- a) den faglig ansvarliges vedtak etter begjæring av pasienten selv eller hans eller hennes nærmeste *pårørende*, jf. psykisk helsevernloven § 3-7 tredje ledd,
- b) den faglig ansvarliges vedtak etter eget initiativ, jf. psykisk helsevernloven § 3-7 annet ledd,
- c) kontrollkommisjonens vedtak etter klage, jf. psykisk helsevernloven § 6-4, jf. § 3-7 fjerde ledd,
- d) dom for opphør av tvungent psykisk helsevern ved prøving av kontrollkommisjonens vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 7-1 og tvistemålsloven kap. 33.

Vedtaket om opphør av videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern skal nedtegnes i pasientens journal.

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

§10 Veiledningsplikt

Institusjonen plikter å sørge for at den person saken gjelder og dennes nærmeste *pårørende* får nødvendig informasjon om sine rettigheter, herunder adgangen til å klage til kontrollkommisjonen og bistand til dette, om rett til advokat eller annen fullmektig, om adgangen til å kreve dokumentinnsyn mv.

3.5 Merknader til forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1410 om etablering av tvungent psykisk helsevern mv.

Til § 4:

Det er foreslått materielle endringer som følge av lovendringene. Reguleringen som i dag finnes i bestemmelsene §§ 4 og 5 i gjeldende forskrift er foreslått slått sammen i ny § 4.

Første ledd i bestemmelsen er nytt. Det gjengir den plikt som følger av loven til å fremme begjæring om tvungent psykisk helsevern i tilfeller hvor offentlig myndighet gjennom sin virksomhet blir kjent med personer som antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og hvor vedkommende myndighetsinstans mener tvungent vern er nødvendig. Nødvendighetskravet er presisert, selv om dette også ligger i vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Tvang skal bare benyttes i tilfeller hvor det ikke finnes frivillige alternativer.

Selv om begjæring ikke lenger er et selvstendig vilkår for tvungent psykisk helsevern innebærer denplikten som følger av den nye § 3-6 første ledd i loven at både offentlig myndighet og den enkelte institusjon som er godkjent for bruk av tvang fortsatt må ha systemer for å ivareta kravet til begjæring.

Kontrollkommisjonene skal påse atplikten overholdes, men brudd påplikten vil ikke innebære at tvungent psykisk helsevern ikke kan etableres.

Til § 5:

I første ledd er kravet til begjæring tatt ut som følge av de vedtatte lovendringer. Se også merknad til forslag til § 4.

Til § 6:

I forslagetets *annet ledd* er det innarbeidet en lovendring som innebærer mulighet for unntak i spesielle tilfeller hvor pasientens tilstand innebærer at fristen på 10 dager ikke er tilstrekkelig til å klargjøre om det foreligger en alvorlig sinnslidelse, eller om pasientens symptomer skyldes andre forhold. Dette unntaket vil særlig relevant overfor pasienter som misbruker rusmidler, og hvor pasientens symptomer kan skyldes dette misbruket. Av hensyn til blant annet menneskerettslige forpliktelser forutsetter lovens forarbeider at unntaket praktiseres strengt. Unntaket skal ikke benyttes for å holde tilbake pasienter hvor

man har klarlagt at det ikke foreligger en alvorlig sinnslidelse, eller hvor institusjonen mangler ressurser til å foreta en tilstrekkelig undersøkelse og dokumentasjon innen fristen på 10 dager.

Til § 8:

Første og annet ledd i gjeldende forskrift er slått sammen. Den faglig ansvarlige ved den institusjon pasienten i utgangspunktet oppholder seg på treffer vedtak både ved overføring til annen institusjon og ved overføring til annen tvangsform, det vil si med eller uten døgnopphold.

Øvrige endringsforslag innebærer kun en teknisk tilpasning til lovendringene.

4 Endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet

4.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Med begrepet tvangsmiddel menes skadeavvergende tiltak i akutte nødsituasjoner. Bruk av tvangsmidler er uttømmende regulert i psykisk helsevernloven § 4-8. Som tvangsmidler regnes mekaniske tvangsmidler (blant annet belter og remmer), kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale tilstede (isolasjon) og enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt. Det er gitt nærmere bestemmelser i forskrift av 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innen det psykiske helsevernet.

Fastholding omfattes ikke av psykisk helsevernloven § 4-8, og er heller ikke for øvrig nevnt i lov eller forskrift. I forarbeidene til psykisk helsevernloven ble fastholding ansett som mindre et inngripende tiltak enn bruk av de tvangsmidlene som er nevnt i bestemmelsen, jf. Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) s. 163. I høringsnotatet om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven (13. juni 2005) ble det reist spørsmål om fastholding burde lovreguleres under henvisning til innspill om at tiltaket ble benyttet i betydelig grad i psykisk helsevern for barn og unge. Praksisen med fastholding har sammenheng med forbudet mot bruk av mekaniske tvangsmidler og isolasjon overfor barn under 16 år.

Kompetansen til å vedta bruk av tvangsmidler ligger etter gjeldende rett til lege, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 femte ledd.

4.2 Lovendringer og behov for forskriftsendringer

Det er vedtatt en lovendring i psykisk helsevernloven § 4-8, hvoretter kortvarig fastholding som skadeavvergende tiltak regnes som tvangsmiddel. Formålet med

lovendringen er å ivareta hensynet til pasientens rettsikkerhet ved å stille formelle og materielle vilkår for tiltaket.

