1 Innledning 4
2 Sammendrag 4
3 Opptrappingsplanen for psykisk helse 7
4 Pårørende i psykisk helsevern 7
5 Erfaringer med psykisk helsevernloven 9
5.1 Innledning 9
5.2 Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 9
5.3 Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer 9
5.4 Omfang av tvangsbruk 10
5.4.1 Innledning 10
5.4.2 Omfang av tvang og frivillighet ved innleggelse 10
5.4.3 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold 12
5.4.4 Tvangsmidler 12
5.4.5 Tvangsbehandling 14
5.4.6 Skjerming 14
5.5 Måling av kvalitet i det psykiske helsevernet 14
5.6 Evaluering av kontrollkommisjonsordningen 15
5.7 Norges forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse 16
6 Forholdet til menneskerettighetene 17
6.1 Innledning 17
6.2 Oversikt over relevante menneskerettslige forpliktelser 17
6.2.1 Den Europeiske menneskerettighetskonvensjon 17
6.2.2 Europarådets konvensjon om forebyggelse av tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff 19
6.2.3 Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin 20
6.2.4 Europarådets rekommendasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, nr (2004) 10 20
6.2.5 FN- konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 16. desember 1966 22
6.2.6 FN- konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter 22
6.2.7 FN- konvensjonen om barns rettigheter av 20. november 1989 22
6.2.8 FNs torturkonvensjon 23
7 Lovforslagets innhold 24
7.1 Overordnede problemstillinger - lovens virkeområde 24

7.1.1 Innledning 24
7.2 Forholdet til pasientrettighetsloven 24
7.2.1 Innledning 24
7.2.2 Overordnet problemstilling 26
7.2.3 Kravet til samtykke - generelt 26
7.2.4 Særlig om representert samtykke – forholdet til psykisk helsevernloven 27
7.2.5 Særlig om samtykke på vegne av barn under 16 år 29
7.2.6 Retten til individuell plan 31
7.2.7 Pasientens valg av pårørende 36
7.2.8 Rett til valg av sykehus 38
7.2.9 Oppsummering 40
7.3 Grenseflater mellom regelverk om tvang overfor rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevernloven 41
7.3.1 Innledning 41
7.3.2 Gjeldende rett 42
7.3.3 Ulikheter i gjennomføringsregelverket 43
7.3.4 Problemstilling 44
7.3.5 Departementets vurdering og forslag 44
7.4 Grenseflater mellom barnevernloven og psykisk helsevernloven 45
7.4.1 Innledning 45
7.4.2 Samtykke til institusjonsopphold 46
7.4.3 Etablering av tvungent institusjonsopphold 46
7.4.4 Gjennomføring av institusjonsopphold 47
7.4.5 Problemstilling 47
7.4.6 Departementets vurdering og forslag 47
7.5 Bør pasienter som frivillig er i det psykiske helsevernet fortsatt være underlagt en særlovgivning? 48
7.5.1 Innledning 48
7.5.2 Problemstilling 48
7.5.3 Gjeldende rett 49
7.5.4 Departementets vurdering 52
7.6 Videre oppfølgning – opprettelse av utvalg? 53
7.7 Forslag til andre endringer i kapittel 1 – Alminnelige bestemmelser 54
7.7.1 Definisjonen av tvungent psykisk helsevern 54
7.7.2 Faglig ansvarlig for vedtak, vedtak om bruk av tvangsmidler 55

7.8 Forslag til nytt kapittel 2 – Særlige samtykkebestemmelser 58
7.8.1 Innledning 58
7.8.2 Klageadgang til kontrollkommisjonen for barn mellom 12 og 16 år..... 59
7.8.3 Samtykke til tidsbegrenset tilbakehold i institusjon 60
7.9 Forslag til nytt kapittel 3 – Forenkling av lovens systematikk og enkelte andre endringer 60
7.9.1 Innledning – om behovet for forenkling og redigering..... 60
7.9.2 Avskaffelse av et absolutt krav til innleggelsebegjæring (tutorordningen), presisering av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt 61
7.9.3 Forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern - unntak 63
7.9.4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold..... 67
7.9.5 Spørsmål om utvidet observasjonstid 70
7.9.6 Opphevelse av bestemmelsen om oppsettende virkning i forbindelse med vedtak om utskrivning uten klage 71
7.9.7 Opphevelse av klageadgang til Sosial- og helsedirektoratet i psykisk helsevernloven § 3-11 72
7.10 Forslag til endringer i kapittel 4 – Gjennomføringen av psykisk helsevern73
7.10.1 Bruk av tvang i behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser..... 73
7.10.2 Endringer i reglene om skjerming..... 79
7.10.3 Regulering av urinprøvetaking 80
7.10.4 Forbudet mot bruk av isolering og mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år – særlig om fastholding..... 81
7.10.5 Spørsmål om endring i definisjonen av isolering 83
7.10.6 Overføring mellom institusjoner for pasienter under tvungent psykisk helsevern 84
7.11 Forslag til endringer i kapittel 6 – Kontrollkommisjonenes overprøvingskompetanse 85
7.11.1 Innledning og gjeldende rett 85
7.11.2 Departementets vurdering og forslag..... 86
8 Økonomiske og administrative konsekvenser..... 88
Forslag til endringer i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) 89
Forslag til endringer i lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) 105

1 Innledning

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.

Helse- og omsorgsdepartementet har nedsatt en referansegruppe i forbindelse med utarbeidelsen av høringsnotatet. Referansegruppen har bestått av Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien, Mental Helse Norge, Voksne for barn, Den norske lægeforening, Norsk Psykologforening, kontrollkommisjonene, Sosial- og helsedirektoratet og Statens Helsetilsyn. Referansegruppen har vært rådgivende overfor Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslaget til endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven skal ivareta tre hovedformål:

- Tydeliggjøre pasientrettighetenes stilling i det psykiske helsevernet
- Foreta materielle endringer eller presiseringer av bestemmelser i gjeldende lov som har vist seg problematiske i praktiseringen av loven
- Foreta en forenkling og opprydning for å bedre tilgjengeligheten til regelverket

Selv om departementet foreslår endret en rekke bestemmelser i psykisk helsevernloven er det ingen ny lov som foreslås. Gjeldende psykisk helsevernlov er av forholdsvis ny dato, og har etter departementets syn stort sett fungert i tråd med intensjonene. De endringene som foreslås er derfor i hovedsak en presisering eller justering av gjeldende rett.

2 Sammendrag

I kapittel 3 omtales kort forholdet til Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I kapittel 4 gis en kort omtale av forholdet til pårørende til psykisk syke, og hvordan høringsnotatet må ses i sammenheng med annet arbeid som skjer på dette feltet.

I kapittel 5 foretas en gjennomgang av de viktigste erfaringer som foreligger i forhold til praktisering av psykisk helsevernlovens bestemmelser.

I kapittel 6 redegjøres det for menneskerettslige forpliktelser som er av betydning for utformingen av regelverket for det psykiske helsevernet.

I punkt 7.2 foreslår departementet at psykisk helsevernloven § 1-5 endres, og at pasientrettighetsloven skal gjelde fullt ut for pasienter i det psykiske helsevernet. Formålet med dette er å tydeliggjøre at pasienter i det psykiske helsevernet i utgangspunktet er rettslig likestilt med pasienter i helsetjenesten ellers og har de samme pasientrettigheter.

Som følge av at § 1-5 om forholdet til pasientrettighetsloven endres drøftes flere spørsmål knyttet til samtykke, herunder representert samtykke og samtykke på vegne av barn under 16 år. Punkt 7.2 må her ses i sammenheng med punkt 7.8. Det

foreslås at samtykkereglene som hovedregel bare skal være regulert i pasientrettighetsloven, men med enkelte unntak som videreføres i kapittel 2 i psykisk helsevernloven under overskriften ”særlige samtykkebestemmelser”. Dette gjelder muligheten for barn mellom 12 og 16 år til å bringe spørsmålet om etableringen av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen og institusjonenes mulighet for å kunne stille vilkår om tidsbegrenset tilbakeholdelse i forbindelse med frivillig psykisk helsevern.

Videre foreslås at reguleringen av individuell plan i psykisk helsevernloven § 4-1 endres for å synliggjøre at kravet til planens innhold vil være samsvarende med det som følger av lovgivningen om individuell plan ellers. Det foreslås imidlertid å videreføre ordningen med at institusjonen i utgangspunktet har plikt til å utarbeide individuelle planer for alle pasienter i det psykiske helsevernet.

Når det gjelder valg av pårørende er det foreslått at man heller ikke her skal ha noen særregulering av dette i det psykiske helsevernet. Dette innebærer at pasientrettighetslovens regler legges til grunn, og at pasientens dermed fritt kan velge hvem som skal være pårørende og nærmeste pårørende.

Når det gjelder rett til valg av sykehus for pasienter under tvungent psykisk helsevern er det uklart etter gjeldende rett hvor langt denne retten går, og hvordan den skal praktiseres. Departementet har foreslått en regulering av dette som innebærer at pasienten i utgangspunktet har en slik rett. Pasienten skal slippe å begrunne sitt valg og unntak fra valgretten kan bare gjøres dersom imøtekommelse av pasientens ønske ville være uforsvarlig eller egnet til i betydelig grad å svekke formålet med det tvungne vernet. Retten til sykehusvalg ses i forbindelse med reglene om overføring mellom institusjoner i det psykiske helsevernet etter søknad.

I høringsnotatet er det i punktene 7.3 og 7.4 er det redegjort for de viktigste grenseflatene mot regelverket om bruk av tvang etter barnevernloven og i forbindelse med tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk. Psykisk helsevernloven kan ikke vurderes i et vakuum, men må ses i sammenheng med regelverk på områder som har grenseflater til det psykiske helsevernet. Ikke minst Rusreformen synliggjør et behov for slike sammenlikninger og harmoniseringer. Det foreslås en ny bestemmelse i lovutkastet § 1-1a om virkeområde for psykisk helsevernloven for å sikre at pasienter innenfor institusjoner i det psykiske helsevernet er underlagt samme gjennomføringsregelverk, også om vedtak om opphold i institusjonen er truffet med hjemmel i barnevernloven eller psykisk helsevernloven.

I punkt 7.5 er det drøftet om psykisk helsevernloven også skal omfatte pasienter som frivillig har oppsøkt det psykiske helsevernet. Det konkluderes med at viktige hensyn taler for at de såkalte gjennomføringsreglene i kapittel 4 (med unntak for bl.a. adgang til tvangsbehandling etter § 4-4) fortsatt bør gjelde også for pasienter under frivillig psykisk helsevern, ettersom eventuelle tiltak mot pasientens samtykke ellers måtte baseres på nødrett.

I punkt 7.6 er det gitt uttrykk for behov for videre oppfølgning av regelverket om tvang, særlig når det gjelder tvang overfor rusmiddelbrukere. Det er særskilt bedt om innspill fra høringsinstansene under dette punktet.

I punkt 7.7 er det foreslått en mindre endring i definisjonen av tvungent psykisk helsevern, og det er foreslått en endring av lovens ordlyd når det gjelder faglig ansvarlig for vedtak.

Det er foreslått at *kapittel 3*, ”Tvungent psykisk helsevern” som gir vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, oppheves og erstattes av et nytt. Formålet med forslaget er først og fremst at lovverket skal bli mer oversiktlig og tilgjengelig. Det er ikke foreslått endringer i grunnvilkåret om at det må foreligge en alvorlig sinnslidelse, og heller ikke i de såkalte tilleggsvilkårene i § 3-3 i gjeldende psykisk helsevernlov. Det foreslås imidlertid en avskaffelse av det obligatoriske kravet til begjæring om tvungent psykisk helsevern (tutorordningen) og i sammenheng med dette en lovfesting av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt. Forslaget skal ivareta de hensyn som ligger bak tutorordningen i dag, men samtidig unngå situasjoner hvor dette kravet blir en unødvendig formalitet.

Videre er det foreslått at det lovfestes et unntak for forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern i tilfeller hvor utskrivning åpenbart innebærer at pasienten er til fare for seg selv eller andre. Dette forslaget er begrunnet i at hensynet til pasientens rettssikkerhet skal ivaretas i slike situasjoner.

Det har vært usikkert hvorvidt bestemmelsen om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er til hinder for at et slikt vedtak treffes overfor pasienter som har opphold i institusjon i spesialisthelsetjenesten. I praksis har det vist seg å slå uheldig ut for pasienter å ikke åpne for en mulighet for midlertidig opphold i institusjon i spesialisthelsetjenesten samtidig som vedtaket om pålegg om møte til behandling opprettholdes. Departementet foreslår derfor at kriteriet om at pasienten har opphold på egen bopel fjernes fra bestemmelsen.

Det er også foreslått flere endringer i bestemmelsene om gjennomføring av det psykiske helsevernet i *kapittel 4*. Blant annet er det foreslått å lovfeste et unntak fra forbudet mot bruk av tvang som innebærer et alvorlig inngrep i de tilfeller hvor tvangsernæring fremstår som det mest forsvarlige behandlingsalternativ ved behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser. På bakgrunn av de særlige hensyn som gjør seg gjeldende i forhold til undersøkelse og behandling av denne pasientgruppen er det også foreslått unntak for kravet til at tvungent psykisk helsevern bare skal skje med opphold i godkjent institusjon. Unntaket skal bare gjelde i de tilfeller midlertidig opphold utenfor godkjent institusjon er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp.

Det er videre foreslått innskjerping av reglene om skjerming i punkt 7.10.2. Disse endringsforslagene består i at det stilles krav til vedtak i alle tilfeller hvor skjerming iverksettes, og at varigheten av skjermingsvedtak reduseres fra tre til to uker.

Videre i punkt 7 foreslås en egen bestemmelse om urinprøvetaking. Deretter foretas en drøfting av forbudet mot mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år, herunder spørsmålet om lovfesting av fastholding. Det er særskilt bedt om innspill fra høringsinstansene på dette punktet.

I punkt 7.11 foreslås en lovendring når det gjelder kontrollkommisjonenes overprøvingskompetanse.

3 Opptrappingsplanen for psykisk helse

Som en oppfølging av St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudet, vedtok Stortinget å be Regjeringen fremme forslag om en forpliktende handlingsplan for psykisk helse feltet, herunder en økonomisk forpliktende opptrappingsplan. En slik plan ble lagt frem ved St. prp. nr. 63 (1997 – 98). Planen har som siktemål å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus.

I planen redegjøres for verdigrunnlaget som ligger til grunn for styrkingen av alle ledd i behandlingsnettverket som det legges opp til.

Planen omfatter følgende hovedgrupper av tiltak:

- styrking av brukerrettede tiltak
- styrking av tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp
- omstrukturering og utbygging av voksenpsykiatrien, med satsing på kommunenære tiltak som distriktspsykiatriske sentre (DPSer)
- utbygging av barne- og ungdomspsykiatrien
- stimulering av utdanning og forskning

Innen hver av disse hovedgruppene er det angitt konkrete tiltak med tilhørende behovsanslag. I tillegg er det skissert en rekke ulike tiltak for grupper med særskilte behov.

Opptrappingsplanens tiltak er i hovedsak av faglig, organisatorisk og økonomisk karakter. Rettslige virkemidler er ikke særskilt omtalt. Selv om lovarbeidet som omtales i dette høringsnotatet ikke er en del av selve Opptrappingsplanen, er verdiene som ligger bak planen viktige premisser for lovarbeidet. Dette kommer særlig til uttrykk når det gjelder forslaget om endring av forholdet til pasientrettighetsloven, se punkt 7.2. Forslaget anses for å styrke pasientrettighetene i det psykiske helsevernet og bidra til normalisering av psykiske lidelser.

4 Pårørende i psykisk helsevern

Hovedmålsettingen for Opptrappingsplanen for psykisk helse er å bidra til økt selvstendighet og evne til å mestre eget liv for personer med psykiske lidelser. Sentrale punkter i planen er brukerperspektivet, mestringsperspektivet og tilgjengelighet, kontinuitet og helhet i behandlingstilbudet (St.meld.nr.25 (1996-97)). Opptrappingsplanen bygger på den grunnleggende forståelse at behandlerens oppgave er knyttet til å hjelpe den enkelte til selv å mestre sitt eget liv, at pasienten selv er sin viktigste behandler og at behandlerrollen må utformes i forhold til dette.

Et viktig aspekt i tilknytning til dette er å tenke helhet når behandlingen utformes, og individuell plan er her et viktig redskap. I utformingen av individuell plan er det nødvendig å vurdere familie, arbeidsliv, skole, fritid, sosial og økonomisk

situasjon for å finne en samlet løsning for den som trenger hjelp. I dette bilde er det viktig å ta med pårørende som en samarbeidspartner og en ressurs både før og under innleggelse/behandling og etter utskriving fra institusjon.

Pårørende og andre personer som står nær personer med psykiske lidelser har ofte et omfattende ansvar. De blir lett glemt av det offentlige tjenesteapparatet, samtidig som de kan ha store personlige belastninger med det arbeidet de faktisk utfører. Mange pårørende forteller om dårlige erfaringer med hjelpeapparatet.

Bortsett fra forslaget under punkt 7.9.4. vil det ikke bli foreslått lovendringer som direkte retter seg mot pårørende i det psykiske helsevernet. Etter departementets vurdering er forholdet til pårørende tilfredsstillende lovregulert i pasientrettighetsloven. De utfordringer det psykiske helsevernet står overfor når det gjelder ivaretakelse av pårørende og pårørendes interesser kan etter departementets vurdering best løses gjennom annet enn rettslige virkemidler.