Forslaget innebærer at fastholding i situasjoner der pasienten motsetter seg det bare kan benyttes når det vurderes som uomgjengelig nødvendig, og at det bare skal brukes hvor lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Videre er det vedtatt en lovendring i § 4-8 bokstav b, hvor det er presisert at det regnes som isolasjon også i tilfeller hvor døren mellom pasient og personale ikke er låst, men stengt ved hjelp av holding, bruk av kloss eller liknende.

Endelig er det vedtatt en lovendring i § 4-8 femte ledd når det gjelder vedtakskompetansen for bruk av tvangsmidler. Etter lovendringen er det den faglig ansvarlige for vedtak som skal ha kompetansen til å vedta bruk av tvangsmidler med mindre annet er fastsatt i forskrift. I forbindelse med høringen av lovforslagene etterlyste flere av høringsinstansene muligheter for unntak fra kravet til at faglig ansvarlig skal vedta bruk av tvangsmidler. Det ble vist til at dette er tiltak som brukes i akutte situasjoner, ofte nattetid og i helger. Et krav til at faglig ansvarlig alltid må treffe vedtak i slike tilfeller ville være uforenlig med de vaktordninger som institusjonene er avhengige av.

4.3 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering bør det forskriftsfestes nærmere bestemmelser om fastholding. Eksempler på handlinger som må regnes som holding eller fastholding etter en naturlig forståelse av ordene vil være å lede en pasient inn på et rom, fastholding av pasientens hender slik at vedkommende hindres i å klore seg, fastholding for å trygge eller trøste og fysisk inngripende fastholding for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre.

Psykisk helsevernloven § 4-8 er ikke ment å omfatte ethvert tiltak som innebærer at pasienten holdes. For det første omfattes bare de tilfeller der formålet med fastholdingen er å avverge at pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre eller for å avverge betydelig materielle skade, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd.

For det andre vil det i mange situasjoner være naturlig å vurdere fastholding som en naturlig del av omsorgen for pasienten, ikke som et tvangstiltak. Det samme kan gjelde holding i grensesettingssituasjoner. Slike tilfeller bør etter departementets vurdering falle utenfor bestemmelsen.

Med andre ord skal det en del til for at et tiltak skal regnes som fastholding i lovens forstand, slik at det forutsetter et vedtak. Hvorvidt bruk av holding vil kreve vedtak må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering av den enkelte situasjon der sentrale momenter vil være hvordan pasienten forholder seg tiltaket og hvor inngripende tiltaket er. Departementet foreslår på dette grunnlag nærmere regulering av fastholding i forskriften §§ 3 og 7.

I tillegg er det etter departementets vurdering behov for å forskriftsregulere unntak fra kravet til at faglig ansvarlig skal vedta bruk av tvangsmidler, jf. lovendringen i § 4-8 femte ledd, samt endring av forskriften § 3 bokstav b) i tråd med lovendringen i § 4-8 annet ledd bokstav b).

4.4 Forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet

§ 3 skal lyde:

§ 3 Definisjon

Som tvangsmidler etter denne forskrift regnes

- 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 personale tilstede (isolering) og
- c) enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- d) *kortvarig fastholding*

§ 6 skal lyde:

§ 6 Vedtak om bruk av tvangsmidler

Vedtak om bruk av tvangsmidler skal treffes av *den faglig ansvarlige for vedtak*.

Hvis en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med *den faglig ansvarlige for vedtak* ikke er mulig, kan ansvarshavende ved avdelingen vedta bruk av mekaniske tvangsmidler eller isolering. I slike tilfeller skal *den faglig ansvarlige for vedtak 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.*

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold og meddeles pasienten, og hans eller hennes nærmeste *pårørende* med mindre pasienten motsetter seg dette. Det skal samtidig opplyses om adgangen til klage.

Tvangsmidlets art og begrunnelsen for bruken skal føres inn i pasientens journal.

§ 7 skal lyde:

§ 7 Gjennomføringen

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

Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig. Anbringelse bak avlåst *eller stengt* dør uten personale til stede (isolering) skal maksimalt anvendes i inntil to timer om gangen. Ved sammenhengende bruk av tvangsmidler ut over 8 timer skal det, så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig,

sørgeres 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 personale 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 forutsette virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

4.5 Merknader til forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1173 om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnoophold innenfor det psykiske helsevernet

Til § 3:

Bokstav b er endret i tråd med endringene i phvl § 4-8 b, hvor det nå er presisert at isolering ikke bare omfatter anbringelse bak låst dør, men også dersom døren på annen måte er stengt. For eksempel ved at døren holdes av personalet eller ved bruk av kloss eller liknende.

Bokstav d er ikke ment å omfatte ethvert tiltak som innebærer at pasienten holdes. For det første omfattes bare de tilfeller der formålet med fastholdingen er å avverge at pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig materiell skade, jfr. phvl. § 4-8 første ledd.

For det andre vil det i mange situasjoner være naturlig å vurdere fastholding som en naturlig del av omsorgen for pasienten, og ikke som et tvangstiltak. Det samme kan gjelde holding i grensesettingssituasjoner. Slike tilfeller bør etter departementets vurdering falle utenfor bestemmelsen.

Med andre ord skal det en del til for at et tiltak skal regnes som fastholding i lovens forstand, slik at det forutsetter et vedtak. Hvorvidt bruk av holding vil kreve vedtak, må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering av den enkelte situasjon der sentrale momenter vil være hvordan pasienten forholder seg til tiltaket, hvor lenge det opprettholdes og hvor inngripende det er.