Departementet ser behovet for å iverksette et systematisk arbeid i forhold til personer som står nær brukeren og som har omsorg for psykisk syke personer, med sikte på bedre å ivareta deres behov for støtte og avlastning. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag fra departementet å sette i gang arbeid med en tiltaksplan på dette området i 2005, i samarbeid med berørte organisasjoner og tjenester.

5 Erfaringer med psykisk helsevernloven

5.1 Innledning

Gjeldende lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern trådte i kraft 1. januar 2001. Den tiden som har gått siden ikrafttredelsen har gitt det psykiske helsevernet, pasienter og pårørende, samt helsemyndighetene, erfaringer med praktiseringen av regelverket. Dette gir verdifull kunnskap for forståelsen av hvorledes regelverket fungerer og eventuelle endringsbehov.

Nedenfor skal det redegjøres for den statistikk som finnes over tvangsbruk, de viktigste funn fra Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med henholdsvis barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien, målingen av kvalitet i det psykiske helsevernet basert på kvalitetsindikatorer og evalueringen av kontrollkommisjonsordningen og enkelte andre pågående forskningsprosjekter som er ledd i Norges Forskningsråds (NFR) evaluering av Opptrappingsplanen.

5.2 Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002

På oppdrag fra Statens helsetilsynet gjennomførte Helsetilsynet i fylkene i 2002 et landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer, rapport 4/2003. Tilsynet ble gjennomført i 83 kommuner og 41 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Mens man ved tilsynet med kommunene hadde et særlig fokus på helsestasjons- og skolehelsetjenestens samarbeids med fastlegene, andre kommunale etater og poliklinikkene, så man i tilsynet med poliklinikkene særlig på ivaretakelsen av sentrale pasientrettigheter som retten til vurdering og prioritering. I tillegg til dette undersøkte man ivaretakelsen av plikten til å utarbeide individuelle planer og poliklinikkenes tilretteleggelse for helsepersonellets veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten som en sentral forutsetning for samarbeid på tvers av tjenestenivåene.

Blant de viktigste mangler som ble påpekt i tilsynsrapporten var manglende legeundersøkelse, sviktende samarbeid og en nærmest total mangel med hensyn til utarbeidelse av individuelle planer.

5.3 Landsomfattende tilsyn med helsetjenester til voksne med psykiske problemer

På oppdrag fra Statens helsetilsyn ble det i 2003 gjennomført et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer, rapport 4/2004 fra Statens helsetilsyn. Helsetilsynet i fylkene gjennomførte tilsyn ved to enheter hver; ett ved en akuttavdeling eller post og ett ved et distriktspsykiatrisk senter (DPS) med poliklinikk og døgnavdeling.

I likhet med det landsomfattende tilsynet med helsetjenesten til barn og unge med psykiske problemer satte også dette tilsynet fokus på spørsmål vedrørende samhandling og kommunikasjon mellom tjenestenivåene. Viktige spørsmål i tilsynet var om samarbeidet mellom akuttavdelinger og distriktspsykiatriske sentra (DPS) fungerer slik at pasientene får et helhetlig tilbud. I den forbindelse ble det også sett på om virksomhetene medvirker til å sikre at pasientene får innfridd sin rett til individuell plan og om veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten blir ivaretatt. Om virksomhetene vurderer og prioriterer de alvorligst syke pasientene og om de sikrer nødvendig kompetanse var andre viktige spørsmål.

I halvparten av virksomhetene avdekket tilsynet mangler knyttet til oppgavefordeling og samhandling mellom akuttavdelinger og DPS. Utarbeidelsen av individuelle planer, som er et verktøy for å ivareta samhandlingen, viste seg også ved dette tilsynet å være svært mangelfull.

Det ble videre avdekket at mange av virksomhetene ikke etterlevde lovens krav om retten til vurdering, jf. pasientrettighetslovens § 2-2. Manglende tilbakemeldinger kunne tilsi at pasienten ikke var vurdert opp mot lovens prioriteringskrav i tilknytning til retten til nødvendig helsehjelp, jf. pasientrettighetslovens § 2-1.

Helsetilsynet konstaterte også manglende kunnskap om regelverket blant personell i det psykiske helsevernet. På rapportens side 4 uttales:

> Helsetilsynet konstaterer at det i det psykiske helsevernet både er for dårlig kjennskap til og for dårlig forståelse for deler av regelverket. Spesielt synes nyere bestemmelser, blant annet om pasientrettighetene, ikke å være implementert. Det er behov for bred opplæring og bevisstgjøring om hvilke lover som gjelder for at pasienten skal sikres de tilbudene de har rett til.

5.4 Omfang av tvangsbruk

5.4.1 Innledning

Det er av vesentlig betydning å ha best mulig oversikt over den tvangsbruk som til enhver tid benyttes. Slik vil man bl.a. kunne føre kontroll med om regelverket fungerer som forutsatt. Nedenfor gis en redegjørelse for de hovedfunn som er gjort ved kartlegging av tvangsbruk i Norge etter at gjeldende psykisk helsevernlov trådte i kraft. Fremstillingen er basert på utkast til *Handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang* fra Sosial- og helsedirektoratet som vil bli offentliggjort om kort tid. I handlingsplanen gis det ytterligere informasjon om statistikken på bruk av tvang, og det foreslås en rekke tiltak for å begrense tvangsbruken.

5.4.2 Omfang av tvang og frivillighet ved innleggelse

I Norge har man frem til i dag brukt andel tvungen innskriving ved enkeltinstitusjoner som en nasjonal kvalitetsindikator. Dette er noe både brukere og fagfolk er misfornøyde med, da det kan gi misvisende tall. Det arbeides nå med å finne frem til en eller flere indikatorer vedrørende tvangsbruk som gir mer

mening både for fagfolk og brukere, for eksempel antall tvangsinnleggelser i forhold til folketallet i opptaksområdet.

Tvangsinnleggelser skjer i det alt vesentlige ved sykehusene. I 2003 ble 36 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted henvist til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Dette representerte en nedgang på to prosentpoeng i forhold til 2002. Etter at henvisningen til sykehus var vurdert av spesialist var 28 prosent av innleggelsene til tvungent psykisk helsevern i 2003. Dette representerte en nedgang på fire prosentpoeng fra 2002. Nedgangen skyldes ikke en nasjonal trend, men en markert nedgang i vedtak om tvungen undersøkelse ved to sykehus i Helse Øst RHF (Bjørngaard & Hatling 2005).

For andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser, hovedsakelig distriktspsykiatriske sentre, var syv prosent av innleggelsene fra eget bosted henvist til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Etter at henvisningen var vurdert av spesialist var andelen omtrent uendret (Bjørngaard & Hatling 2005).

Når alle institusjoner godkjent for bruk av tvang sees under ett var omfanget av henvisninger til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern ca. 33 prosent av alle innleggelser i 2003. Etter spesialistvedtaket var andelen tvangsinnleggelser redusert til ca. 25 prosent.

Det knytter seg stor usikkerhet til dataenes representativitet. I 2003 var kun 73 prosent av aktiviteten i det psykiske helsevernet dekket av pasientdata med opplysninger om tvang og frivillighet ved innleggelse (Bjørngaard & Hatling 2005).

Det er påvist betydelig og vedvarende variasjon mellom norske sykehus og fylker i andelen tvangsinnleggelser (Hatling 2002). I følge en rapport fra Samdata Psykisk helsevern (Hagen 2003) varierte den befolkningsbaserte raten for innleggelser på tvang i 2002 (målt etter spesialistvedtaket) fra 39,4 per 10 000 innbyggere over 18 år i Østfold, til 8,0 i Sør-Trøndelag.

Det er vanskelig å sammenlikne bruk av tvang mellom ulike land på grunn av forskjeller i lovverk, offentlig statistikk, samt organisasjon og utbyggingsgrad av helse- og sosialtjenestene. Med dette forbeholdet kan det se ut som om Norge i internasjonal sammenheng har høy andel tvangsinnleggelser i forhold til innleggelser totalt, og også høye befolkningsbaserte rater av tvangsinnleggelser (Hatling 2002). De forsøk som er gjort på å sammenlikne de nordiske landene tyder på at det er til dels store forskjeller når det gjelder bruken av tvungent psykisk helsevern. De befolkningsbaserte innleggelsesratene varierer fra 29 per 100 000 innbyggere i Danmark til 195 per 100 000 innbyggere i Norge (Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir og Syse 2002). Island og Danmark ligger klart lavest, mens Norge og Finland ligger høyest. Både i Danmark og Sverige er det imidlertid mulig å konvertere frivillig innlagte til tvungent psykisk helsevern, noe som ikke er mulig i Norge. Det har derfor blitt hevdet at statistikken ikke gir et riktig bilde av den reelle bruken av tvungent psykisk helsevern.

5.4.3 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Det finnes i dag ingen komplett nasjonal oversikt over omfanget av bruken av tvungent psykisk helsevern/observasjon uten døgnopphold; I 2002 hadde man pasientdata av tilfredsstillende kvalitet for kun 64 prosent av utskrivningene fra døgninstitusjoner godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. For poliklinikker godkjent for tvungent psykisk helsevern forelå det tilfredsstillende pasientdata for kun 54 prosent av konsultasjonene i 2002 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004a).

Tallene viser at i 2002 ble 1075 pasienter utskrevet fra døgnavdelinger til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og 54 personer til tvungen observasjon uten døgnopphold. I følge SINTEF Helse tilsvarer dette mellom 1600 og 1700 overføringer når det justeres for manglende eller mangelfulle pasientdata. Pasientdata fra poliklinikkene fanger imidlertid opp bare en brøkdel av disse: i 2002 er det kun registrert 58 behandlingsserier innskrevet til tvungent psykisk helsevern. Justert for mangelfulle pasientdata og manglende registrering av innskrivningsparagraf blir antallet likevel godt under 200 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004a).

Pasienter som skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold synes å ha noen særlige kjennetegn. Det er en høyere andel menn blant døgnpasienter utskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (54 prosent) enn blant øvrige pasienter utskrevet fra døgnopphold (46 prosent). Pasientene er gjennomgående mer ”middelaldrende” enn øvrige pasientgrupper, med et tyngdepunkt i aldersgruppen 30-49 år. Den helt dominante diagnosen er schizofreniene, med 86 prosent av pasienttallet (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004a).

5.4.4 Tvangsmidler

Tvangsmidler er tiltak som kan brukes i nødrettsliknende tilfeller der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd. Tvangsmidler kan ikke brukes i (tvangs)behandlingsøyemed i det psykiske helsevernet.

5.4.4.1 Mekaniske tvangsmidler

Mekaniske tvangsmidler blir nærmest utelukkende anvendt ved de psykiatriske sykehusene. Det er en stor spredning i omfanget av bruken av dette tvangsmiddelet mellom sykehusene. I perioden 2001-2003 har det skjedd en økning i antall ganger mekaniske tvangsmidler ble brukt, men en nedgang i antall timer. Dette tvangsmiddelet ble benyttet overfor noen flere pasienter i 2003 enn i 2001. Dette innebærer at omfanget av bruken ovenfor den enkelte pasient har gått ned. Dette gjelder også innenfor den gruppen som ble underlagt dette tvangsmidlet lengst (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004b).

Det har skjedd en økning i antall ganger og timer og mekaniske tvangsmidler ble benyttet ved DPS i perioden 2001-2003, men bruken er begrenset til to DPS. Mekaniske tvangsmidler ble også benyttet overfor noen flere pasienter ved DPS’ene i 2001 enn i 2003 (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004b).

5.4.4.2 Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler

Det finnes per i dag ikke publiserte undersøkelser om utviklingen over tid når det gjelder omfanget av korttidsvirkende legemidler som tvangsmiddel i norsk psykisk helsevern (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002). Som en del av evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse har imidlertid SINTEF Helse foretatt egne kartlegginger av bruken av tvangsmidler i det psykiske helsevernet, herunder korttidsvirkende legemidler, både i 2001 og 2003 (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002; Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004).

Kartleggingen for 2003 viser at det i perioden 2001-2003 har skjedd en tilnærmet halvering i antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet. Samtidig var antallet pasienter det ble benyttet overfor tilnærmet uendret. Omfanget av bruken overfor den enkelte pasient har dermed gått ned i denne perioden.

Det har samtidig skjedd en viss økning i bruken av korttidsvirkende legemidler ved DPS både mht. antall ganger og pasienter. Bruken var imidlertid begrenset til to institusjoner.

Kartleggingen fra SINTEF Helse viser at det er institusjonsvise variasjoner også når det gjelder bruken av korttidsvirkende legemidler. En lav korrelasjonskoeffisient fra 2001 til 2003 kan imidlertid tyde på at variasjonene er knyttet til enkeltpasienter snarere enn til praksis ved institusjonene (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004).

5.4.4.3 Isolering

Isolering vil si kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede. Bruken av isolering var stabil i perioden 1980-1990, med en sterk nedgang i timetallet i siste del av perioden. Isolering er den minst anvendte tvangsmiddelformen. Det kan synes som at praksis gradvis har gått over fra isolering til skjerming (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002). Dette vil i så fall ikke være i tråd med regelverket, ettersom de to tiltakene har ulikt formål.

Kartlegginger av bruken av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003 viser at bruken av isolering er begrenset til noen psykiatriske sykehus. Ingen distriktspsykiatriske senter benyttet dette tvangsmiddel verken i 2001 eller i 2003.

I perioden 2001-2003 har det skjedd en sterk nedgang i antall ganger og timer isolering ble benyttet, samtidig som det har skjedd en svak økning i antallet pasienter det ble benyttet ovenfor. Omfanget av bruken overfor den enkelte pasient synes dermed å ha gått ned. Dette gjelder også innenfor den gruppen som ble hyppigst utsatt for isolering (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b).

Isolering ble benyttet ved 14 sykehus i 2003, men kun 3 sykehus hadde et visst omfang. To av disse sykehusene har hatt en vesentlig reduksjon i antall ganger og timer isolasjon ble benyttet. Det tredje sykehuset har hatt en vesentlig reduksjon i antall timer (Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b).

5.4.4.4 Betydningen av faglig og kulturelt ståsted for bruk av tvangsmidler

Hvilke tvangsmidler som anvendes kan til en viss grad være kulturelt betinget, både for den enkelte institusjon og for det enkelte land. I Norge og Sverige anvendes i hovedsak mekaniske tvangsmidler, mens isolasjon anses som et lite

egnet virkemiddel både ut fra faglige og menneskelige hensyn. I England oppfattes imidlertid beltebruk som en ”arv fra middelalderen”, og det foretrekkes derfor å benytte isolasjon (Hatling 2002).

Forskning har også vist at det finnes kjønns- og utdanningsforskjeller blant personalet i forhold til bruken av tvangsmidler, hvor de med høy utdanning tenderer til å mene at tvangsmidler anvendes for mye (Hatling 2002).

5.4.5 Tvangsbehandling

Opplysninger om vedtak om tvangsbehandling skal registreres i godkjente protokoller ved sykehusene. Disse opplysningene blir imidlertid i liten grad rapportert videre til Norsk Pasientregister (NPR), og vi mangler derfor nasjonal statistikk på omfanget av tvangsbehandling. I følge en erfaringsoppsummering fra SINTEF Helse var det i 2002 kun 12,5 prosent av oppholdene med spesialistvedtak tvungent psykisk helsevern med/uten døgnopphold som hadde registrert opplysninger om bruk av legemidler. Det var kun registrert informasjon om annen tvangsbehandling for 0,5 prosent av disse oppholdene.

5.4.6 Skjerming

Som en del av kartleggingene av bruken av tvangsmidler i det psykiske helsevernet har SINTEF Helse også kartlagt bruken av skjerming både i 2001 og 2003 (Hatling, Ådnanes & Bjørngaard 2002; Pedersen, Hatling & Bjørngaard 2004 b). Den siste kartleggingen viser at det i perioden 2001-2003 har skjedd en sterk økning i bruken av skjerming over 48 timer, målt både i antall vedtak (65%) og antall pasienter som har blitt berørt (72%). Akuttavdelingene, langtidsavdelingene og sterkavdelingene var de største brukerne. Det er en viss grad av institusjonsvise forskjeller i bruken av skjerming over 48 timer. Sykehus med hyppige skjermingsvedtak i 2001 hadde det også i 2003.

Økningen i bruken av skjerming over 48 timer i perioden har vært påfallende sterk i perioden 2001-2003. Noe av dette kan muligens skyldes økt registrering heller enn økt bruk; Kartleggingen i 2001 falt sammen med innføringen av ny psykisk helsevernlov, hvor kravet om registrering av skjerming over 48 timer ble innført. I følge SINTEF Helse kan økningen imidlertid også være knyttet til nedgangen i bruken av tvangsmidler, dvs. korttidsvirkende legemidler og isolasjon.

Når det gjelder skjerming under 48 timer er det ikke stilt krav til vedtaksfesting. På grunn av dette kunne ikke institusjonene fremlegge oversikt over bruken av skjerming under 48 timer, verken i 2001 eller 2003.

5.5 Måling av kvalitet i det psykiske helsevernet

Sosial- og helsedirektoratet har iverksatt måling av kvalitet i det psykiske helsevernet gjennom nasjonalt indikatorsett for psykisk helsevern. Første offentliggjøring av målingene ble gjort i februar 2005. Denne viste bl a at ved poliklinikker innefor psykisk helsevern er omkring 70 % av pasientene fornøyd med behandlingen og relasjonen til behandlere, mens tallene er noe lavere, i overkant av 60 %, når det gjelder informasjon om behandlingsmuligheter og

diagnose. Totalt sett viser undersøkelsene at det er grunnlag for forbedringer også sett i forhold til pasienterfaringene innen somatikken, særlig når det gjelder informasjon til pasientene.

5.6 Evaluering av kontrollkommisjonsordningen

Ved behandling av statsbudsjettet for 2002 vedtok Stortinget å be Regjeringen om å foreta en evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern ut fra målsettingen om at disse samlet skal fungere bedre enn i dag. I Innst.S. nr. 11 (2001–2002) står det:

> ”Komiteen merker seg at det i St.prp. nr. 1 (2001-2002) er angitt at enkelte kontrollkommisjoner ikke har fungert tilfredstillene. Komiteen merker seg departementets forventning om at en ny lov om psykisk helsevern kan bidra til å skape en øket bevissthet om hvordan kontrollkommisjonene skal arbeide. Med bakgrunn i det viktige rettsvernet kontrollkommisjonene skal representere for personer med psykiske lidelser, vil komiteen likevel be om en evaluering av kontrollkommisjonenes arbeid, ut fra målsettingen om at deres arbeid kvalitetssikres, og at rettsvernet til pasienter med psykiske lidelser dermed styrkes.
>
> Komiteen fremmer følgende forslag: ”Stortinget ber Regjeringen om å foreta en evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern ut fra målsetningen om at disse samlet skal fungere bedre enn i dag, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte.””

Helse- og omsorgsdepartementet har delegert til Sosial- og helsedirektoratet å foreta evalueringen.

De viktigste tema for evalueringen er:

- Kvaliteten på kommisjonenes begrunnelser i klage- og etterprøvingssaker
- Kommisjonenes overholdelse av saksbehandlingsregler, m.m
- Lik og ulik praksis blant kommisjonene når det gjelder utøvelse av forskjellige arbeidsoppgaver og når det gjelder rettsforståelse
- Likheter og forskjeller mellom kommisjonene når det gjelder statistiske frekvenser av ulike slag (f.eks. prosent formelt fattede vedtak av mottatte klagesaker, prosent klagesaker hvor vernet blir opphevet før det ble fattet et formelt vedtak, medholdsprosent av formelt fattede vedtak, m.m.)
- Kommisjonenes egne erfaringer og opplevde utfordringer i forhold til å fungere godt. (for eksempel rammebetingelser som lovverk og arbeidsbelastning, etc.)

Direktoratet foretar evalueringen på bakgrunn av følgende kildemateriale:

- Data fra årsrapportskjema fra kommisjonene for 2003
- En gjennomgang og vurdering av et utvalg klage- og etterprøvingssaker som kontrollkommisjonene har avgjort i 2003
- Utfylte spørreskjema mottatt fra alle 57 kontrollkommisjoner

Den endelige evalueringsrapporten ventes å foreligge i løpet av sommeren 2005. Departementet har imidlertid fått tilgang til spørreskjemadata vedrørende

kontrollkommisjonenes erfaringer med psykisk helsevernloven. Disse vil bli omtalt under enkelte av punktene i høringsnotatet. Dersom resultatet av evalueringen skulle foranledige en mer overordnet og prinsipiell drøfting av kontrollkommisjonsordningen mener departementet at dette må gjøres til en egen prosess og eventuelt ses i sammenheng med den videre oppfølgning som omtales under punkt 7.6.

5.7 Norges Forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har Norges Forskningsråd satt i gang 15 evalueringsprosjekter i forbindelse med evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. De fleste prosjekter hadde sin start høsten 2001 og noen i løpet av 2002. Ingen av de 15 prosjektene er ferdigstilte, men forventes ferdigstilt i perioden 2006- 2008. Prosjektene omhandler bl.a. Opptrappingsplanens betydning for:

- bruk av tvang,
- tilgjengelighet til psykisk helsevern for barn og unge
- brukermedvirkning
- kompetanseutviklings- og kompetansehevingstiltak

6 Forholdet til menneskerettighetene

6.1 Innledning

Psykisk helsevernloven åpner for bruk av tvang ved tilbakeholdelse i institusjon, behandling, eventuelt avhenting til behandling og skadeavvergende tiltak. Bruk av tvang er svært inngripende i enkeltmenneskers integritet. Det er derfor viktig å forsikre seg om at vilkårene for tvangsbruk, saksbehandling og overprøvingsmuligheter er i samsvar med menneskerettighetene.

Relevante menneskerettighetsdokumenter består rettslig sett av to typer. På den ene siden har man konvensjoner som er folkerettslig bindende for Norge og på den andre siden resolusjoner, anbefalinger og rekommendasjoner som ikke er bindende på samme måte, men som må veie tungt ved utformingen av de norske regler.

6.2 Oversikt over relevante menneskerettslige forpliktelser

6.2.1 Den Europeiske menneskerettighetskonvensjon

Europarådets konvensjon av 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter, også kalt ”Den europeiske menneskerettighetskonvensjon” (EMK), står sentralt i det internasjonale vern av menneskerettigheter. Konvensjonen ble gjort til norsk lov ved menneskerettighetsloven av 21. mai 1999 nr 30, § 2 nr. 1.

Konvensjonen inneholder bl.a. bestemmelser om beskyttelse av retten til liv, personlig frihet og sikkerhet, rettferdig rettergang og andre rettssikkerhetsgarantier, respekt for familieliv og privatliv, tankefrihet, ytringsfrihet og organisasjonsfrihet. Konvensjonens forbud mot tortur eller umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff står sentralt i forhold til tvungent psykisk helsevern. Konvensjonen gir den enkelte borger adgang til å innklage konvensjonsbrudd for Den europeiske menneskerettighetsdomstolen.

6.2.1.1 Artikkel 3 – forbudet mot tortur eller umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff

I EMK art 3 er det fastslått at ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff. Dette er en bestemmelse som er av stor viktighet for mennesker som er undergitt frihetsberøvelse eller tvangsmessige inngrep på annen måte.

Ut fra aktuelle problemstillinger i dagens norske samfunn, er det først og fremst forbudet mot umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff, som kan komme i fokus. Etter Domstolens praksis innebærer umenneskelig behandling eller straff at den person det dreier seg om er gjenstand for tiltak som fører til en urettmessig og sterk fysisk eller psykisk lidelse. Nedverdigende behandling eller straff foreligger blant annet når den aktuelle person utsettes for tiltak som

ydmyker ham eller henne overfor andre og som er egnet til å skape en følelse av frykt og mindreverdighet.

Det må understrekes at art 3 i seg selv ikke forbyr rettmessig bruk av tvang f.eks. for å kunne gjennomføre en helt nødvendig psykiatrisk behandling. Behandlingen må imidlertid være medisinsk indisert, og ikke ha som formål å nedverdige pasienten på noen som helst måte.

Etter departementets vurdering er EMK art 3 tilfredsstillende ivaretatt i gjeldende rett, se mer utførlig redegjørelse i Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 4.2.2. Det foreslås ikke lovendringer i høringsnotatet her som svekker de hensyn som ligger bak EMK art. 3.

6.2.1.2 Art 5 – vilkår for frihetsberøvelse

EMK art 5 (1) slår fast den klare og selvsagte hovedregel at enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet. Det står videre at ingen må bli berøvet sin frihet unntatt i nærmere angitte tilfeller og i samsvar med en fremgangsmåte foreskrevet ved lov. Mellom flere alternativer nevner så bestemmelsen i art 5 (1) bokstav (e) det alternativ som er aktuelt i forhold til dagens lov om psykisk helsevern:

”lovlig frihetsberøvelse av (…) sinnslidende, (…)”

Grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern i lovens § 3-3, første ledd – ”alvorlig sinnslidelse” - oppfyller konvensjonens krav om at personen må anses som ”sinnslidende”, se nærmere drøfting i Ot. prp. nr 11, (1998-99), punkt 7.3.4.1, s 77 annen spalte. Departementet vil ikke foreslå endringer i grunnvilkåret i dette høringsnotatet.

Kravet om en framgangsmåte foreskrevet ved lov er oppfylt i lovens kapittel 3, som har forholdsvis detaljerte regler om etableringen av tvungent psykisk helsevern. Som det fremgår under punkt 7.9 foreslår departementet et nytt kapittel 3. Dette er likevel i hovedsak en videreføring av gjeldende rett.

Art 5 (4) i EMK omhandler retten til rettslig overprøving av frihetsberøvelse. Bestemmelsen sier at enhver som er pågrepet eller berøvet sin frihet, skal ha rett til å anlegge sak slik at lovligheten av frihetsberøvelsen raskt kan bli avgjort av en domstol, og at hans løslatelse blir beordret dersom frihetsberøvelsen er ulovlig. For blant annet å oppnå full sikkerhet for at de norske overprøvingsregler er i overensstemmelse med art 5 (4), ble det ved lov av 19. juni 1969 tilføyd et nytt kapittel 33 i tvistemålsloven. Kapittelet omhandler saker om overprøving av administrative vedtak om frihetstap og andre tvangsinngrep. Reglene er i all hovedsak foreslått videreført i Ot. prp. nr. 51 (2004-2005) om lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven), kapittel 36 (Innst. O. nr. 110 (2004-2005)). Under behandlingen av disse sakene skal retten påskynde saken mest mulig, og innenfor rammen av vedkommende lov skal retten prøve alle sider av saken.

6.2.1.3 Art 8 - beskyttelsen av privatlivet

Det følger av EMK art 8 (1) at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. Art 8 (2) tar for seg de unntakene som statene kan gjøre fra dette hovedprinsippet. Den delen av art 8 (2) som særlig har relevans, sier at det ikke skal skje noe inngrep av statlig myndighet i utøvelsen av den retten som er nevnt i art 8 (1), unntatt når dette er i samsvar med loven og er

nødvendig i et demokratisk samfunn - for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.

Reglene om begrensninger i forbindelse med omverdenen (§ 4-5), undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon (§ 4-6) og beslag (§ 4-7) er vurdert å være i samsvar med EMK art 8. Ettersom slike tiltak bare kan tillates med det formål å hindre ulovlige handlinger eller handlinger som kan føre til uorden i institusjoner, eller handlinger som kan være til fare for andre, anses gjeldende rett å være i samsvar med EMK art 8, se Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 4.2.5, s 34, annen spalte.

Etter departementets vurdering er også forslaget til en egen bestemmelse om urinprøvetaking i lovforslagets § 4-4a i samsvar med EMK art 8. Forslaget er begrenset til å gjelde personer hvor det er mistanke om rusmiddelmisbruk. Vedtak etter forslagets første ledd og samtykke etter vedtakets andre ledd er underlagt saksbehandlingsregler som skal bidra til ivareta pasientens rettssikkerhet.

6.2.2 Europarådets konvensjon om forebyggelse av tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff

Europarådets konvensjon om forebyggelse av tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff trådte i kraft den 1. august 1989. Konvensjonen må ses i sammenheng med forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff i art 3 i EMK, se under 6.2.1 ovenfor.

Etter art 1 i torturforebyggingskonvensjonen sier at det skal opprettes en europeisk komite, som ved hjelp av besøk, skal undersøke behandlingen av personer som er berøvet sin frihet, med sikte på å styrke, om nødvendig, beskyttelsen av slike personer fra tortur og fra umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff.

Komiteen skal foreta inspeksjoner av steder i de enkelte land der det er anbrakt frihetsberøvede mennesker. De statene som har tiltrådt konvensjonen plikter å gi komiteen ubegrenset adgang til de aktuelle steder, der komiteen skal kunne ha fortrolige samtaler med personer som er berøvet sin frihet. Etter hvert besøk utarbeider komiteen en rapport om besøket samt de anbefalinger den finner nødvendig. Komiteen skal offentliggjøre sin rapport sammen med eventuelle kommentarer fra vedkommende stat, når staten selv ber om det.

Den europeiske konvensjon om forebyggelse av tortur og umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff, innebærer en forsterket rettsikkerhet for mennesker som er undergitt frihetsberøvelse. Konvensjonen blir derfor viktig for mennesker som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon.

Komiteen har vært på inspeksjonsbesøk i Norge i 1993 og 1997. Begge ganger er det forholdene for innsatte i politiarrester og fengselsvesenets anstalter som er undersøkt.

6.2.3 Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin

Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin er vedtatt av Europarådets ministerkomite 19. november 1996. Konvensjonen er foreløpig ikke ratifisert av Norge.

Art 7 i konvensjonen beskytter sinnslidende personer ”persons who have mental disorder.” Behandling uten eget samtykke kan skje overfor en person med alvorlig sinnslidelse ”person who has a mental disorder of a serious nature”, på nærmere angitte vilkår. Disse vilkårene tilsvarer de tilleggsvilkårene til hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse som den norske lovgivningen stiller opp som betingelse for etablering av tvungent psykisk helsevern.

De vilkårene som art 7 oppstiller er at unnlatelse av å gjennomføre behandlingen av sinnslidelsen ville føre til alvorlig helseskade; ”-an intervention aimed at treating his or her mental disorder only where, without such treatment, serious harm is likely to result to his or her health”. Behandlingskriteriet i gjeldende psykisk helsevernlov foreslås videreført i lovforslaget § 3-1 nr 4 bokstav a. Behandlingskriteriet må også ses i sammenheng med kravet til at ansvarlig institusjon skal være faglig og materielt i stand til å tilby tilfredsstillende behandling og omsorg, jf. lovforslaget § 3-1 nr. 3.

Det norske behandlingskriteriet som er nedfelt i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd bokstav a), anses å være i overensstemmelse med konvensjonens art 7. Lovens § 3-3 må for øvrig ses i sammenheng med § 3-2, hvor det heter at vedtak om tvungent psykisk helsevern bare kan treffes og gjennomføres dersom ansvarlig institusjon faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende person tilfredsstillende behandling og omsorg. Det behandlingsaspektet som art 7 omhandler, er derfor ytterligere understreket i psykisk helsevernloven.

Farekriteriet i psykisk helsevernlovens § 3-3 første ledd bokstav b) som går på fare for eget liv og helse anses å falle innenfor art 7, jf. ”explanatory report” til konvensjonen. Fare for andres liv og helse går på sin side inn under art 26, som tillater å gjøre unntak fra konvensjonens bestemmelser blant annet «for the protection of the rights and freedoms of others.»

Art 9 stiller krav til at man ivaretar tidligere uttrykte ønsker med hensyn til behandlingen for personer som på tidspunktet for behandlingen ikke er i stand til å uttrykke dette. Bestemmelsen krever imidlertid ikke annet enn at man tar disse ønskene med i vurderingen, og det stilles ikke krav til at ønskene skal være bindende for behandlingen. Art 9 er ivaretatt i gjeldende lovgivning. Etter pasientrettighetslovens § 4-6 annet ledd skal pasientens interesser og pasientens antatte ønsker tas i betraktning. Etter psykisk helsevernlovens § 4-2 første ledd skal man så langt som mulig ta hensyn til pasientens syn på restriksjoner og tvangstiltak.

6.2.4 Europarådets rekommendasjon om beskyttelse av menneskerettigheter og verdighet til personer med psykisk sykdom, nr (2004) 10

Rekommendasjonen, som er fra 22. september 2004, skal styrke ivaretakelsen av verdighet og menneskerettigheter for personer med psykiske lidelser, spesielt de som er underlagt tilbakeholdelse eller behandling ved bruk av tvang, se art 1, nr. 1. Rekommendasjonen har status som anbefaling, og er ikke rettslig bindende for

Norge. Den er likevel et viktig dokument med hensyn til utformingen av lovgivningen om tvungent psykisk helsevern.

Vilkårene for tvangsinnleggelse etter rekommendasjonen er:

- at pasienten har en alvorlig sinnslidelse
- at tilstanden representerer risiko for alvorlig skade for pasientens egen eller andre personers helse
- at det skal være et behandlingsmessig formål
- det minst inngripende vedtak skal anvendes
- pasientens syn på saken skal tas med i vurderingen

Det er her foretatt en endring i forhold til den forrige rekommendasjonen av 1983. Etter denne kunne det også være et vilkår for tvangsinngripen at unnlatelse av anbringelse ville føre til en forverring av sinnslidelsen eller forhindre at pasienten fikk adekvat behandling, se Ot. prp. nr. 11, (1998-99) punkt 4.4. Gjeldende rekommendasjon synes å ha innskjerpet anbefalingen av hvilke vilkår som bør gi grunnlag for tvangsvedtak.

Etter departementets vurdering gir ikke denne endringen i rekommendasjonen grunn til å endre behandlingskriteriet i dagens lovgivning. Det ligger fortsatt et behandlingskriterium i rekommendasjonen selv om dette er slått sammen med, og ligger nærmere, et rent farekriterium. Dersom loven bare gav åpning for at pasienter som er til fare for egen eller andres helse kunne tvangsinnlegges, ville dette innebære en innsnevring av vilkårene. Dette ville forhindre at svært syke personer uten sykdomsinnsikt fikk hjelp fra det psykiske helsevernet, eller fikk hjelp for sent. Man kunne også risikere økt stigma for psykisk syke ved et større fokus på farlighet. Departementet vil på denne bakgrunn ikke foreslå endringer i lovens tilleggsvilkår. De endringer som fremgår av lovforslaget § 3-1 på dette punkt er av redigeringsmessig karakter.