Hvis pasienten motsetter seg tiltaket og tiltaket likevel opprettholdes, vil dette tilsi at det regnes som fastholding i lovens forstand. Samtidig kan et tiltak i seg selv være så inngripende at det faller inn under bestemmelsen uten at pasienten gjør motstand, for eksempel hvis en pasient blir holdt fast i lengre tid for å hindre selvskading. Situasjoner der holdingen er mindre inngripende, for eksempel der en pasient blir holdt i armen og ledet til sitt rom uten å gjøre motstand, vil derimot kunne falle utenfor. Det samme kan gjelde holding i omsorgs- og grensesettingssituasjoner, for eksempel hvor en pasient blir holdt rundt for å bli trøstet eller hvor en pasient under et måltid griser med mat og pleiepersonale i en kort periode holder vedkommendes hender for å få pasienten til å slutte med dette.

Fastholding er særlig aktuelt overfor barn på grunn av forbudet mot bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år, jf. phvl. § 4-8 tredje ledd.

Betegnelsen ”kortvarig” er tatt inn for å understreke at bruken av tiltaket ikke skal opprettholdes i lengre tid enn det som er strengt nødvendig, jf. § 7.

Til § 6:

Bestemmelsen i § 6 første og andre ledd er endret i tråd med endringen i phvl § 4-8 femte ledd. Etter denne lovendringen er det nå den faglig ansvarlige for vedtak som har kompetansen til å vedta bruk av tvangsmidler. Dette gjelder så langt ikke noe annet er fastsatt i forskrift.

Begrepet ”nærmeste” i tredje ledd er endret til ”nærmeste pårørende” i tråd med opphevelsen av definisjonene i phvl § 1-3 første til tredje ledd. Hvem som er pårørende er nå regulert av reglene i pasientrettighetsloven. Der brukes begrepet nærmeste pårørende.

Til § 7:

Første ledd: Mindre inngripende tiltak bør forsøkes i den grad det er mulig.

Før et tvangsmiddel tas i bruk, skal pasienten i den grad det er mulig, informeres om at tiltaket vil bli iverksatt og hvorfor dette blir gjort.

Fastholding skal gjennomføres på en så lite inngripende måte som mulig. Dette kan overfor enkelte pasienter innebære at tiltaket bør gjennomføres av personale av samme kjønn som pasienten. I noen tilfeller kan det være grunn til at fastholding bør unngås brukt overfor en pasient som har vært utsatt for seksuelt misbruk.

Annet ledd første punktum: Bruk av tvangsmidler kan bare opprettholdes så lenge vilkårene for slik bruk er tilstede, jf. phvl. § 4-8.

5 Endringer i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

5.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Etter gjeldende psykisk helsevernloven § 4-1 har institusjoner i det psykiske helsevernet ansvar for å utarbeide en individuell plan for pasienten. Tilsvarende plikter ble ved helselovreformen innført i spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 (nå § 2-5), pasientrettighetsloven § 2-5 og kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. Fra 1. januar 2004 ble det også lovfestet en plikt for sosialtjenesten til å utarbeide individuell plan i sosialtjenesteloven § 4-3a. Med hjemmel i lovbestemmelsene er det gitt felles forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr. 81.

Gjeldende bestemmelse i psykisk helsevernloven § 4-1 er imidlertid annerledes utformet enn den øvrige lovgivning om individuell plan. Den viktigste forskjellen er at bestemmelsen i utgangspunktet gir institusjoner i det psykiske helsevernet plikt til å utarbeide individuell plan for alle pasienter i det psykiske helsevernet. For pasienter under frivillig psykisk helsevern skal det imidlertid gis samtykke til utarbeidelse av slik plan. Disse særbestemmelsene er nedfelt i gjeldende forskrift §§ 5 og 6.

I den øvrige lovgivningen på området er retten til slik plan og plikten for institusjonene til å utarbeide den forbeholdt personer med behov for langvarige og koordinerte tilbud.

5.2 Lovendring og behov for forskriftsendringer

Stortinget har vedtatt en endring i psykisk helsevernloven § 4-1 som innebærer en harmonisering med ordlyden i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Dette innebærer at kriteriene for hvem det skal utarbeides individuell plan for blir harmonisert med resten av lovgivningen på dette området. Videre innebærer det en presisering av at det er de samme krav som stilles til innholdet i planen i det psykiske helsevernet som i helse- og sosialtjenesten ellers. Lovendringene nødvendiggjør endringer i forskriften §§ 5 og 6.

5.3 Departementets vurdering og forslag

Som følge av lovendringene foreslår departementet at særreguleringen i forskriften §§ 5 og 6 oppheves.

5.4 Forslag til endringer i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

§ 5 skal lyde:

§ 5 Samtykke

Individuell plan skal ikke utarbeides uten tjenestemottakerens *samtykke*.

For pasienter gjelder pasientrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp tilsvarende.

§ 6 skal lyde:

§ 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, *psykisk helsevernloven § 4-1* og sosialtjenesteloven § 4-3a. Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med *disse*. Den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet.

Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.

5.5 Merknader til forslag til endringer i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Til § 5:

Annet ledd i bestemmelsen er foreslått fjernet som følge av lovendringen. Her er det i gjeldende forskrift en særregulering av samtykke etter psykisk helsevernloven.

Til § 6

I første ledd er særreguleringen av hvem institusjonen har plikt til å utarbeide individuell plan for foreslått fjernet som følge av lovendringen.