Etter art 20 anbefales det at myndighet til å ta avgjørelse om frihetsberøvelse plasseres hos et judisielt organ eller annet kompetent organ. Det følger av definisjonen av kompetent organ i artikkel 2 nr. 3 i rekommendasjonen at dette ikke nødvendigvis er et kollegialt organ, men også kan være en person som er uavhengig av den som foreslår bruk av tvang. Dette innebærer at ordningen med faglig ansvarlig for vedtak er i samsvar med anbefalingen i rekommendasjonen. Det anbefales videre at det skal være en kontradiktorisk prosess, dvs at pasienten får anledning til å møte for avgjørelsesorganet og anledning til å uttale seg om saken. Unntak fra disse anbefalinger gjelder for akuttsituasjoner.

Art 25 stiller krav mht muligheten for overprøving av vedtak om tilbakeholdelse og vedtak om tvangsbehandling. Rekommendasjonen bruker begrepet ”court” om det organet som skal overprøve vedtakene, og det følger av merknadene at man anbefaler at overprøvingskompetansen legges til en domstol eller domstollignende organ. Når det gjelder vedtak om tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven § 4-4 ligger ikke overprøvingskompetansen til verken kontrollkommisjonene eller domstolene, men til Helsetilsynet i fylkene som er klageinstans for vedtak om tvangsbehandling. Begrunnelsen for dette er hensynet til rask behandling og tilstrekkelig faglig kompetanse til å kunne overprøve de faglige vurderingene, se

Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 8.4.5.4. Departementet fastholder at dette er en god ordning, og vil ikke foreslå endringer her.

6.2.5 FN- konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 16. desember 1966

FN-konvensjonen er rettslig bindende for Norge. Flere av de sentrale reglene som har kommet til uttrykk i FN-konvensjonen er samsvarende med reglene i EMK. EMK er derfor behandlet som den i praksis viktigste av de to konvensjonene. I første punktum har art 7 i FN-konvensjonen en regel som tilsvarer forbudet mot tortur eller umenneskelig eller uverdig behandling eller straff i EMK art 3.

Første avsnitt av art 10 har en generell regel om personer som er undergitt frihetsberøvelse. Det heter at "All persons deprived of their liberty shall be treated with humanity and with respect for the inherent dignity of the human person".

6.2.6 FN- konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

FN- konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter gir i liten grad bestemmelser som er direkte relevante i forbindelse med utformingen av regler om tvang. Blant de bestemmelser som er relevante i det psykiske helsevernet er art 12 som forplikter konvensjonsstatene til å treffe tiltak for å virkeliggjøre retten for enhver til den høyest oppnålige levestandard både fysisk og psykisk.

I forbindelse med eksaminasjonen av Norges fjerde periodiske rapport i ØSK-komiteen i mai 2005 uttalte komiteen i sine avsluttende merknader:

> The Committee recommends that the state party ensures that every decision to detain a person with mental disorder for compulsory psychiatric treatment to be reviewed promptly by an independent judicial body.

Etter psykisk helsevernloven § 3-10 skal alle vedtak om tvungent psykisk helsevern sendes kontrollkommisjonen som snarest mulig skal forvisse seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av de grunnleggende kravene i § 3-2 og vilkårene etter § 3-3. § 3-10 må dessuten ses i sammenheng med pasientens klagemuligheter til den uavhengige kontrollkommisjonen og adgangen til å bringe spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern inn for domstolene etter tvistemålsloven kapittel 33. Etter departementets vurdering ivaretar derfor gjeldende rett de vesentlige elementene i komiteens anbefaling, selv om det ikke skjer en full prøvelse før pasienten fremmer klage for kontrollkommisjonen. Departementet har på dette punkt ikke foreslått lovendringer.

6.2.7 FN- konvensjonen om barns rettigheter av 20. november 1989

Ved endringslov 1. august 2003 nr. 86 ble FNs barnekonvensjon inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven. Konvensjonen har bestemmelser som skal sikre at barn blir behandlet humant, og først og fremst med tanke på hva som best tjener barnet. Barnets privatliv skal respekteres og barnet skal ikke skilles fra sine foreldre uten at dette følger av lov og er nødvendig ut fra barnets interesser.

Barn skal sikres best mulig helsetilstand og skal ikke utsettes for tortur eller annen grusom, umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff.

Frihetsberøvelse av barn må ikke skje vilkårlig eller uten hjemmel i lov, og må være i barnets interesse. Frihetsberøvelsen skal i tilfelle være siste alternative tiltak og skal være så kortvarig som mulig. Under frihetsberøvelsen skal barnet behandles humant og med respekt for sin menneskelige verdighet.

Konvensjonen gir uttrykk for grunnleggende humane prinsipper som anses ivaretatt i norsk rett. Det foretas en særskilt drøfting av betydningen av artikkel 20 under punkt 7.8.2.

6.2.8 FNs torturkonvensjon

FNs konvensjon mot tortur ble vedtatt av FNs generalforsamling i 1984. På samme måte som Europarådets konvensjon om tortur, nevnt ovenfor under punkt 6.2.2 omfatter også denne konvensjonen grusom, umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff. Medlemsstatene har forpliktet seg til rapportering hvert fjerde år til en uavhengig komité nedsatt etter konvensjonen. Komiteen kan på særskilte vilkår også foreta en såkalt ”fortrolig undersøkelse” på eget initiativ. I tillegg kan det fremmes klager både fra stat og individ.

Norsk rett anses å være i samsvar med FNs torturkonvensjon. Det foreslås ikke lovendringer i høringsnotatet som kan endre dette.

7 Lovforslagets innhold

7.1 Overordnede problemstillinger - lovens virkeområde

7.1.1 Innledning

Gjeldende lov om psykisk helsevern gjelder generelt i det psykiske helsevernet, og omfatter således både pasienter under frivillig og tvungent vern. Den er en særlov i den forstand at den regulerer en del av helsetjenesten. Det har vært en egen særlov for det psykiske helsevernet i Norge helt siden lov om Sindsyges Behandling og Forpleining av 1848. Også i andre europeiske land er det vanlig at det er en særlov som regulerer det psykiske helsevernet. Bl.a. har Sverige, Danmark, Finland, og England denne ordningen.

I tråd med stadig større fokus på individets selvbestemmelsesrett og grunnleggende menneskerettigheter har det skjedd en utvikling i lovfestingen av tvangshjemler innen helse- og sosialtjenestene og barneverntjenesten de senere år. Tendensen har gått i retning av skjerping av vilkår for inngrep, samt større grad av saksbehandlingsregler og overprøvingsmuligheter. Dette er grunnleggende hensyn bak gjeldende lov om psykisk helsevern. Her ble det lovfestet en rekke tiltak som etter den gamle loven fra 1961 hadde vært gjennomført uten særskilt lovhjemmel. Dette gjelder særlig tiltak i gjennomføringen av det psykiske helsevernet, som skjerming, ransaking av pasienter, beslag i pasienters eiendeler, restriksjoner i pasientens kontakt med omverdenen og behandlingstiltak uten samtykke.

Kapittel 4A i sosialtjenesteloven om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, samt høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av mars 2005 om forslag til nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, er andre eksempler på lovfesting og forslag til lovfesting av tvangshjemler for å begrense og kontrollere tvangsbruken.

Regelutviklingen generelt innen helse- og sosialområdet har vært omfattende de senere år. Dette har medført at det er en rekke grenseflater mellom psykisk helsevernloven og annet regelverk.

I dette kapittelet vil departementet gi en oversikt over de viktigste grenseflatene til tilgrensende regelverk. Det foretas videre drøftinger med forslag til kortsiktig og langsiktig regelverksarbeid for å utvikle et mer oversiktlig, helhetlig og sammenhengende lov- og forskriftsverk.

7.2 Forholdet til pasientrettighetsloven

7.2.1 Innledning

Psykisk helsevernloven trådte i kraft samtidig med lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63. Begge lovene var deler av den såkalte ”helselovreformen” som også inkluderte lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 nr. 61 og lov om

helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64. Mens pasientrettighetsloven gir generelle rettigheter som i utgangspunktet gjelder alle pasienter i helsetjenesten, er psykisk helsevernloven en særlov som bare regulerer det psykiske helsevernet. Det er flere grenseflater mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven.

Psykisk helsevernloven § 1-5 regulerer forholdet til pasientrettighetsloven. I henhold til § 1-5 første punktum gjelder pasientrettighetsloven "så langt den passer" ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Annet punktum slår fast at kap 4 i pasientrettighetsloven om samtykke til helsehjelp bare gjelder når det er bestemt i psykisk helsevernloven. Mens pasientrettighetsloven forutsetter frivillighet fra pasientens side, omhandler psykisk helsevernloven både frivillig og tvungent psykisk helsevern. Slik pasientrettighetslovens bestemmelser om bl a samtykke og medvirkning lyder i dag, kan således ikke disse gjelde fullt ut for pasienter i tvungent psykisk helsevern.

Pasientrettighetslovens alminnelige bestemmelser om samtykke gjelder for psykiatriske pasienter hva angår somatiske lidelser. Dette vil si at en pasient under tvungent psykisk helsevern som brekker armen, i utgangspunktet må samtykke til helsehjelp etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven før det gis behandling for armbruddet.

Prinsippene i pasientrettighetsloven skal imidlertid gjøres gjeldende så langt det overhodet er mulig for alle pasienter i det psykiske helsevernet, også de som er under tvungent vern. F.eks. er det vanskelig å se grunnlag for spesielle innskrenkninger i retten til informasjon og journalinnsyn for pasienter i det psykiske helsevernet.

Hvis pasientrettighetene ikke overholdes og pasienten ønsker å påklage dette, følger klagereglene av pasientrettighetslovens kapittel 7. Dette innebærer at pasienten kan anmode aktuelt helsepersonell om å oppfylle pasientrettigheten. Dersom anmodningen ikke tas til følge kan pasienten klage til Helsetilsynet i fylket.

Psykisk helsevernloven har derimot et eget klagesystem hvor kontrollkommisjonene står sentralt. For å unngå at pasientene blir usikker på hvilken framgangsmåte som skal benyttes i den enkelte sak, må det gis grundig veiledning og informasjon. I tillegg til at kontrollkommisjonene skal gi slik bistand, vil pasientombudene kunne bistå pasienten, jf. kapittel 8 i pasientrettighetsloven.

Som det fremgår av punktene 5.2 og 5.3 viser rapportene fra landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer (4/2003) og spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer (4/2004) mangler i oppfyllelsen av viktige pasientrettigheter. Begge tilsynsrapportene viser en betydelig svikt i utarbeidelsen av individuelle planer. Rapport 4/2004 avdekker også manglende etterlevelse av de krav som retten til vurdering og prioritering stiller ved nær halvparten av enhetene. Helsetilsynet konstaterer i samme rapport at personellet har dårlig kjennskap til regelverket om generelle pasientrettigheter.

7.2.2 Overordnet problemstilling

Forholdet mellom pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven er et prinsipielt viktig spørsmål. Realiseringen av pasientrettigheter i det psykiske helsevernet vil være en sentral forutsetning for å nå Opptrappingsplanens målsetninger. Etter departementets syn er det grunn til å vurdere om den reguleringsmetoden som er valgt i gjeldende lovverk er den mest hensiktsmessige når det gjelder å sette fokus på at de generelle pasientrettighetene også gjelder i det psykiske helsevernet.

Nedenfor vil departementet foreta en gjennomgang av de pasientrettighetene hvor det i dag er grenseflater mellom de to lovverk. Dette omfatter både bestemmelser hvor det kan være tvil om hvor langt pasientrettighetslovens hovedregler gjelder, og bestemmelser hvor det er gjort unntak eller nedfelt særbestemmelser i psykisk helsevernloven. Departementet foretar først en vurdering av hva vi anser for å være en hensiktsmessig regulering av den enkelte rettigheten, og under punkt 7.2.9 vil departementet foreta en oppsummering og overordnet vurdering med forslag til endringer i lovgivningen.

7.2.3 Kravet til samtykke - generelt

7.2.3.1 Gjeldende rett

Ethvert inngrep overfor enkeltmennesket, også innenfor helsetjenesten, krever at det foreligger et gyldig rettsgrunnlag. Betingelsen om pasientens samtykke til behandling er derfor en grunnleggende pasientrettighet, regulert i pasientrettighetslovens kapittel 4. I gitte situasjoner på helsetjenestens område har lovgiver funnet det nødvendig å avgrense den individuelle bestemmelsesretten for å unngå at individet går til grunne eller skader seg selv eller andre. Eksempler på dette er det psykiske helsevernet og smittevernet, hvor man kan gjøre bruk av tvangshjemler for å gjennomføre undersøkelse og behandling.

Dette er bakgrunnen for bestemmelsen i psykisk helsevernloven § 1-5, annet punktum. Det følger av denne at pasientrettighetslovens bestemmelser om samtykke i kapittel 4 bare gjelder når det er særskilt bestemt i psykisk helsevernloven. Dette er med andre ord en innsnevring av det generelle prinsippet om at pasientrettighetene gjelder ”så langt det passer” innen det psykiske helsevernet.

7.2.3.2 Problemstilling

Det kan reises spørsmål ved om det er nødvendig å opprettholde et så omfattende unntak fra samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven for pasienter i psykisk helsevern som følger av psykisk helsevernloven § 1-5, sett i lys av at kravet til samtykke er en grunnleggende pasientrettighet, også i det psykiske helsevernet.

7.2.3.3 Departementets vurdering og forslag

Bruk av tvang innebærer at en av de grunnleggende pasientrettighetene – kravet til samtykke – settes til side. Rettslig sett er det ikke avgjørende at dette unntaket står i psykisk helsevernloven. Særreglene i psykisk helsevernloven går foran pasientrettighetslovens generelle bestemmelser i kraft av å være en spesiallov etter

det såkalte lex specialisprinsippet. Dette fremgår også av pasientrettighetsloven § 4-1, første ledd; ”Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke”. En presisering av at psykisk helsevernlovens regler går foran kan likevel ha en pedagogisk funksjon overfor de som skal anvende lovbestemmelsene.

Etter departementets vurdering er det tvilsomt om dagens regulering gir en pedagogisk gevinst. Tvert i mot kan det virke forvirrende at forholdet mellom samtykkereglene i pasientrettighetslovens kapittel 4 og psykisk helsevernloven er regulert på en annen måte enn det som er hovedregelen i § 1-5, første ledd, første punktum. Dagens regulering kan i verste fall misforstås dit hen at pasientrettighetslovens regler om samtykke er unntaket i det psykiske helsevernet. Dette er ikke tilfelle. Kravet til samtykke er tvert i mot det klare utgangspunkt.

Etter departementets vurdering bør derfor dagens regulering av dette i psykisk helsevernloven § 1-5 endres slik at unntaket fra samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4 oppheves. I den grad bestemmelser om undersøkelse og behandling uten samtykke følger av psykisk helsevernloven, vil disse gå foran pasientrettighetslovens generelle bestemmelser i kraft av å være en særlov. Dette fremgår også av pasientrettighetsloven § 4-1.

7.2.4 Særlig om representert samtykke – forholdet til psykisk helsevernloven

7.2.4.1 Gjeldende rett

Pasientrettighetsloven har i dag egne regler om representert samtykke i §§ 4-4 til og med 4-8. § 4-4 gjelder samtykke på vegne av barn, og behandles nedenfor under punkt 7.2.5. Bestemmelsene i §§ 4-5 til 4-8 innebærer at andre personer i varierende utstrekning kan samtykke på vegne av en person som ikke selv har samtykkekompetanse, det vil si mangler evne til å forstå hva samtykket omfatter eller på grunn av fysisk eller psykisk tilstand ikke er i stand til å samtykke. De viktigste bestemmelsene i pasientrettighetsloven som i dag regulerer helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse forutsetter at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, jf. §§ 4-5 tredje ledd, 4-6 tredje ledd.

Etter psykisk helsevernloven §§ 2-1 og 2-2 er det gjort omfattende unntak fra pasientrettighetslovens bestemmelser om representert samtykke i §§ 4-5 til 4-8. Hensynet bak disse unntakene er at all undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten vedkommendes samtykke skal følge psykisk helsevernlovens regler om tvang. Dette gjelder likevel ikke hvor mangelen på samtykkeevne skyldes psykisk utviklingshemming eller senil demens, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 tredje ledd. Ettersom disse tilstandene i utgangspunktet ikke vil tilfredsstille grunnvilkåret for tvungent psykisk helsevern, foreligger ikke risikoen for et ”tosporet system”. Pasientrettighetslovens regler legges derfor til grunn bortsett fra § 4-5 første og tredje ledd (foreldresamtykke for personer uten samtykkekompetanse mellom 16 og 18 år) når det gjelder psykisk utviklingshemmede og § 4-5 i sin helhet når det gjelder senil demente.

7.2.4.2 Problemstilling

Spørsmålet er om det bør gjøres et særskilt unntak fra pasientrettighetslovens bestemmelser om representert samtykke i forhold til personer uten samtykkekompetanse. Dette blir med andre ord et spørsmål om psykisk helsevernlovens tvangsbestemmelser skal være det eneste grunnlag for å yte psykisk helsevern til personer uten samtykkekompetanse.

7.2.4.3 Departementets vurdering og forslag

Etter departementets vurdering bør det som utgangspunkt ikke være ”to innganger” til undersøkelse og behandling i psykisk helsevern uten eget samtykke, det vil si både gjennom reglene om representert samtykkekompetanse i pasientrettighetsloven og etter reglene om etablering av tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven. Dersom psykisk helsevern også skal kunne ytes på grunnlag av representert samtykke innebærer dette en risiko for omgåelse av de strenge vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevernloven og gjøre det vanskeligere å føre kontroll med tvangsbruken. Rettssikkerhetshensyn tilsier derfor at det bare gjelder ett sett med regler for inngripende tiltak uten vedkommendes samtykke.

Hensynet til å unngå et tosporet system er også bakgrunnen for forslaget til ny § 4A-2 annet ledd i høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 11. mars 2005, *Endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter – helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse.* Her er det foreslått at regler om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen ikke skal gjelde for undersøkelse og behandling av psykisk lidelse. Slik undersøkelse og behandling skal følge reglene i psykisk helsevernloven.

Forslaget til ny § 4A-2, annet ledd gjelder tilfeller hvor pasienten motsetter seg helsehjelpen. På grunn av pasientens motstand er elementet av tvang sterkere enn etter de regler om representert samtykke som følger av pasientrettighetsloven i dag. Rettssikkerhetshensyn taler for at de tilfeller hvor det er tale om undersøkelse og behandling av psykisk lidelse, og hvor pasienten motsetter seg dette, behandles etter psykisk helsevernlovens regler.

På dette grunnlag mener departementet at det bør gjøres et unntak fra pasientrettighetslovens regler om representert samtykke. Spørsmålet blir så hvordan dette unntaket skal utformes. Dersom det skulle gjøres et generelt unntak fra reglene om representert samtykke i pasientrettighetsloven kap. 4 ville imidlertid dette innebære at det ikke ville være rettslig grunnlag for å yte psykisk helsevern til personer som mangler samtykkekompetanse, men som likevel tilfredsstiller vilkåret om alvorlig sinnslidelse.

Utgangspunktet for vurderingen er at det her er tale om helsehjelp som pasienten ikke motsetter seg, jf. §§ 4-5 tredje ledd, 4-6 tredje ledd. Elementet av tvang er ikke like sterkt i slike tilfeller, noe som taler for at de generelle bestemmelser om representert samtykke kan legges til grunn. Overfor pasienter som ikke tilfredsstiller kravet til ”alvorlig sinnslidelse”, og som heller ikke motsetter seg helsehjelpen mener departementet det bør være anledning til å yte helsehjelp, også i forhold til pasientens psykiske problemer. De strenge kriteriene for tvungent psykisk helsevern kan innebære at disse pasientene ellers ville ”falle mellom to

stoler", ettersom de ikke motsetter seg helsehjelp, men heller ikke er i stand til å avgi et gyldig samtykke.

På denne bakgrunn foreslår departementet at det foretas en tilføyelse i pasientrettighetsloven § 4-1 tredje ledd som innebærer at pasientrettighetslovens representasjonsregler i kapittel 4 kommer til anvendelse med mindre mangelen på samtykkekompetanse skyldes en alvorlig sinnslidelse. I de tilfellene hvor grunnvilkåret for etablering av tvungent vern er oppfylt, er det dette systemet som skal brukes. Departementet ber særlig om innspill fra høringsinstansene på dette forslaget.

7.2.5 Særlig om samtykke på vegne av barn under 16 år

7.2.5.1 Gjeldende rett

Psykisk helsevern til barn og unge under 16 år er basert på foreldresamtykke. Etter lov om psykisk helsevern § 2-1 fjerde ledd er det den eller de med foreldreansvaret som samtykker til behandling i det psykiske helsevernet for barn under 16 år. Dette gjelder også for samtykke til å være undergitt tvungent psykisk helsevern inntil tre uker fra etableringen av vernet, jf. § 2-2 tredje ledd.

Innholdet i begrepet foreldreansvar følger av barnelovens regler. Foreldre har et foreldreansvar selv om de ikke har den daglige omsorg. Psykisk helsevernloven §§ 2-1 fjerde ledd og 2-2 tredje ledd innebærer at begge foreldrene må samtykke til psykisk helsevern. Dette gjelder også selv om bare den ene av foreldrene har omsorgen for barnet, eller omsorgsansvaret er overtatt av barneverntjenesten etter vedtak truffet av fylkesnemnda for sosiale saker, jf. § 4-12.

Samtykke fra den eller de med foreldreansvaret er også hovedregelen etter pasientrettighetsloven §§ 4-3 og 4-4. Det følger imidlertid av pasientrettighetsloven § 4-3 bokstav b at barn under 16 år kan ha selvstendig samtykkekompetanse dersom det følger av tiltakets art eller særlige lovbestemmelser, se rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet IS-12/2004 s. 31 flg. En tilsvarende mulighet for selvstendig samtykkekompetanse er ikke gitt i psykisk helsevernloven.

Etter pasientrettighetsloven § 4-4 annet ledd har barneverntjenesten, etter at det er truffet vedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven, myndighet til å samtykke på barnets vegne, det vil si uten medvirkning fra den eller de som har foreldreansvaret. Det er med andre ord gitt ulike regler om foreldresamtykke i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven. Årsaken til ulikhetene fremgår ikke av lovenes forarbeider.

7.2.5.2 Problemstilling

I vurderingen av om pasientrettighetslovens bestemmelser skal gjelde fullt ut må det reises spørsmål ved om det er grunn til at ytelsen av psykisk helsevern til barn under 16 år i alle tilfeller skal være avhengig at den eller de med foreldreansvaret gir sitt samtykke. I den forbindelse er det to problemstillinger som må drøftes.

For det første vil det kunne være tilfeller hvor man kommer til at også en person under 16 år har selvstendig samtykkekompetanse i forhold til å motta undersøkelse

eller behandling fra det psykiske helsevernet. Spørsmålet er om det er særskilte hensyn som tilsier at det ikke skal være en slik adgang også i det psykiske helsevernet.

Den andre problemstillingen gjelder barnevernets myndighet til å samtykke til helsehjelp etter en omsorgsovertakelse. Departementet har mottatt flere henvendelser fra Oslo kommune på at kravet i gjeldende rett til at den eller de med foreldreansvar må samtykke til psykisk helsevern i enkelte tilfeller forhindrer psykisk helsehjelp til barn og unge som er under barnevernets omsorg etter omsorgsovertakelse. Årsaken til dette er at den ene eller begge foreldrene etter en omsorgsovertakelse motsetter seg at barnet skal få undersøkelse eller behandling i det psykiske helsevernet. Det finnes hjemmel i barnevernloven § 4-10 for at fylkesnemnda for sosiale saker kan vedta at barnet skal undergis medisinsk behandling når de biologiske foreldre ikke samtykker til behandling. Dette innebærer imidlertid en domstolslignende prosess, som kan være krevende å få gjennomført, og som kan forsinke mulighetene for at barnet får den helsehjelp det har behov for. Spørsmålet er derfor om reguleringen av foreldresamtykke bør følge pasientrettighetslovens ordning i § 4-4 annet ledd.

7.2.5.3 Departementets vurdering og forslag

Problemstillingene ovenfor er forholdsvis ulikeartede. Det er for det første et spørsmål om det skal være mulig å kunne legge til grunn at barn under 16 år har selvstendig samtykkekompetanse etter tiltakets art. Dette forutsetter at barnet ønsker undersøkelse eller behandling, og enten at foreldrene ikke skal få kunnskap om dette, eller at foreldrene faktisk motsetter seg det. Spørsmålet om barneverntjenestens adgang til å samtykke berører ikke spørsmålet om barnets samtykkekompetanse. Spørsmålet om hvilken betydning foreldreansvaret skal ha for samtykke til psykisk helsevern er likevel felles for begge problemstillinger.

Når det gjelder muligheten i pasientrettighetsloven i § 4-3 første ledd bokstav b. for at barn under 16 år selv kan ha samtykkekompetanse i enkelte tilfeller ser ikke departementet grunn til at ikke denne også skal gjelde i det psykiske helsevernet. Bestemmelsen innebærer et forholdsvis snevert unntak fra hovedregelen om foreldresamtykke. Den må ses i sammenheng med bestemmelsen i § 4-4 tredje ledd som sier at det skal legges økende vekt på hva barnet har å si etter hvert som barnet utvikles og modnes, og selvstendig samtykkekompetanse vil antakelig bare være aktuelt for barn som ligger nær aldersgrensen i bestemmelsen. Som eksempel kan nevnes at i rundskriv om rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring fra Statens helsetilsyn IK-20/2001 (overtatt av Sosial- og helsedirektoratet) er det lagt til grunn at jenter etter en konkret vurdering vil kunne anses å ha samtykkekompetanse også før fylte 16 år i forhold til spørsmål om helsehjelp som følge av omskjæring. I det psykiske helsevernet kan det tenkes at en person under 16 år kan anses å ha selvstendig samtykkekompetanse for eksempel til samtaleterapi hvor en av eller begge foreldrene er en del av en alvorlig konfliktsituasjon.

Når det gjelder spørsmålet om barneverntjenestens myndighet til å samtykke etter en omsorgsovertakelse kan tenkes grunner til at reglene for samtykke på vegne av mindreårige skal være strengere innenfor psykisk helsevern enn i helsetjenesten for øvrig. Ved vurderingen av hva som faller innenfor henholdsvis

”omsorgsansvaret” og ”foreldreansvaret” har det vært lagt til grunn at jo mer grunnleggende og inngripende spørsmål det er tale om, desto større grunn er det til at den eller de med foreldreansvaret skal bestemme. For eksempel hører valg av religionstilhørighet, herunder kirkelige handlinger som dåp og konfirmasjon, under samtykkekompetansen til den eller de med foreldreansvaret. Spørsmålet om psykiatrisk behandling vil ofte være gjenstand for følelser og sterkt engasjement fra den eller de med foreldreansvaret, noe som kan tale for mot at andre skal kunne samtykke.

På den annen side vil det også være somatiske inngrep som både objektivt og subjektivt sett kan representere en vel så stor integritetskrenkelse for den mindreårige som psykisk helsevern, men hvor barneverntjenesten likevel har samtykkekompetanse etter ordningen i pasientrettighetsloven § 4-4 annet ledd.

Formålet bak bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 4-4 annet ledd er at barn skal sikres helsehjelp etter en omsorgsovertakelse. Det er særdeles viktig at det ikke oppstår unødige forsinkelser i helsehjelpen til barn med behov for psykisk helsevern. Her bør hensynet til å sikre barnet helsehjelp veie tyngre enn hensynet til den eller de med foreldreansvaret. Dette vil etter departementets syn være i tråd med hensynet til barnets beste. Barnets rett til å få prøvet spørsmålet om etablering av psykisk helsevern er i dag sikret gjennom psykisk helsevernloven § 2-1 fjerde ledd og § 2-2 femte ledd. Denne adgangen er foreslått videreført i lovforslaget § 2-1 annet ledd. Konklusjonen er derfor at pasientrettighetslovens regulering av dette spørsmålet også bør gjelde i det psykiske helsevernet.

7.2.6 Retten til individuell plan

7.2.6.1 Gjeldende rett

Oversikt over reguleringen

Etter psykisk helsevernlovens § 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.

Formålet med den individuelle planen og planens innhold

Psykisk helsevernlovens § 4-1 er den eneste av de nevnte lovbestemmelsene som gir føringer på hvilken informasjon som skal innarbeides i planen. Planen skal:

- Kartlegge behovet for psykisk helsevern
- Angi hva som er målet med vernet
- Angi hva slags psykiatriske tjenester som er aktuelle
- Angi omfanget av de aktuelle tjenester
- Beskrive gjennomføringen av vernet
- Beskrive det nødvendige samarbeid med andre helse- og sosialtjenester

I de øvrige lovbestemmelsene om individuell plan gir kriteriet ”behov for langvarige og koordinerte tjenester” en føring for planens formål og innhold - langsiktig og samordnet planlegging av behandlingsforløpet. Formålet er nærmere utdypet i *forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven* av 23. desember 2004 § 2:

a. å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
b. å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
c. å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Det kan reises spørsmål ved om psykisk helsevernloven § 4-1 i større grad enn de andre lovbestemmelsene stiller krav til beskrivelse av behandlingsopplegget ved den aktuelle institusjon. I høringsnotatet med utkast til ny lov om psykisk helsevern fra Sosial- og helsedepartementet fra august 1997 ble § 4-1 i lovforslaget betegnet ”behandlingsplan”. Bakgrunnen for lovforslaget i høringsnotatet var de svenske og de danske lovene om psykisk helsevern som stiller krav til behandlingsplaner i forbindelse med tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen ble imidlertid harmonisert med den generelle bestemmelsen om individuelle planer som ble nedfelt i pasientrettighetsloven § 2-5. Likevel blir begge begrepene brukt i Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 8.1.4, og det kan synes uklart i hvilken grad begrepet individuell plan var ment å ha et annet meningsinnhold enn begrepet behandlingsplan.

Merknadene fra Stortingets sosialkomite i forbindelse med behandlingen av lovforslaget i Innst. O. nr. 73 (1998-99) tyder imidlertid på at lovgiver har ment at koordineringen og samhandlingen mellom ulike tjenesteledd i behandlingsforløpet skal være det sentrale formål med bestemmelsen:

> ”Komiteen vil påpeke det positive i at det i lovforslaget foreslås at den individuelle planen også skal beskrive samarbeidet med andre helse- og sosialtjenester, og støtter dette. Det er etter komiteens mening en klar styrke at tiltakene rundt personer med psykiske lidelser også i lovs form ses på som en kjede som vil kreve samarbeid mellom ulike fagnivåer og på tvers av ulike etater.
>
> Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, vil understreke viktigheten av å lage en individuell plan for pasienten. Flertallet vil understreke at samarbeid med pasienten om planen bør tillegges stor vekt. Flertallet vil fremme forslag om dette ved behandlingen av Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter. ”

På denne bakgrunn legger departementet til grunn at psykisk helsevernlovens § 4-1 i all hovedsak stiller de samme krav til planens innhold som den øvrige lovgivning. Den individuelle planens viktigste formål er å bidra til å sikre helhetlig undersøkelse, behandling og oppfølgning, både mellom nivåer i det psykiske helsevernet og overfor andre sosial- og helsetjenester. Som ledd i dette må aktuelle behandlingstiltak kartlegges og beskrives, men det vil være naturlig at det enkelte tjenesteledd utarbeider en mer utfyllende behandlings- eller oppfølgningsplan. Et langvarig tilbud om psykisk helsevern for en kronisk syk pasient kan stille helt andre krav til planen enn en kortvarig akuttinnleggelse.

Bestemmelsene om individuell plan gir pasienten en rett til å få planen utarbeidet og vedlikeholdt, men ikke en materiell rett til de ytelser planen beskriver. Det vil med andre ord kunne foretas endringer i planen uten at pasienten/ tjenestemottakeren kan hevde å ha rettskrav på de tiltak som allerede er beskrevet.

Når har pasienten rett til individuell plan?

Retten til individuell plan etter pasientrettighetsloven § 2-5 gjelder for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Tilsvarende er det gitt en plikt for kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Vurderingen av hvem som faller inn under kriteriet langvarige og koordinerte tjenester beror til en viss grad på skjønn.

En pasient eller tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester vil ofte ha en rett til individuell plan etter to eller flere lovbestemmelser på samme tid. Loven gir ingen åpning for at tjenestene skyver ansvaret for å utarbeide individuell plan over på hverandre. Dersom tjenestemottakeren fyller vilkårene for rett til individuell plan vil den tjeneste eller institusjon pasienten oppsøker til enhver tid ha et ansvar for utarbeiding, uavhengig av om vedkommende allerede har hatt et langvarig behandlings- eller klientforhold innen en annen tjeneste.

I psykisk helsevernlovens § 4-1 er det lovfestet en egen bestemmelse om plikt for institusjonen til å utarbeide individuell plan for pasienter i det psykiske helsevernet. I prinsippet har alle pasienter i psykisk helsevern rett til å få utarbeidet en slik plan, ikke bare de med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester.

Plikten gjelder både i forhold til den som er under frivillig vern og den som er under tvungent vern, men for en person under frivillig vern kan individuell plan bare utarbeides med vedkommendes samtykke. For pasienter under tvungent psykisk helsevern skal det utarbeides slik plan, men det er viktig av behandlingsmessige grunner å få til et samarbeid med pasienten om den individuelle planen.

Ansvar for oppfølgning

Det fremgår av forskriften § 7 bokstav c) at det skal angis ”hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og fremdriften i arbeidet med planen”, og av bokstav g) en ”angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen”. I dette ligger forutsetninger om at det jevnlig bør foretas gjennomgang og

revidering av planen etter hvert som man ser resultatene av behandlingen og utviklingen i pasientens/ tjenestemottakerens tilstand.

Det er ikke gitt nærmere føringer for hvem som skal sørge for vedlikehold av planen. For et helseforetak kan det for eksempel være hensiktsmessig at et slikt ansvar blir underlagt pasientansvarlig lege, ettersom formålet med planen er å sikre at pasienten opplever kontinuitet, samordning og et helhetlig tjenestetilbud.

Individuell plan er særlig viktig i overgangsfaser mellom ulike tjenester, for eksempel ved utskrivning. Ettersom det er spesialisthelsetjenesten som har best kjennskap til når pasienten skal skrives ut, og hvilke behov for kommunal oppfølging vedkommende på det tidspunktet måtte ha, bør helseforetaket ha ansvar for påse at oppfølgningstiltakene ivaretas i pasientens individuelle plan før utskriving. Ansvaret for selve utarbeidelsen kan imidlertid ligge hos den eller de instanser som skal overta ansvaret for pasienten, for eksempel kommunen eller DPS.