6 Endringer i forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet

6.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Etter dagens lov om psykisk helsevern fremgår det av § 1-4 første ledd at den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte tiltak etter psykisk helsevernloven er ”vedkommende overlege”. I forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet §§ 3 og 4 fremgår det nærmere hvem som kan inneha et slikt ansvar. For det psykiske helsevernet for voksne er hovedregelen at dette er lege som er spesialist i psykiatri og som har en overordnet stilling. Unntak fra regelen følger av § 3 annet ledd der det fremgår at også annen lege med spesialistutdanning i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, samt spesialist i klinisk voksen psykologi som tilfredsstiller kravene i § 5 annet ledd, kan være faglig ansvarlig. For det psykiske helsevern for barn og ungdom er hovedregelen at det faglige ansvaret for vedtak skal innehas av lege i overordnet stilling som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. I henhold til unntak fra regelen i § 4 annet ledd kan også annen lege med spesialistutdanning i barne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri, samt spesialist i klinisk psykologi med fordypning barne- og ungdomspsykologi, være faglig ansvarlig.

Forskriftens § 3 tredje og § 4 tredje ledd gir en begrensning for de tilfeller hvor klinisk psykolog er faglig ansvarlig. Vedkommende kan ikke være faglig ansvarlig for vedtak etter lovens § 4-4, om behandling med legemidler.

I forskriftens § 5 gis det regler om delegering av ansvar for vedtak som skal fattes av faglig ansvarlig etter § 1-4. Denne regelen forutsetter at den faglig ansvarlige er en overlege ved den aktuelle institusjon, som kan delegere myndigheten til en annen, som innehar de nødvendige kvalifikasjoner.

6.2 Lovendringer og behov for forskriftsendringer

Ved endringene i lov om psykisk helsevern går departementet også inn for endring i lovens § 1-4 om faglig ansvarlig for vedtak. Etter endringen i paragrafen er det nå lege med relevant spesialistgodkjenning, eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning, som kan være faglig ansvarlig. Regelen om at den faglig ansvarlige er ”vedkommende overlege” faller også bort. Endringen i psykisk helsevernloven § 1-4 er ikke ment å innebære en realitetsendring, men er gjennomført for å bringe lovens ordlyd i samsvar med slik lov og forskrift har vært tolket i gjeldende rett.

I dagens forskrift §§ 3 og 4 er det gitt separate bestemmelser for henholdsvis psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom. Dette er gjort på grunn av forskjellen i unntaksbestemmelsene i §§ 3 og 4 annet ledd hvor det er gjort et videre unntak for legespesialister enn psykologspesialister. Psykologspesialister kan kun være faglig ansvarlig i henhold til sitt fordypningsområde, mens legespesialister kan være faglig ansvarlig for både voksne og barn/ungdom uavhengig av spesialist. Det må vurderes om det er grunnlag for en slik forskjell.

På bakgrunn av forståelsen av gjeldende rett er det etter departementets oppfatning grunn til å reise spørsmål ved om bestemmelsen om delegering av myndigheten som faglig ansvarlig i § 5 en naturlig å videreføre. Det kompetansekrav som er lovfestet i § 1-4 overlater den nærmere organisering av vedtakskompetansen til den enkelte institusjon. Etter departementets vurdering bør det vurderes om det er behov for en særskilt regulering av institusjonenes systemansvar når det gjelder dette.

Det er også foretatt en lovendring i psykisk helsevernloven § 4-4 som krever en drøftelse av behov for forskriftsregulering. Det er her gitt en særskilt regulering av vedtak om næringstilførsel uten pasientens samtykke. I forhold til denne forskriften må foretas en vurdering av hvem som kan være faglig ansvarlig for et slikt vedtak. Vurderingen er imidlertid foretatt i punkt 8.3 i tilknytning til reguleringen av en særskilt bestemmelse om ernæring uten eget samtykke i forskrift om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

6.3 Departementets vurdering og forslag

Bestemmelsen i psykisk helsevernloven § 1-4 kommer i tillegg til de generelle krav i helsepersonelloven §§ 4 og 16, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om forsvarlig yrkesutøvelse og organisering av tjenestene. Helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet får således også betydning for ivaretagelsen av vedtakskompetansen på system- og individnivå. Prinsippene bak denne lovgivningen er blant annet å presisere både det individuelle ansvar som påhviler det enkelte helsepersonell for forsvarlig yrkesutøvelse og det systemansvar som påligger helsetjenestene for forsvarlig organisering.

Etter departementets vurdering bør nettopp ansvaret for en forsvarlig organisering av vedtakskompetansen reguleres i forskrift. Det er et ansvar for den enkelte institusjon å organisere virksomheten slik at det til enhver tid er tilstrekkelig personell med vedtakskompetanse, herunder ordninger i forbindelse med kveld/natt, ferie og sykefravær. I hvilken grad den faglig ansvarlige også skal ha administrativt lederansvar vil være opp til den enkelte institusjon å vurdere, og må

ses i sammenheng med plikten til en forsvarlig organisering. Det foreslås en endring av forskriften § 5 for å regulere systemansvaret.

Etter departementets syn er det på bakgrunn av forståelsen av gjeldende rett og lovendringen i § 1-4 ikke lenger nødvendig å beholde delegasjonsbestemmelsen i § 5. En delegasjonsbestemmelse ville være naturlig dersom det her var tale om et krav til ledelse. All den tid det er tale om kompetansekrav bør disse uttømmende gis i forskriften. Ledelsens ansvar for å sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetansen er foreslått regulert i § 5, se ovenfor.

Videre kan ikke departementet se at det er grunnlag for å opprettholde forskjellen i §§ 3 og 4 annet ledd hvor psykologspesialister kun være faglig ansvarlig i henhold til sitt fordypningsområde, mens legespesialister kan være faglig ansvarlig for både voksne og barn/ungdom uavhengig av spesialitet. Det vises særlig til at kompetansen som faglig ansvarlig ikke følger automatisk av å tilfredsstille kompetansekravene i bestemmelsen. En eller flere faglige ansvarlige må utpekes særskilt, og organiseringen av vedtakskompetansen er et ansvar som påhviler den enkelte institusjon, jf. ovenfor og forslag til § 5.