Pasient som ikke gis individuell plan kan, etter først å ha anmodet helsetjenesten om å få slik, klage til helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetslovens §§ 7-1 og 7-2. Den som mener å ha rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven må påklage avslag til fylkesmannen, se sosialtjenestelovens §§ 8-6 og 8-7.

7.2.6.2 Problemstillinger

Fra flere hold har det vært reist spørsmål ved om det er hensiktsmessig å ha en egen bestemmelse om individuell plan i psykisk helsevernloven. Det er påpekt at ordlyden skiller seg fra reguleringen av individuell plan ellers i lovgivningen, og at dette kan innebærer tolkingsproblemer. Alternativet til at plikten til å utarbeide individuell plan fortsatt skal være regulert av psykisk helsevernloven er at pasientens rett til individuell plan, og tjenestens plikt til å utarbeide den, anses fullt ut regulert i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven med forskriftsbestemmelser.

Etter departementets syn er det også grunn til å vurdere om kontrollkommisjonene skal føre kontroll med at individuell plan utarbeides for pasienter under tvungent psykisk helsevern, ettersom dette er en gruppe hvor langsiktig og målrettet planlegging er særdeles viktig.

7.2.6.3 Departementets vurdering og forslag

Hvilke pasienter skal ha rett til individuell plan, og hvor skal den reguleres?

Det kan fremføres flere argumenter for at både retten til å få planen utarbeidet og plikten til å utarbeide planen følger den generelle lovgivningen i pasientrettighetsloven, kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Den særskilte reguleringen av individuell plan i psykisk helsevernloven har vært gjenstand for en del diskusjon, ikke minst med hensyn til om det stilles andre krav til innholdet i den individuelle planen etter psykisk helsevernloven enn etter den øvrige lovgivningen. Det har også vært påpekt i ulike sammenhenger at det er uhensiktsmessig at det i utgangspunktet skal utarbeides en plan for alle pasienter i det psykiske helsevernet. En del pasienter vil ikke ha behov for andre tjenester, og i forhold til disse vil ikke hensynet til å sikre en

hensiktsmessig koordinering av tjenestene gjøre seg gjeldende. *Wisløff- utvalget* har i NOU 2005: 3 på denne bakgrunn anbefalt at psykisk helsevernloven på dette punkt harmoniseres med øvrig lovgivning, slik at kriteriene for rett til individuell plan blir sammenfallende etter psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven.

Departementet ser at en særregulering av individuell plan i psykisk helsevernloven vil innebære et unntak fra de prinsipper som ligger til grunn i herværende høringsnotat for å skape et tydeligere skille mellom psykisk helsevernlovens særskilte rettssikkerhetsbestemmelser og pasientrettighetslovens rettighetsbestemmelser. All erfaring tilsier imidlertid at det er svært langt igjen før målet er nådd om tilstrekkelig utarbeidelse av individuelle planer. Selv etter psykisk helsevernloven, hvor i prinsippet alle pasienter har rett til individuell plan, har tilsynsmyndighetene påvist alvorlig svikt i etterlevelsen av denne lovbestemte retten.

I en slik situasjon er departementet skeptisk til å fjerne den særskilte reguleringen av dette. Etter departementets syn bør plikten til å utarbeide individuell plan fortsatt fremgå av psykisk helsevernloven § 4-1. Utgangspunktet bør derfor fortsatt være at det er en plikt for det psykiske helsevernet til å utarbeide en individuell plan for alle pasientene. Pasienter som er under frivillig psykisk helsevern må gi sitt samtykke til utarbeidelsen av individuell plan. Det foreslås imidlertid en harmonisering av ordlyden i bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 for å presisere at kravene til innholdet av planen skal være det samme som fremgår av øvrig lovgivning, jf. fremstillingen ovenfor under punkt 7.2.6.1.

Særlig om individuell plan for pasienter under tvungent psykisk helsevern – forholdet til kontrollkommisjonenes prøving

Ved etablering av tvungent psykisk helsevern vil plikten til kontinuerlig å vurdere andre behandlingsalternativer, herunder bistand fra andre tjenester eller tjenesteledd, være særlig fremtredende. Selv om enkelte pasienter vil være under tvungent psykisk helsevern i en lengre periode, er det likevel vanskelig å tenke seg at det ikke vil være behov for drøftinger og samarbeid med andre tjenestetilbud.

Målrettet planlegging vil særlig være av stor betydning i forhold til utskrivningssituasjonen, hvor flere enkeltsaker har vist svikt i samarbeidet mellom tjenestene. Ved etableringen av tvungent vern skal det derfor startes et umiddelbart arbeid med å kartlegge og beskrive hvordan pasienten skal følges opp videre, og involvere aktuelle tjenester i dette.

Ettersom den individuelle planen er et viktig verktøy innenfor tvungent psykisk helsevern, mener departementet at det bør foretas en formell kontroll av at slik plan foreligger for dem som fyller vilkårene. Etter departementets vurdering vil en slik kontroll kunne ivaretas av kontrollkommisjonene i forbindelse med den prøving som skal skje etter tre måneder etter at det tvungne vernet er etablert, jf. § 3-10 i gjeldende psykisk helsevernlov, § 3-8 annet ledd i lovforslaget.

Selv om arbeidet med individuell plan skal påbegynnes umiddelbart ved etablering av tvungent psykisk helsevern vil det kunne virke mot sin hensikt å nedfelle dette som et vilkår for etableringen av tvungent vern. På et så tidlig tidspunkt vil man

sjelden ha rukket å gi den individuelle planen innhold, og man kunne risikere at dette ble ansett som et formalkrav som ikke ble fulgt opp videre på en god måte.

Den formelle kontrollen må begrense seg til å vurdere hvorvidt individuell plan kan sies å foreligge, og ikke en vurdering av planens kvalitative innhold. Det antas imidlertid at den individuelle planen vil være nyttig for kontrollkommisjonens etterprøving av om det er behov for tvungent vern. Departementet vil presisere at det her er tale om en særbestemmelse om kontrollkommisjonenes legalkontroll som kommer i tillegg til det generelle tilsyn som føres fra tilsynsmyndighetenes side med helsetjenestens ivaretakelse av lovpålagte plikter.

7.2.7 Pasientens valg av pårørende

7.2.7.1 Gjeldende rett

I psykisk helsevernlovens § 1-3 er det en særskilt regulering av hvem som er pårørende etter loven:

> § 1-3. De pårørende, den nærmeste og offentlig myndighet
>
> En persons pårørende er ektefelle, registrerte partner, person som lever i et ekteskapsliknende eller partnerskapsliknende samboerskap med vedkommende, myndige barn, foreldre eller den som har foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, verge eller hjelpeverge.
>
> Den nærmeste er den av de pårørende som er nevnt i første ledd som vedkommende oppgir som sin nærmeste. Dersom den nærmeste ikke oppgis er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er angitt i første ledd.
>
> Med hensyn til §§ 3-5, 3-6 og 3-7 er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med vedkommende. Det tas utgangspunkt i rekkefølgen i første ledd, men samboerskapet må ha vart i minst to år for at samboeren kan være den nærmeste etter §§ 3-5, 3-6 og 3-7.
>
> Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.
>
> Kongen kan gi forskrifter om hvem som skal anses som pårørende, den nærmeste og offentlig myndighet, samt om utøvelsen av deres kompetanse etter loven her.

Denne reguleringen avviker fra det som er ordningen etter pasientrettighetsloven § 1-3, bokstav b):

> pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge;

Etter pasientrettighetslovens definisjon i § 1-3 bokstav b) er utgangspunktet at pasientens pårørende er den eller de pasienten selv peker ut. Den *nærmeste* pårørende er i utgangspunktet den pasienten selv peker ut som nærmest. Den nærmeste pårørende er tillagt rettigheter og oppgaver med hensyn til informasjon, samtykke og journalinnsyn. Pasientens rett til fritt å velge hvem som skal regnes som pårørende ble tatt inn i loven i forbindelse med Stortingets sosialkomites behandling av Ot. prp. nr. 12 (1998-99) om forslag til pasientrettighetslov, jf. Innst. O. nr. 91 (1998-99). Begrunnelsen var at det kan tenkes tilfeller hvor forholdet mellom pasienten og pasientens nærmeste familie er slik at det ikke er naturlig at disse ivaretar pasientens rettigheter mot vedkommendes ønske.

I de tilfeller der pasienten ikke er i stand til å oppgi eller ta stilling til spørsmålet om nærmeste pårørende, er den nærmeste den av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i den rekkefølge som er angitt i bestemmelsen.

Det fremgår av Ot. prp. nr. 11 (1998-99) at psykisk helsevernlovens § 1-3 er basert på den anbefaling som ble gitt av *Berntutvalg I* i NOU 1988:8, men det skjedde ytterligere endringer etter innspill i høringsrunden forut for proposisjonen. Listen over pårørende i § 1-3 første ledd er i hovedsak lik den i pasientrettighetsloven, med unntak av at "andre familiemedlemmer som står pasienten nær" ikke er opplistet. En annen betydelig forskjell fra pasientrettighetsloven er at pasientens valg av hvem som er nærmeste pårørende er begrenset til personer på den oppsatte listen, i motsetning til pasientrettighetslovens § 1-3 bokstav b), hvor pasienten i utgangspunktet gis full råderett over hvem som er pårørende og nærmeste pårørende.

Det er nedfelt en særskilt bestemmelse i psykisk helsevernloven § 1-3 tredje ledd som ytterligere innsnevrer begrepet "nærmeste pårørende" når det gjelder fremsetting av begjæring om tvungent psykisk helsevern. Etter denne bestemmelsen er det bare den av de pårørende som i størst grad har hatt varig og løpende kontakt med pasienten som kan fremsette slik begjæring etter §§ 3-5, 3-6 og 3-7. I Ot. prp. nr. 11 (1998-99) s. 48, annen spalte er dette begrunnet med at situasjonen rundt etablering av tvungent vern ofte er akutt, og at det da ikke vil være praktisk at pasienten selv utpeker nærmeste pårørende. Det uttales videre at i situasjonen etter at tvungent vern er etablert er det viktig at pasientens nærmeste er den pasienten har mest tillit til.

Etter gjeldende rett kan derfor pasientens nærmeste pårørende kan være tre ulike personer i følgende eksempler:

- Rett til informasjon. Følger pasientrettighetslovens § 3-3. Etter denne bestemmelsen kan pasienten velge hvem som helst som sin nærmeste pårørende, f.eks. en god venn.
- Klage på vedtak om tvangsbehandling etter § 4-4 syvende ledd. Dette følger hovedregelen i psykisk helsevernlovens § 1-3 annet ledd. Klageberettiget etter et slikt vedtak kan f.eks. være en av pasientens foreldre dersom pasienten selv har utpekt vedkommende som sin nærmeste.

- Begjæring om tvungent psykisk helsevern. Følger den snevrere definisjon i § 1-3, tredje ledd. Dette innebærer at det vil være avgjørende hvem som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten. Dette trenger ikke være den av foreldrene som pasienten har utpekt, jf. eksempelet over, men kan f.eks. være pasientens ektefelle.

7.2.7.2 Departementets vurdering og forslag

Samlet sett fremstår dagens regelverk som uoversiktlig, noe som kan være problematisk både for pasienten, pårørende og helsepersonellet. Etter departementets oppfatning er det ikke grunnlag for å ha ulik regulering av hvem som skal anses som pårørende i de to regelverkene, og forskjellen i regulering kan i seg selv få uønskede utslag. Det er f.eks. uheldig at det kan være en annen person som har rett til informasjon om helsehjelpen enn den som er berettiget til å klage på tvangsbehandlingen på pasientens vegne.

Kretsen av aktuelle pårørende er begrenset fordi man har ment at det er viktig at den som utpekes som nærmeste pårørende tilhører den krets som normalt står i nærest relasjon til pasienten – ektefelle, samboer og andre familiemedlemmer. Dette vil likevel ikke alltid være tilfelle. Stortingets sosialkomite uttalte i forbindelse med behandling av pasientrettighetsloven i Innst. O. nr. 91 (1998-99) at:

> Det kan tenkes tilfeller hvor forholdet mellom pasient og nærmeste familiemedlemmer er slik at det ikke er naturlig at disse ivaretar pasientens rettigheter mot hans ønske.

Etter departementets vurdering vil et slikt hensyn like gjerne kunne gjøre seg gjeldende i psykisk helsevern som i somatikken.

På denne bakgrunn vil departementet foreslå at reguleringen av hvem som er pårørende for pasienter i det psykiske helsevernet likestilles med reguleringen ellers i helsetjenesten. Forslaget innebærer å fjerne reguleringen av dette i lov om psykisk helsevern § 1-3 første til tredje ledd, og la spørsmålet om hvem som er å anse som pasientens pårørende og nærmeste pårørende utelukkende være regulert av pasientrettighetsloven.

7.2.8 Rett til valg av sykehus

7.2.8.1 Gjeldende rett

Etter pasientrettighetslovens § 2-4 har pasienten rett til fritt sykehusvalg. Valgretten gjelder både sykehus, distriktspsykiatrisk senter og behandlingssted i en slik institusjon. Etter lovendring som trådte i kraft 1. september 2004 har pasienten rett til å velge både offentlige sykehus og alle private sykehus som har inngått avtaler om fritt sykehusvalg med de regionale helseforetakene, Ot. prp. nr. 63 (2002-03). Valgretten er ikke begrenset til institusjoner tilhørende pasientens bostedsregion, men gjelder sykehus og DPSer over hele landet. Valgretten omfatter også poliklinikker dersom disse er en organisatorisk del av et sykehus. Retten gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp.

Retten til fritt sykehusvalg gir pasienten rett til å velge hvor behandlingen skal gjennomføres, men ikke på hvilket behandlingsnivå i institusjonen. Pasienten kan

f.eks. ikke velge innleggelse på sengepost om vedkommende er henvist til poliklinisk behandling.

Ordningen er uavhengig av diagnose eller hva slags behandling som er aktuell for pasienten. Valgretten foreligger allerede når henvisningen foretas av legen og gjelder på alle trinn av behandlingen. Det vil si at pasienten f.eks. kan la seg undersøke ved ett sykehus, få utført en operasjon ved et annet sykehus og motta rehabilitering ved et tredje sykehus.

Inntil lovendring som trådte i kraft 1. september 2004 hadde ikke pasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) rett til fritt sykehusvalg, jf. Ot. prp. nr. 63 (2002-03). Begrunnelsen for dette var betydningen av et lokalt nettverk og samarbeid innen BUP. Ved nevnte lovendring ble denne begrensningen fjernet, bl.a. på bakgrunn av en klar tilrådning fra Barneombudet i høringsrunden. Det ble der påpekt at fritt sykehusvalg kunne være et virkemiddel for å korte ventelistene for denne pasientgruppen. Det ble også pekt på at på enkelte steder vil pasienten bo nærmere en annen poliklinikk enn den som har ansvaret for bostedsområdet.

Det har aldri vært tvil om at pasienter i det frivillige psykiske helsevernet har rett til fritt sykehusvalg. Når det gjelder spørsmålet om pasienter under tvungent vern har rett til fritt sykehusvalg har derimot dette spørsmålet vært gjenstand for noe diskusjon. I forbindelse med en klagesak for Sivilombudsmannen foretok Helsedepartementet en tolking av gjeldende rett ut fra pasientrettighetslovens § 2-4 og psykisk helsevernlovens § 1-5. Lovbestemmelsenes forarbeider kunne forstås slik at retten ikke gjaldt for pasienter under tvungent vern overhodet. Likevel var det andre uttalelser i forarbeidene som talte for at man ikke skulle utelukke pasienter under tvungent vern fra retten, især en uttalelse fra Stortingets sosialkomite i Innst. O. nr. 73 (1998-99) s. 20:

> Bruk av tvang må dermed ikke bidra til å tilsidesette de generelle rettighetene som framkommer i pasientrettighetsloven, men bare de deler av rettighetene som blir uforenlige med lovens intensjon med bruken av tvang ut fra forutsetningene i § 3-3.

På bakgrunn av dette og ordlyden i psykisk helsevernlovens § 1-5 som ikke oppstiller absolutte grenser kom departementet til at retten til fritt sykehusvalg gjelder ”så langt den passer” for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Det ble imidlertid presisert at i mange tilfeller med tvungent psykisk helsevern ville det ikke passe å gi pasienten rett til fritt sykehusvalg. Helsedepartementets tolking er lagt til grunn i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-12/2004 *Lov om pasientrettigheter* s 20.

7.2.8.2 Departementets vurdering og forslag

Retten til fritt sykehusvalg er en viktig pasientrettighet som i utgangspunktet skal gjelde fullt ut i det psykiske helsevernet. Det har imidlertid heftet en del usikkerhet ved i hvilken grad pasienter under tvungent psykisk helsevern har rett til fritt sykehusvalg. Departementet har lagt til grunn at også denne retten gjelder ”så langt det passer”. Dette er et svært skjønnsmessig vurderingstema som gir liten grad av forutberegnelighet for pasienter og pårørende.

Ved etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern settes pasientens samtykkekompetanse til side på grunn av manglende innsikt i egen helsetilstand. For pasienter undergitt tvungent psykisk helsevern kan det derfor være grunner til

også å begrense retten til valg av sykehus. En overflytting mens det tvungne vernet pågår vil f.eks. kunne medføre en vesentlig forverring av tilstanden. Dersom pasienten er til fare for seg selv eller andre vil det kunne være i strid med vedtakets formål om vedkommende plasseres på institusjon som ikke har de nødvendige ressurser eller sikkerhetstiltak for å håndtere dette.

Likevel vil det også være viktige hensyn som taler for at pasienten skal ha en valgmulighet. Manglende innsikt i egen helsetilstand eller behov for behandling betyr ikke nødvendigvis at ikke pasienten kan ha berettigede oppfatninger av hvor en behandling skal foregå. Geografiske forhold, f.eks. nærhet til pårørende, tidligere positive erfaringer med en bestemt institusjon eller negative erfaringer ved den institusjon pasienten er innlagt ved kan være grunner til at pasienten ønsker å velge annet behandlingssted. Tillitsforholdet mellom pasient og behandler er særlig viktig i det psykiske helsevernet, noe som også støtter opp under pasientens rett til å velge.

Departementet antar at det først og fremst er spørsmålet om overflytting til annen institusjon mens det tvungne vernet pågår som er relevant for pasienter under tvungent psykisk helsevern, ettersom etableringen gjerne skjer akutt. Overføring i løpet av et behandlingsforløp er også omfattet av retten til sykehusvalg etter pasientrettighetsloven § 2-4.

Departementet foreslår endringer både i pasientrettighetsloven § 2-4 og i en ny bestemmelse i psykisk helsevernloven § 4-10 for å klargjøre spørsmålene om sykehusvalg og overføring etter søknad. Som det fremgår nedenfor har bestemmelsen om overføring i gjeldende psykisk helsevernlov § 4-10 vist seg vanskelig å praktisere, og disse to spørsmålene henger nært sammen.

Det er et viktig prinsipp ved retten til fritt sykehusvalg at pasienten ikke skal måtte begrunne sitt valg. Departementets forslag stiller derfor ikke krav til slik begrunnelse. Forslaget innebærer imidlertid at det er faglig ansvarlig ved oppholdsinstitusjonen som treffer vedtak dersom overføring er aktuelt. Pasienten kan da gis avslag på sin overføringssøknad dersom overføring ville være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Forslaget til nye bestemmelser om overføring er nærmere omtalt nedenfor under punkt 7.10.6.

7.2.9 Oppsummering

Etter departementets vurdering er det grunn til å revurdere forholdet mellom pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven. Viktige målsettinger bak Opptrappingsplanen er normalisering av psykiske lidelser og styrking av pasientrettighetene. Det kan synes som om den reguleringsmodell som ble valgt i forholdet mellom psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven ved forrige lovrevisjon kan ha bidratt til usikkerhet og manglende fokus i det psykiske helsevernet på hvilke generelle pasientrettigheter som tilkommer alle pasienter i norsk helsevesen, enten det er innen psykisk helsevern eller i somatikken. En slik bestemmelse kan også innebære en risiko for at institusjoner f.eks. tilpasser sin oppfyllelse av pasientrettighetene ut fra ressursmessige hensyn.

Ivaretakelsen av pasientrettigheter er utvilsomt først og fremst et spørsmål om holdninger hos helsepersonellet. De funn som er avdekket gjennom bl.a.

tilsynsrapporter viser betydelig forbedringspotensiale for det psykiske helsevernet i så måte. Etter departementets vurdering tilsier den svikt som er påvist i forhold til enkelte grunnleggende pasientrettigheter i det psykiske helsevernet at det gjøres en vurdering av hensiktsmessigheten av regelverket.

Det er utvilsomt nødvendig med særbestemmelser i det psykiske helsevernet for å bidra til at rettssikkerheten ivaretas for de pasienter det blir nødvendig å anvende tvang overfor. For flertallet av pasienter i det psykiske helsevernet vil imidlertid bruk av tvang aldri bli aktuelt. Det er ingen grunn til å gjøre unntak for lovbestemte pasientrettigheter utover det som er nødvendig i de unntaksvise situasjoner med nødvendig tvangsbruk.

Redegjørelsene og vurderingene ovenfor viser at pasientrettighetsloven med svært få unntak kan gjelde fullt ut i det psykiske helsevernet. Departementet har foreslått en særskilt unntaksbestemmelse når det gjelder retten til sykehusvalg for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Det er videre foreslått et unntak når det gjelder reglene om representert samtykke i kapittel 4 overfor pasienter med en alvorlig sinnslidelse som mangler samtykkekompetanse. Det er også foreslått å videreføre institusjonens plikt til å utarbeide individuell plan for alle pasienter i det psykiske helsevernet med unntak av frivillige pasienter som ikke ønsker slik plan.

På bakgrunn av disse endringsforslagene kan forbeholdet i § 1-5 i psykisk helsevernloven om at pasientrettighetsloven gjelder ”så langt den passer” oppheves.

7.3 Grenseflater mellom regelverk om tvang overfor rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevernloven

7.3.1 Innledning

Gjennom sykehusreformen ble de behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere som var regulert av spesialisthelsetjenesten, overført til staten ved de regionale helseforetakene fra 2002. Rusreformen, som trådte i kraft 1. januar 2004, innebar at fylkeskommunens tidligere ansvar for spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere også ble overført til staten ved de regionale helseforetakene. Fra å være regulert som sosialtjeneste etter sosialtjenesteloven er disse tjenestene nå helsetjeneste etter spesialisthelsetjenesteloven. Kommunenes ansvar for å yte sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere er ikke endret som følge av reformen. De regionale helseforetakenes nye ansvar er definert som "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk", jf. spesialisthelsetjenesteloven (lov 2. juli 1999 nr. 61) § 2-1a første ledd nr. 5.

Det kan nevnes at Regjeringens forslag til rusreform var annerledes enn den som til slutt ble vedtatt av Stortinget. Regjeringen la frem sitt forslag til rusreform for Stortinget i to etapper. I hovedtrekk kan en si at Rusreform I innebar at den delen av fylkeskommunenes ansvar som hadde en viss vekt av helsefaglig behandlingstilbud, ble foreslått overført til staten. Den øvrige delen av fylkeskommunenes behandlingsansvar, som i større grad var sosialfaglig rettet, ble ved Rusreform II foreslått overført til kommunene. I forbindelse med behandling av Rusreform II vedtok imidlertid Stortinget at hele fylkeskommunens ansvar

skulle overføres til staten ved de regionale helseforetakene, jf. Besl. O. nr. 5 (2003-2004).

Det er betydelige grenseflater mellom tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og psykisk helsevern. En kartlegging foretatt av Statens helsetilsyn i 2000 viste at over 4 000 personer har kombinasjonen av ulike alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og over 20 000 misbrukere i ulik grad har psykiske lidelser.

7.3.2 Gjeldende rett

7.3.2.1 Innledning

Ved bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere i spesialisthelsetjenesten har man en noe uoversiktlig regulering. Det er henvist fra spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 til sosialtjenestelovens bestemmelser. Lovreguleringen av tilbakehold i institusjon finnes fortsatt i sosialtjenestelovens kapittel 6 med utfyllende bestemmelser i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskrift av 4. desember 1992.

Det er gjort nærmere rede for regelverket i rundskriv fra Helsedepartementet I-8 2004. Departementet har i rundskrivet også gjennomgått pasientrettighetslovens ulike bestemmelser og foretatt en fortolkning av de enkelte bestemmelsene og hvordan disse får anvendelse på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

7.3.2.2 Etablering av tvungent tilbakehold

Tvangsvedtak kan fattes overfor rusmiddelmisbrukere som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende rusmiddelmisbruk og hvor frivillige tiltak ikke er tilstrekkelige, jf. sosialtjenesteloven § 6-2. Det kan også fattes tvangsvedtak overfor gravide rusmiddelmisbrukere, dersom det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade som følge av misbruket, og hvor frivillige tiltak ikke er tilstrekkelige, jf. sosialtjenesteloven § 6-2a.

I henhold til sosialtjenesteloven § 6-2, kan en rusmiddelmisbruker tas inn i institusjon uten eget samtykke for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake i inntil tre måneder. I henhold til sosialtjenesteloven § 6-2a, kan en gravid rusmiddelmisbruker tas inn i institusjon uten eget samtykke og holdes tilbake resten av svangerskapet.

Lovens hovedregel er at vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a treffes av fylkesnemnda for sosiale saker på bakgrunn av saksfremlegg fra kommunen. Vedtaket treffes etter muntlige forhandlinger hvor rusmiddelmisbrukeren og kommunen er tilstede, og hvor begge er representert ved advokat, se nærmere kapittel 9 i sosialtjenesteloven. Sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a åpner imidlertid for at sosialtjenesten kan treffe midlertidige vedtak som skal godkjennes av fylkesnemndslederen. Fylkesnemnda er klageinstans for slike vedtak.

7.3.2.3 Gjennomføring av tvungent tilbakehold

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 annet ledd er reglene i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskrifter som er gitt med hjemmel i denne bestemmelsen gjort

gjeldende også for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk under spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder reglene i *forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* av 4. desember 1992 nr. 915 til kapittel 5 om blant annet vern om personlig integritet, kontroll av post, kroppsvisitasjon, kroppsundersøkelse, ransaking og beslaglegging. Før 1. januar 2004 gjaldt disse reglene ved inntak i fylkeskommunale og private institusjoner for rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven (daværende) § 7-11 tredje ledd til femte ledd. Etter overføringen av tjenesten til spesialisthelsetjenesten (fra 1. januar 2004) gjelder disse reglene nå ved opphold i alle institusjoner (offentlige og private) som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Med mindre noe annet fremgår av den enkelte bestemmelse, gjelder reglene generelt enten inntaket skjer på grunnlag av eget samtykke, etter midlertidige vedtak fattet av sosialtjenesten eller etter vedtak fattet i fylkesnemnda, jf. sosialtjenesteloven § 6-2 og § 6-2a.

Dersom inntaket skjer ved vedtak fattet med hjemmel i sosialtjenesteloven, vil det etter gjeldende rett være dette vedtaket som gir hjemmelsgrunnlag for eventuelle tiltak under gjennomføringen av oppholdet og ikke reglene etter psykisk helsevernloven. Dette innebærer at reglene i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskrifter gitt med hjemmel i denne bestemmelsen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-14, vil regulere hvilke tiltak som kan settes i verk under gjennomføringen av vedtaket. Dette fremgår av rundskriv I-8/2004 fra Helsedepartementet. Etter at rundskrivet ble offentliggjort mottok imidlertid departementet en rekke tilbakemeldinger som kritiserte denne forståelsen. Henvendelsene gir grunn til å tro at det har vært etablert praksis en rekke steder for at psykisk helsevernlovens bestemmelser om gjennomføring, kontroll og tilsyn har vært lagt til grunn også overfor rusmiddelmisbrukere innlagt i institusjon i det psykiske helsevernet med hjemmel i sosialtjenesteloven.

7.3.3 Ulikheter i gjennomføringsregelverket

Regelverkene som gjelder rusinstitusjoner og institusjoner i det psykiske helsevernet er ulikt oppbygd og ellers samsvarende bestemmelser har ikke felles ordlyd.

Når det gjelder ulikhet i det *materielle* innholdet er det særlig reglene om skjerming (som bare finnes i psykisk helsevernloven § 4-3) og om tvangsmidler (psykisk helsevernloven § 4-8 og forskrift om sosiale tjenester §§ 4-3 og 5-16) som er ulike. Etter psykisk helsevernloven kan både mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende beroligende legemidler og isolasjon benyttes, Etter forskrift om sosiale tjenester § 4-3 (som gjelder boliger med heldøgns omsorgstjenester) er det ikke nevnt bestemte tiltak. Etter samme forskrifts § 5-16 er det nevnt tvangsmedisinering og isolasjon. Begrepet isolasjon er imidlertid definert annerledes enn i psykisk helsevernloven, ettersom det ikke tillates at beboeren er alene bak låst dør. Personalet skal oppholde seg i samme rom eller med ulåst dør til isolatet.

De prosessuelle reglene er også ulike, dvs. både kravene til saksbehandlingen i tilknytning til de tiltak som iverksettes og reglene om kontroll og overprøving av vedtak eller beslutninger. Etter gjeldende rett vil ikke reglene i psykisk helsevernloven, blant annet om kontrollkommisjonens kontroll og etterprøving av

tiltak i gjennomføringen av et institusjonsopphold, komme til anvendelse ved gjennomføringen av slike opphold, se rundskriv I-8 2004 s. 12.

7.3.4 Problemstilling

Gjennomføringsreglene for institusjonsopphold gitt i medhold av sosialtjenesteloven er noe ulike fra de som finnes i psykisk helsevernlovens kapittel 4. Det er forskjell med hensyn til hvilke tiltak som kan brukes fra institusjonens side, hvem som skal treffe vedtak og hvilke regler som gjelder for saksbehandling og overprøving.

Problemstillingen er om det er riktig og hensiktsmessig at pasienter som er innlagt i institusjon i det psykiske helsevernet skal være underlagt hjemmelslovens regelsett mht gjennomføringen av oppholdet, eller om det bør foretas lovendringer som sikrer like regler for *gjennomføringen* av opphold for pasienter på en og samme institusjon.

7.3.5 Departementets vurdering og forslag

Den forståelse som ble lagt til grunn av departementet i rundskriv I-8/2004 har møtt en del motstand. Departementet opprettholder vurderingen av gjeldende rett, men ser likevel at det er gode grunner som taler for en lovendring.

Det er uheldig at ulike regelverk for gjennomføring av oppholdet legges til grunn i en og samme institusjon. Dette innebærer en uoversiktlighet både for pasienter, personale, kontrollkommisjoner og tilsynsmyndigheter. For pasientene kan det oppleves som urettferdig og forvirrende at det f.eks. er forskjellige systemer for klage. Ulikt regelverk er uoversiktlig for personalet, og øker risikoen for at det gjøres feil i rettsanvendelsen. Det svekker også kontrollkommisjonenes mulighet for å føre en helhetlig kontroll med virksomheten når pasienter innlagt på vedtak etter sosialtjenesteloven ikke omfattes av kontrollkommisjonenes virkeområde.

Dersom gjennomføringsreglene skal følge institusjonstypen, og ikke hvilken lov tvangsvedtaket er fattet i medhold av, vil dette innebære at to pasienter innlagt etter samme lov kan bli underlagt ulike gjennomføringsregler avhengig av hvilken institusjon de havner i. For eksempel vil en pasient som tidligere har vært innlagt på rusinstitusjon kunne oppleve at det gjelder andre regler for gjennomføringen av oppholdet når vedkommende overføres til institusjon i det psykiske helsevernet, selv om vedtaket i begge tilfellene er truffet med hjemmel i sosialtjenestelovens bestemmelser om tvungen tilbakeholdelse av rusmiddelmisbrukere.

Så lenge regelverket på de to områder ikke er fullstendig harmonisert må det foretas et valg om hvorvidt gjennomføringsreglene skal følge institusjonstypen eller hjemmelsloven for tvangsvedtaket. Etter departementets vurdering er de hensyn som taler for at samme regelverk skal gjelde innenfor samme institusjon sterkere enn de som taler for at pasienter innlagt etter vedtak etter samme lov skal bli behandlet etter denne lovens bestemmelser. Departementets foreslår derfor at det som en midlertidig løsning bør lovfestes at samme regler legges til grunn for pasienter i samme type institusjon. Dette vil være i samsvar med den praksis som lå til grunn før Rusreformen.

Departementet foreslår derfor en ny bestemmelse om virkeområde i lovutkastet § 1-1a om at bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 4, med unntak av §§ 4-4 og 4-9 legges til grunn også overfor pasienter som er i institusjon i det psykiske helsevernet med hjemmel i sosialtjenesteloven eller barnevernloven. Dette innebærer at kontrollkommisjonen er klageorgan for vedtak som treffes i forbindelse med gjennomføringen av et institusjonsopphold, men ikke når det gjelder spørsmålet om selve tilbakeholdelsen i institusjonen. Dette vedtaket er truffet av fylkesnemnda og må evt. prøves for domstolene, jf. sosialtjenesteloven § 9-10.

Departementet vil også foreslå at det lovfestes en lovhjemmel for urinprøvetaking i psykisk helsevernloven, se nedenfor under punkt 7.10.3.

Ulikt regelverk på et område med så betydelige grenseflater som rus og psykisk helsevern vil alltid kunne innebære uklarheter og tolkingsproblemer overfor pasienter. Etter departementets vurdering er det behov for en videre gjennomgang av regelverket med tanke på harmonisering, særlig av reglene om gjennomføring av opphold, kontroll og tilsyn ved bruk av tvang etter psykisk helsevernloven og i forbindelse med tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk. Etter departementets vurdering vil et slikt arbeide berøre flere prinsipielle problemstillinger og krever ytterligere utredning, eventuelt gjennom oppretting av et offentlig utvalg, se punkt 7.6.

7.4 Grenseflater mellom barnevernloven og psykisk helsevernloven

7.4.1 Innledning

Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100 inneholder bestemmelser om bl.a. barneverntjenestens ansvarsområder, hjelpetiltak, omsorgsovertakelse, adopsjon og plassering i institusjon uten eget samtykke. I loven er det også gitt saksbehandlingsregler for barneverntjenesten, og gjennom henvisning til sosialtjenestelovens kapittel 9 er det gitt saksbehandlingsregler for fylkesnemndene for sosiale saker.

Det er statlig regional barnevernmyndighet som har det overordende ansvar for etablering og drift av institusjoner. Det er etablert et godkjenningssystem etter § 5-8.