6.4 Forslag til endring i forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet

Ny § 3 skal lyde:

§ 3 Faglig ansvarlig for vedtak i psykisk helsevern

I psykisk helsevern skal det faglige ansvar for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak i henhold til psykisk helsevernloven, innehas av lege som er spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, eller klinisk psykolog med fordypningsområde klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi som tilfredsstiller kravene i annet ledd.

Spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi må dokumentere minst to års relevant praksis fra aktuell institusjon eller avdeling som er godkjent for å ha ansvar for tvungent psykisk helsevern, hvor nedre grense for godkjenning av et arbeidsforhold vil være 6 måneder.

Faglig ansvar for vedtak etter lovens § 4-4, om behandling med legemidler, kan ikke innehas av klinisk psykolog som nevnt i første ledd.

Ny § 4 skal lyde:

Den enkelte institusjon skal sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell. Institusjonen utpeker en eller flere faglig ansvarlige og legger til rette for opplæring i henhold til § 2.

§ 5 oppheves, § 6 blir ny § 5.

6.5 Merknader til forslag til endringer i forskrift 1. desember 2000 nr. 1219 om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet

Til § 3:

Her er det foreslått en tilpasning til ny lovtekst. Lovteksten bruker ikke begrepet ”spesialist i klinisk psykologi”, da dette ikke er en godkjent spesialitet etter helsepersonelloven.

Det er videre foreslått en felles bestemmelse for voksne og barn/ungdom som erstatter dagens §§ 3 og 4. Dette er en følge av at forskjellen i bestemmelsenes annet ledd, hvor psykologspesialister kun kan være faglig ansvarlig i henhold til sitt fordypningsområde, mens legespesialister kan være faglig ansvarlig for både voksne og barn/ungdom uavhengig av spesialitet, ikke videreføres.

Videre er praksiskravene til psykologspesialist, som i dag fremgår av forskriften § 5 annet ledd, inntatt i bestemmelsenes annet ledd. Kompetansekravene er nå uttømmende regulert i bestemmelsen.

Bestemmelsen angir minstekrav til kompetanse for den som skal treffe vedtak, men unntar ikke ledelsen ansvar for en forsvarlig organisering av vedtaksfunksjonen. Kompetanse som faglig ansvarlig følger således ikke automatisk av å tilfredsstille kompetansekravene i bestemmelsen. En eller flere må utpekes særskilt.

Til § 5:

Delegasjonsbestemmelsen i dagens § 5 er foreslått opphevet og erstattet av en ny bestemmelse som regulerer institusjonenes systemansvar når det gjelder organiseringen av vedtakskompetansen. Kravet til at det tilrettelegges for opplæring i aktuelt regelverk, jf. forskriften § 2, er særskilt presisert.

7 Endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet

7.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Dagens forskrift om kontrollkommisjonens virksomhet regulerer virksomheten til kontrollkommisjoner innen det psykiske helsevernet. Det gis her regler om kontrollkommisjonenes interne organisering og habilitetsregler, deres saksbehandling og etterprøving, og hvilke kontrolloppgaver kommisjonen ellers skal gjennomføre. Dagens forskrift sier ikke noe om hvorvidt og i hvilken utstrekning kontrollkommisjonen skal kontrollere at pasienten har fått en individuell plan etter lov om psykisk helsevern § 4-1.

7.2 Lovendringer og behov for forskriftsendringer

De vedtatte lovendringer omfatter i liten grad kontrollkomisjonenes virksomhet. Det er vedtatt to lovendringer som regulerer kompetansen til kontrollkomisjonens leder. Kontrollkomisjonens leder kan gi samtykke til utvidelse av observasjonstid, jf. psykisk helsevernloven § 3-2 fjerde ledd og kan beslutte utsatt iverksetting av den faglig ansvarliges vedtak etter § 3-7 annet ledd jf. fjerde ledd siste punktum.

Videre er det i psykisk helsevernloven § 3-8 annet ledd tatt inn en plikt for kontrollkomisjonen til å kontrollere at individuell plan foreligger jf. psykisk helsevernloven § 4-1. Etter denne bestemmelsen har pasienter i det psykiske helsevernet krav på en individuell plan på samme måte som andre pasienter etter pasientrettighetsloven § 2-5.

I tillegg er det skjedd endringer i strukturen på store deler av lov om psykisk helsevern, og da i særdeleshet kapittel 3. Det må derfor foretas endringer i forskriftens lovhenvvisninger.

7.3 Departementets vurdering og forslag

Lovendringen i psykisk helsevernloven § 3-8 annet ledd innebærer at kontrollkomisjonen får en ny oppgave i forbindelse med den kontroll av grunnlaget for fortsatt tvungent psykisk helsevern som skal foretas etter tre måneder. Denne endringen bør også innarbeides i forskriften. Departementet har vurdert om det er behov for ytterligere regulering av hva som skal være følgene av at individuell plan ikke foreligger. Lovendringen gir ikke grunnlag for at det tvungne vernet skal opphøre i tilfeller hvor individuell plan ikke foreligger. Likevel vil dette kunne være et moment som inngår i helhetsvurderingen som skal foretas. I enkelte tilfeller vil det imidlertid kunne være hensiktsmessig at kontrollkomisjonen varsler Helsetilsynet i fylket. Departementet anser dette dekket av forskriften § 4-2 fjerde ledd. I denne bestemmelsen foreslås det en endring av ordlyden til Helsetilsynet i fylket som er den korrekte betegnelsen etter omorganiseringen av tilsynsmyndigheten 1. januar 2003.

Øvrige forslag til endringer av forskriften dreier seg kun om endring av lovhenvisningene, slik at de samsvarer med strukturendringen i psykisk helsevernloven, i særdeleshet kapittel 3.

7.4 Forslag til endring i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkomisjonens virksomhet

§ 1-8 første ledd bokstav b) skal lyde:

b) oppgave over pasienter som er overført til opphold i institusjon, eller til andre tiltak under ansvar av institusjon, jf. psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4, jf. § 3-5

§ 3-1, overskrift og første ledd skal lyde:

§ 3-1 Dokumentkontroll, jf. psykisk helsevernlovens § 3-8 første ledd

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 framgangsmåte er fulgt, og at vedtaket bygger på en vurdering av de grunnleggende kravene i psykisk helsevernlovens §§ 3-2 *eller* 3-3.

§ 3-2 første ledd skal lyde:

§ 3-2 Etterprøving etter tre måneder

Dersom det ikke klages over etableringen av tvunget psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvunget vern. Kontrollkommisjonen skal i vurderingen se hen til om vilkårene for tvunget 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 helsevernlovens § 4-1.*

§ 3-4, overskriften skal lyde:

§ 3-4 Frivillig psykisk helsevern for barn som har fylt 12 år, jf. psykisk helsevernlovens § 2-1 *annet* ledd

§ 3-5, overskriften skal lyde:

§ 3-5 Begjæring om samtykke til å være undergitt reglene om tvunget psykisk helsevern etter psykisk helsevernlovens § 3-5, jf. psykisk helsevernlovens § 2-2

§ 4-2 fjerde ledd skal lyde:

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.

7.5 Merknader til forslag til endringer i forskrift 21. desember 2000 nr. 1408 om kontrollkommisjonens virksomhet

Til § 3-2

Når kontrollkommisjonen skal vurdere behovet for tvunget vern etter tre måneder etter denne bestemmelsen skal den etter endringen i lov om psykisk helsevern § 3-8 også kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten, i samsvar med lovens § 4-1. Tilleggsbestemmelsen presiserer at denne kontrollen har sammenheng med kontrollen av behovet for tvunget vern, i samsvar med loven § 3-8. Mangel på individuell plan vil ikke alene være grunnlag for å oppheve det tvungne vernet. Men det vil kunne være en indikasjon på manglende planlegging

av pasientens behandling og videre oppfølging. Dette kan sammen med andre momenter tilsi opphør av det tvungne vernet etter hensiktsmessighetsvurderingen som skal foretas.

Øvrige endringsforslag innebærer kun en teknisk tilpasning til lovendringene.

8 Endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

8.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 skal det alltid treffes eget vedtak når det gjelder tvungen undersøkelse og behandling av pasienter under tvungent psykisk helsevern. Etablering av tvungent psykisk helsevern gir med andre ord i seg selv ikke adgang til å gjennomføre undersøkelse og behandling uten pasientens samtykke.

I gjeldende psykisk helsevernlov § 4-4 oppstilles et forbud mot å treffe vedtak om undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Det er imidlertid gjort unntak for dette forbudet når det gjelder behandling med farmakologiske legemidler.

I forskrift om undersøkelse og behandling uten eget samtykke av 24. november 2000 nr. 1172 er det gitt nærmere regulering av vilkår og saksbehandling når det gjelder denne typen vedtak. Bestemmelsene er i stor grad av generell karakter, men i § 8 er det gitt en særskilt regulering når det gjelder vedtak om behandling med legemidler.

Det har knyttet seg tvil til i hvilken grad pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse som er under tvungent psykisk helsevern kan tvangsbehandles for sin sykdom. Tvilen har særlig knyttet seg til forbudet mot å vedta og gjennomføre behandling som innebærer et alvorlig inngrep.

8.2 Lovendringer og behov for forskriftsendringer

Det er vedtatt en endring av § 4-4 i psykisk helsevernloven. Ved denne lovendringen er det gjort unntak for forbudet mot alvorlig inngrep i § 4-4 for ernæring uten eget samtykke, dersom dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ som ledd i behandlingen av en person med en alvorlig spiseforstyrrelse. Det er også vedtatt en endring i psykisk helsevernloven § 3-5 annet ledd som innebærer at behandlingen kan gjennomføres utenfor institusjon godkjent for bruk av tvang. Dette kan være praktisk for denne pasientgruppen, hvor den somatiske tilstanden kan være marginal. Det er grunn til å reise spørsmål om også vedtak om ernæring uten eget samtykke bør forskriftsreguleres, ettersom det her er tale om et tiltak som kan være særlig inngripende.

8.3 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering er vedtak om ernæring uten pasientens samtykke av en slik karakter at det bør reguleres i forskrift. Blant de forhold som bør reguleres er i hvilke situasjoner slikt vedtak kan treffes, informasjon til pasienten og krav til samarbeid mellom institusjoner i de tilfeller hvor pasienten har opphold utenfor institusjon godkjent for bruk av tvang.

Etter psykisk helsevernloven § 4-4 er det den faglig ansvarlige som kan fatte vedtak om bruk av tvungen undersøkelse og behandling. I gjeldende forskrift § 3 tredje ledd, samt § 4 tredje ledd kan vedtak om tvungen medisinerer etter § 4-4 ikke fattes av spesialist i klinisk psykologi. I ny § 4-4 utvides bestemmelsens innhold til også å omhandle vedtak om ernæring uten eget samtykke i forhold til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Spørsmålet er om også denne behandlingen skal unntas fra det en klinisk psykolog som faglig ansvarlig skal kunne fatte vedtak om.

Forhold av somatisk vil art være særlig fremtredende i forbindelse med denne type vedtak. På grunn av tilstandens sammensatte karakter er det særlig viktig å sikre nødvendig kompetanse til å vurdere alvorligheten i pasientens somatiske tilstand. Vitale medisinske indikasjoner vil avgjøre om tvangsernæring er "et strengt nødvendig behandlingsalternativ", jf. endring i phvl. § 4-4 annet ledd b). Det er derfor nødvendig å basere vedtaket på opplysninger om pasientens somatiske tilstand, særlig knyttet til hvor raskt en næringstilførsel må iverksettes. Dette kan tilsi at vedtakskompetansen bør forbeholdes lege.

Det er på den annen side lagt til grunn at tvangsernæring ved behandling av alvorlige spiseforstyrrelser er å anse som behandling av pasientens psykiske lidelse. Videre er det forutsatt at næringstilførsel vil være ett av flere behandlingselementer, og det er viktig at det sikres helhet og kontinuitet i behandlingssopplegget. Det er også en rekke vilkår som må være oppfylt før vedtak kan fattes etter phvl. § 4-4. Disse momenter kan tilsi at det ikke er nødvendig å forbeholde vedtaksmyndigheten for lege.

Etter departementets vurdering er det viktig å sikre at det foretas en vurdering av alvorligheten i pasientens somatiske tilstand som grunnlag for vedtak etter phvl. § 4-4.

I forskrift om undersøkelse og behandling uten eget samtykke § 4 tredje ledd stilles i dag et vilkår at pasienten skal være tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Kravet til undersøkelse er nærmere regulert i forskriften § 5.

Behovet for å vurdere pasientens somatiske tilstand kan etter departementets vurdering ivaretas ved at det i forskriften § 5 presiseres at kravet om tilstrekkelig undersøkelse, ved vedtak om ernæring uten samtykke, innebærer at pasienten må undersøkes av lege.

På bakgrunn av dette mener vi at kliniske psykologer med forskriftsregulert kompetanse bør kunne fatte vedtak om ernæring uten eget samtykke i henhold til phvl. § 4-4. En vurdering av somatiske indikasjoner må imidlertid sikres ved at det stilles krav til foregående legeundersøkelse i forskrift.

8.4 Forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

§ 5 første ledd skal lyde:

Vedtak om behandling uten eget samtykke kan først treffes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden til pasienten og behovet for behandling. *Før det treffes vedtak om ernæring uten eget samtykke skal pasienten undersøkes av lege. Legeundersøkelsen må foretas i direkte tilknytning til at vedtaket skal fattes.* Ved vedtak om behandling med legemidler kan undersøkelsestiden ikke settes til mindre enn tre døgn, med mindre pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.

§ 5 fjerde ledd skal lyde:

Undersøkelsen skal alltid skje ved observasjon i godkjent institusjon, *med mindre det av hensyn til forsvarlig helsehjelp bør skje i annen institusjon, jf. phvl § 3-5 andre ledd.* Ved vedtak om behandling med legemidler, 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.

Ny § 9 skal lyde:

§ 9 Gjennomføring av behandling med ernæringstilførsel uten eget samtykke

Ernæring uten eget samtykke kan bare brukes dersom det fremstår som et strengt nødvendig ledd i et helhetlig behandlingsopplegg. Behandlingen må være klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis.

Behandling må gjennomføres på en så lite inngripende måte som mulig. Valg av behandlingsmetode må avgjøres etter en konkret vurdering. Pasienten må gis anledning til å medvirke ved valg mellom ulike tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, jf. pasientrettighetsloven § 3-1.

Pasienten skal ikke tilføres ernæring uten å bli informert, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Herunder skal det opplyses om den faktiske dosering.

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern, herunder behandling etter denne bestemmelsen, 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. Institusjonene skal etablere et samarbeid som gjør det mulig å ivareta dette ansvaret.

Nåværende §§ 9, 10, 11, 12 og 13 blir ny henholdsvis §§ 10, 11, 12, 13 og 14.

8.5 Merknader til forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1172 om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

Til § 5 første ledd:

I *første ledd* er kravet til legeundersøkelse ved vedtak om tvangsernæring presisert. Legeundersøkelsen må foretas direkte i tilknytning til at slikt vedtak skal fattes. I tilfeller hvor fagligansvarlig er lege kan vedkommende selv forestå undersøkelsen.

Til § 5 fjerde ledd:

Etter endringene i phvl § 3-5 andre ledd åpner loven nå for at tvunget psykisk helsevern kan gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent for dette formålet. Dette omfatter også behandling med ernæringstilførsel uten eget samtykke. En naturlig konsekvens av dette er at også undersøkelsen forut for vedtak om slik behandling skal kunne skje ved slik institusjon.

Til § 9:

Bestemmelsen er ny. I *første ledd* er det foreslått en presisering av det som allerede følger av lovgivningen. Skranken for å iverksette ernæring uten eget samtykke ligger høyt ved at det stilles krav til at behandlingen må være ”strengt nødvendig”. Likevel er det ikke et krav at det må være tale om en nødrettssituasjon. Det er tilstrekkelig at ikke andre frivillige behandlingsmetoder gir utsikter til bedring av pasientens alvorlige tilstand.

I *annet ledd* er det presisert at behandlingen skal gjennomføres på minst inngripende måte og at pasienten skal få medvirke ved valget av behandlingsmetode. Pasienten har også rett til informasjon, og denne skal være tilpasset vedkommendes individuelle forutsetninger, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Ernæring kan gis via ulike veier/metoder. Bruk av sondeernæring eller intravenøs behandling må på grunn av inngrepets invasive karakter og komplikasjonsfare i utgangspunktet anses som mer inngripende enn om ernæring gis via munnen. Dette tilsier at tvangsernæring så langt mulig bør gis via munnen. Ulike pasienter/situasjoner kan imidlertid tilsi en annen rekkefølge i forhold til hva som vil være mest inngripende i det konkrete tilfelle. Valg av gjennomføringsmåte skal derfor vurderes individuelt. Behandlingen skal gjennomføres på den måten som etter en konkret vurdering fremstår som mest forsvarlige og minst inngripende i forhold til den aktuelle pasienten. Det er også sentralt at pasienten gis anledning til å medvirke i forhold til hvordan ernæringen skal gjennomføres. Pasienten kan for eksempel ha erfaringer fra tidligere behandling som bør vektlegges i vurderingen.

I *tredje ledd* er det presisert at pasienten skal informeres om at ernæringen tilføres, herunder den faktiske dosering. Dette er i tråd med reguleringen av tvungen medisiner, jf. forskriften § 8. Henvisningen til pasientrettighetsloven § 3-2 innebærer at informasjon kan unnlates i tilfeller hvor dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv.

I femte ledd er innarbeidet en lovendring som åpner for at pasienten kan ha opphold utenfor institusjon godkjent for bruk av tvang. Dette unntaket i loven er utformet generelt, men vil være særlig aktuelt for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Plikten til å etablere et samarbeid mellom den institusjon vedkommende har opphold ved og den institusjon som er ansvarlig for det tvungne vernet er særskilt presisert.

9 Endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

9.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Dersom det er et bedre alternativ for pasienten kan tvungent psykisk helsevern gis uten døgnopphold i institusjon, jf. gjeldende psykisk helsevernlov § 3-1 annet ledd. Et slikt vedtak kan imidlertid bare omfatte pålegg om at pasienten møter til behandling. Pasienten kan ikke tvangsbehandles på egen bopel. Slik § 3-1 annet ledd lyder i dag er det et vilkår at pasienten bor på egen bopel. Det har derfor vært tvilsomt i hvilken grad det er anledning til å fatte eller opprettholde et vedtak om tvungent psykisk helsevern overfor pasienter som har opphold på institusjon for kortere eller lengre periode.

9.2 Lovendring og behov for forskriftsendringer

Stortinget har vedtatt en lovendring som innebærer at kravet til at pasienten må ha tilhold på egen bopel er fjernet. Dette innebærer at det ikke er noe til hinder for at vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold opprettholdes i et tilfelle hvor en pasient for eksempel har behov for midlertidig opphold ved en sengepost som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Lovendringen nødvendiggjør mindre justeringer i forskriftsbestemmelsene.

9.3 Departementets vurdering og forslag

Som det fremgår av Ot. prp. nr. 65 (2005-2006) er det viktig at ikke godkjenningsreglene for tvungent psykisk helsevern omgås gjennom å plassere pasienter med behov for tvungen medisiner og døgnkontinuerlig omsorg i en institusjon som ikke er godkjent, ut fra ressurshensyn. Departementet har vurdert om det er behov for en nærmere forskriftsregulering for å forhindre slik omgåelse. Som lagt til grunn i proposisjonen mener imidlertid departementet at forsøk på en slik omgåelse vil rammes av vilkåret om at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold skal være et bedre alternativ for pasienten. Forskriften § 3 annet ledd stiller eksplisitte krav til at faglig ansvarlig foretar en slik vurdering. Dette gir tilstrekkelig grunnlag for kontrollkommisjoner og tilsynsmyndigheter til å føre kontroll og tilsyn med at godkjenningskravene ikke omgås.

Etter departementets vurdering er det på denne bakgrunn ikke nødvendig å foreta andre endringer i forskriften enn de som følger direkte av de vedtatte lovendringene. Dette innebærer at det må synliggjøres at pasienten ikke

nødvendigvis må ha opphold i egen bolig ved etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

9.4 Forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.

§ 2 annet og tredje ledd skal lyde:

Forskriften regulerer tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. 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 etter psykisk helsevernloven § 3-10 annet ledd, jf. forskrift av 3. november 2000 nr. 1098 om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern.

§ 3 annet ledd skal lyde:

Ved vurderingen av hva som er til det beste for pasienten, skal den faglig ansvarlige for vedtak, jf. psykisk helsevernloven § 1-4, foreta en grundig helhetsvurdering av om pasienten behøver den døgnkontinuerlige omsorg og behandling som et institusjonsopphold vil kunne gi, eller om vernet bedre kan ivaretas mens pasienten bor i egen bolig *eller annet botilbud*. I denne vurderingen må den faglig ansvarlige for vedtak også se hen til om det kan etableres et samarbeid med det lokale behandlingsapparatet som gjør det forsvarlig at pasienten *ikke har opphold i godkjent institusjon*, jf. § 6.

9.5 Merknader til forslag til endringer i forskrift 24. november 2000 nr. 1174 om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

Til § 2:

Det er vedtatt en endring i ny § 3-5 tredje ledd som innebærer at det ikke lenger er et krav etter lovens ordlyd til at pasienten skal bo på "egen bopel" i forbindelse med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette vilkåret foreslås fjernet fra forskriften som følge av lovendringen.

Til § 3:

Forslaget er en følge av lovendring i ny § 3-5 i psykisk helsevernloven. Se kommentar til § 2.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

De forskriftsendringer som foreslås er i all hovedsak av regelteknisk karakter. Forskriftsendringene antas ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning utover det arbeid det vil innebære å implementere det nye regelverket.