Det som her skal omtales er forholdet mellom psykisk helsevernloven og reglene om institusjonsplassering av barn etter barnevernlovens § 4-24 og tilbakehold i inntil tre uker med hjemmel i barnevernloven § 4-26, annet ledd. Det er i hovedsak her man finner grenseflatene mellom psykisk helsevernloven og barnevernloven.

Forholdet mellom barnevernloven og psykisk helsevernloven var et viktig og omstridt spørsmål også i forbindelse med vedtakelsen av gjeldende psykisk helsevernlov. Etter høringsrunden ble endringsforslag som innebar en harmonisering med barnevernlovens regler forlatt på grunn av sterke faglige innvendinger mot at barn mellom 12 og 15 år skulle ha samtykkekompetanse på lik linje med foreldrene, med andre ord såkalt ”dobbeltsamtykke”, se Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 6.3 og 6.4. Sosial- og helsedepartementet uttalte likevel:

Departementet vil imidlertid ikke unnlate å nevne at det å ha ulike regler også har en del ulemper, i det samarbeidet mellom tjenestene er så tett at det også i framtiden er aktuelt å opprettholde dagens ordning med mulighet for innleggelse av barn i enkelte psykiatriske institusjoner i medhold av barnevernloven.

7.4.2 Samtykke til institusjonsopphold

I henhold til barnevernloven § 4-26 kan barn under 15 år tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet og de som har foreldreansvaret. Med andre ord er vedtak om institusjonsplassering her basert på ”dobbelt samtykke”, i motsetning til hva som er ordningen etter pasientrettighetsloven § 4-4 og psykisk helsevernloven §§ 2-1 og 2-2.

7.4.3 Etablering av tvungent institusjonsopphold

For tvangsplassering av barn i institusjon etter § 4-24, første ledd er det et grunnvilkår at barnet har vist ”alvorlige adferdsvansker” som i følge loven har kommet til uttrykk gjennom

- Alvorlig eller gjentatt kriminalitet
- Vedvarende misbruk av rusmidler eller
- På annen måte

”På annen måte” er et svært skjønnsmessig begrep som favner vidt. Forarbeidene til loven viser imidlertid at det er den sosialt sett negative og normløse adferden som rammes av bestemmelsen, og ikke introverte problemer som først og fremst rammer den det gjelder.

Psykiske problemer kan ofte gi seg utslag i adferdsproblemer, og kriteriene i § 4-24 tilsier at det vil kunne være en rekke tilfeller som både tilfredsstiller vilkårene for en innleggelse etter psykisk helsevernlovens regler og for en innleggelse barnevernlovens regler.

Barnet kan plasseres i institusjon for observasjon, undersøkelse og korttidsbehandling i opptil fire uker eller i den kortere tid som er fastsatt i vedtaket. Ved behov for mer langvarig behandling kan det treffes vedtak om at barnet skal plasseres i behandlings- eller opplæringsinstitusjon i opptil 12 måneder uten eget samtykke eller samtykke fra den som har foreldreansvaret for barnet.

Etter barnevernloven § 4-24 er lovens hovedregel at det er fylkesnemnda for sosiale saker som treffer vedtak etter § 4-24. I akuttsituasjoner kan likevel midlertidige vedtak treffes av barnevernadministrasjonens leder eller påtalemyndigheten. Saksfremlegg skal i så fall sendes fylkesnemnda snarest, og senest innen to uker.

I de tilfeller hvor barnet og foreldrene samtykker (evt. bare barnet dersom det har fylt 15 år) kan vilkår om tilbakeholdelse i inntil tre uker settes som betingelse av institusjonen etter § 4-26. Slik plassering kan med andre ord skje uten fylkesnemndsbehandling.

7.4.4 Gjennomføring av institusjonsopphold

Det er gitt særskilte regler om institusjonene i barnevernlovens kapittel 5. De viktigste bestemmelsene for gjennomføringen av oppholdet finnes i barnevernloven § 5-9 med utfyllende bestemmelser i *forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon* av 12. desember 2002.

Forskriften § 18 har bestemmelser om bruk av tvangsmidler i akutte nødsituasjoner. Det er ikke gitt noen uttømmende liste, slik det er etter psykisk helsevernloven. Isolasjon er imidlertid definert annerledes enn etter psykisk helsevernloven. Denne bestemmelsen er tilsvarende den som gjelder etter forskrift om sosiale tjenester mv § 5-16, se ovenfor under punkt 7.3.3. Minst et av personalet skal alltid være tilstede i rommet eller i naborom med ulåst dør til isolatet. Til isolasjon kan bare benyttes rom med vindu og minst 8 kvm. gulvflate. Vedtak om isolasjon treffes av institusjonens leder eller den som gis fullmakt.

Det er særskilt presisert at tvangsmedisinering bare kan besluttes og utføres av kompetent medisinsk personell. Med tvangsmedisinering menes her bruk av korttidsvirkende beroligende legemidler, tilsvarende som i gjeldende lov om psykisk helsevern § 4-8 annet ledd bokstav c.

I forskriften er det også enkelte bestemmelser som ikke finnes i regelverket etter psykisk helsevernloven, bl.a. begrensninger i telefonbruk (§ 22) og urinprøvetaking (§ 24).

Det er ulikt system for tilsyn, kontroll og klage i forbindelse med institusjonsopphold etter barnevernloven og psykisk helsevernloven. Etter barnevernloven er det fylkesmannen som fører tilsyn med institusjonene. Klage på bruk av tvang og vedtak om bruk av tvang kan rettes til fylkesmannen.

7.4.5 Problemstilling

Det er store grenseflater mellom psykisk helsevern og barneverntjenesten. Det er til dels overlapp i vilkårene for institusjonsopphold etter barnevernloven og psykisk helsevernloven. Etter gjeldende rett vil barn og ungdom kunne plasseres i institusjon som omfattes av psykisk helsevernloven etter vedtak med hjemmel i barnevernloven. I de tilfeller dette gjøres er det gjennomføringsreglene etter psykisk helsevernloven som legges til grunn. Som det fremgår under punkt 7.3.5 foreslår departementet at det er psykisk helsevernlovens gjennomføringsregler som skal legges til grunn hvor tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk foregår i institusjon i det psykiske helsevernet. Spørsmålet er om det tilsvarende skal presiseres i loven at det er psykisk helsevernlovens gjennomføringsregler som skal legges til grunn hvor institusjonsopphold med hjemmel i barnevernloven gjennomføres i institusjon i det psykiske helsevernet.

7.4.6 Departementets vurdering og forslag

Departementet viser til vurderingen under punkt 7.3.5 vedrørende tilsvarende problemstilling i forbindelse med tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk. Det er uheldig både for pasienten selv, og for helsepersonellet som skal praktisere regelverket, dersom det skal anvendes ulikt regelverk innen samme institusjon. Etter departementets syn er derfor dagens ordning, hvor

psykisk helsevernlovens gjennomføringsbestemmelser legges til grunn ved opphold i institusjon i det psykiske helsevernet, den beste løsning så lenge det foreligger et ulikt regelverk.

Etter departementets syn bør imidlertid en slik praksis fremgå direkte av loven, og ikke alene være basert på uttalelser i forarbeider til lovene. Det foreslås derfor at det tas inn en presisering av dette i en ny formålsbestemmelse i § 1-1a. I § 4-4a foreslår også departementet en egen bestemmelse om urinprøve som vil bidra til å harmonisere regelverkene, se punkt 7.10.3.

7.5 Bør pasienter som frivillig er i det psykiske helsevernet fortsatt være underlagt en særlovgivning?

7.5.1 Innledning

Selv om loven omfatter pasienter både under frivillig og tvungent psykisk helsevern er loven gjerne betegnet som en tvangslov, bl.a. i juridisk teori. Dette fordi den i all hovedsak regulerer bestemmelser som har med tvangsbruk å gjøre – dvs. inngrepskriterier, hvem som kan treffe vedtak, saksbehandlingsregler og regler om overprøving. Bestemmelsene i psykisk helsevernloven, med hensyn til tvang, kan grovt deles inn i tre kategorier:

- Bestemmelser om *etableringen* av vernet – ”tvangsinnleggelsen”, jf. kapittel 3
- Bestemmelser om *gjennomføringen* av vernet – de løpende tiltak i behandlingen, både behandlingstiltak (f.eks. tvangsmedisinering) og skadeavvergende tiltak (f.eks. beltelegging og isolering), jf. kapittel 4
- Bestemmelser om *overprøving* av tvangsvedtak, jf. kapittel 6

I tillegg til dette finnes regler om dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i lovens kapittel 5. Disse bestemmelsene gjelder bare personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39.

De aller fleste bestemmelsene i loven regulerer etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. Reglene om ransaking (§ 4-6), beslag (§ 4-7), postkontroll (§ 4-5, tredje ledd) og skjerming (4-3) gjelder overfor alle pasienter i det psykiske helsevernet, dvs. også overfor pasienter som frivillig har oppsøkt psykiatrien. Tilsvarende gjelder bruk av tvangsmidler etter § 4-8. Tvangsmidler er skadeavvergende tiltak som kan benyttes i akutte nødsituasjoner for å avverge fare.

7.5.2 Problemstilling

Departementet vurderer det som viktig å skape større klarhet mht hvilke rettigheter som tilkommer pasienter i det psykiske helsevernet, og fjerne unødvendig særregulering. Dette har støtte i innspill fra bl.a. Mental Helse, Landsforeningen for pårørende i psykiatrien og Norsk Psykologforening. På ulike måter er det gitt uttrykk for ønske om minst mulig særregulering av rettsstillingen til pasienter i det psykiske helsevernet.

Målet om redusert bruk av særregulering har sammenheng med hensynet til normalisering av psykiske lidelser. Normalisering tilsier størst mulig grad av rettslig likestilling mellom pasienter i somatikken og det psykiske helsevernet i helselovgivningen. Som det fremgår av høringsnotatets punkt 7.2 ovenfor foreslår derfor departementet å endre reguleringen av forholdet til pasientrettighetsloven. Forslaget fremhever pasientrettighetslovens betydning i det psykiske helsevernet.

De foreslåtte endringer i forholdet mellom pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven innebærer at psykisk helsevernloven i enda større grad blir en ren rettssikkerhetslov, det vil si at bestemmelsene i hovedsak gjelder etablering, gjennomføring og overprøving av tvangsvedtak. I sammenheng med dette er det også grunn til å drøfte om det er tilstrekkelig grunnlag for at pasienter som frivillig har oppsøkt det psykiske helsevernet overhodet skal være omfattet av psykisk helsevernloven.

Etter dagens rettstilstand vil pasienter som frivillig oppsøker det psykiske helsevernet i liten grad være berørt av psykisk helsevernlovens bestemmelser, ettersom loven i stor grad har bestemmelser som bare gjelder bruk av tvang. Likevel er det bestemmelser i loven som omfatter alle pasienter i det psykiske helsevernet – enten de selv har oppsøkt behandling frivillig eller det er truffet tvangsvedtak. Eksempler på slike bestemmelser er definisjonen av hvem som skal anses som pårørende og nærmeste pårørende (§ 1-3), bestemmelsen om individuell plan (§ 4-1), bestemmelsen om skjerming (§ 4-3) og bestemmelsen om tvangsmidler i akutte nødsituasjoner (§ 4-8).

Det som i herværende kapittel er problemstillingen er om det er grunn til at pasienter under frivillig psykisk helsevern fortsatt skal være regulert av psykisk helsevernloven eller om de skal reguleres av den generelle helselovgivningen. En fortsatt regulering i psykisk helsevernloven vil innebære at pasientene vil være underlagt regulering om skjerming, ransaking, beslag, postkontroll og bruk av tvangsmidler.

7.5.3 Gjeldende rett

For å kunne foreta en drøfting av ovenstående problemstillinger er det nødvendig å redegjøre for gjeldende rett i forhold til de aktuelle bestemmelsene.

7.5.3.1 Skjerming

Bruk av skjerming er lovfestet i psykisk helsevernlovens § 4-3. Med skjerming menes det å holde pasienten helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Tiltaket kan brukes overfor pasienter som lider av sterk uro eller har utagerende adferd, og kan bare brukes av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Skjerming skal med andre ord ikke brukes for å få kontroll over en nødrettslignende situasjon, se Ot. prp. nr. 11 (1998-99) s. 160, første spalte. I psykisk helsevernlovens forstand er skjerming noe annet og mindre inngripende enn isolering. Isolering innebærer at pasienten er helt alene, eventuelt bak låst dør, og det kan bare benyttes som et skadeavvergende tiltak i akutte nødsituasjoner.

Vilkår for bruk av skjerming var ikke lovfestet i 1961- loven. Tidligere brukte man derfor skjerming på ulovfestet grunnlag. På tross av motstand fra bl.a. Norsk Psykiatrisk forening ble det lovfestet vilkår for skjerming i gjeldende psykisk helsevernlov. Begrunnelsen for dette var at skjerming representerer et inngrep i pasientens selvbestemmelsesrett og bevegelsesfrihet under oppholdet ved institusjonen. Skjerming er ikke så inngripende at det regnes som et tvangsmiddel, og det er først når det har gått 48 timer at det skal treffes vedtak dersom skjermingen skal fortsette. Vedtak om skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten selv eller dennes nærmeste.

Tiltaket kan brukes både overfor pasienter som er under frivillig og tvungent vern. Det foreligger ikke statistikk som viser i hvilket omfang dette blir benyttet overfor pasienter under henholdsvis tvungent og frivillig psykisk helsevern.

Nedenfor under punkt 7.10.2 foreslås endringer i bestemmelsen om skjerming, se lovutkastet § 4-3.

7.5.3.2 Postkontroll, ransaking og beslag

I §§ 4-5 til 4-7 er det gitt bestemmelser som skal bidra til å forhindre at ”medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand” blir forsøkt innført eller oppbevart i psykiatrisk institusjon. Postkontroll kan gjennomføres ved begrunnet mistanke om at slike gjenstander vil bli forsøkt innført til en pasient. Formålet med kontrollen skal bare være å avdekke innførsel av slike gjenstander. Kroppsvisitasjon og ransaking av rom og eiendeler kan skje ved begrunnet mistanke om at nevnte gjenstander vil bli forsøkt innført eller allerede er innført i institusjonen. I § 4-7 er det gitt hjemmel for beslaglegging og evt. tilintetgjøring (gjelder ikke rømningshjelpemiddel).

Tiltakene kan være aktuelle for både pasienter under frivillig og under tvangsmessig vern. For den første kategorien pasienter vil imidlertid ikke tiltak med sikte på å oppdage rømningshjelpemiddel være aktuelt, med mindre det er samtykket til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern etter § 2–2.

Undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skal om mulig skje mens pasienten, eller annen person som pasienten har godkjent, er til stede. Pasientens sinnstilstand kan være en av de omstendigheter som er til hinder for at han selv er til stede under undersøkelsen.

Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke tillatt, jf § 4-6 annet ledd. Dette harmonerer med regelverket i rusmiddelomsorgen, likevel med den forskjell at etter sistnevnte regelverk kan munnhulen undersøkes. Bestemmelsen utelukker ikke at undersøkelse av kroppens hulrom helt unntaksvis kan foretas med hjemmel i nødrett, men dette kan bare skje dersom det foreligger fare for liv eller alvorlig helseskade.

Ovennevnte tiltak kan bare gjennomføres etter vedtak av den faglig ansvarlige. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold, og kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og den nærmeste.

7.5.3.3 Tvangsmidler

Psykisk helsevernloven § 4-8 første ledd inneholder hovedregelen om bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold. Det er også gitt utfyllende

bestemmelser i forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet.

I likhet med § 4-5 fjerde ledd, § 4-6 og § 4-7 kan § 4-8 anvendes både overfor pasient som har døgnopphold i institusjon på frivillig og på tvangsmessig grunnlag. Bruk av tvangsmidler overfor person som er frivillig innlagt i institusjon for døgnopphold kan imidlertid aktualisere en utskrivning, slik at det i praksis kan bli tale om en svært kortvarig tvangsbruk, se Ot. prp. nr. 11 (1998-99), punkt 8.8.4.1.

Formålet med bestemmelsen er å hjemle tiltak som kan brukes i nødrettsliknende tilfeller der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd. Bestemmelsen er formulert slik at tvangsmidler bare skal brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasient i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar mm. Kravet om at det er ”uomgjengelig nødvendig” å bruke tiltaket er strengt, og viser at tiltaket bare skal brukes når det ikke foreligger reelle handlingsalternativer. Slik bestemmelsen er formulert er det også klart at tvangsmidler ikke kan brukes i tvangsbehandlingsøyemed. Behandling uten eget samtykke er i sin helhet regulert i § 4-4. Første ledd i § 4-8 slår også fast at tvangsmidler bare skal brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig.

Bestemmelsens annet ledd regulerer uttømmende hvilke tvangsmidler som kan benyttes. I henhold til tredje ledd kan det verken anvendes isolering eller mekaniske tvangsmidler overfor barn og unge under 16 år.

For å sikre forsvarligheten krever fjerde ledd at pasienten skal stå under kontinuerlig tilsyn når vedkommende underkastes tvangsmiddel. Spesielle hensyn gjør seg gjeldende ved fastspenning i seng eller stol. Her kreves det i utgangspunktet at pleiepersonell skal oppholde seg i samme rom som pasienten. En del pasienter vil imidlertid kunne føle tilstedeværelse av helsepersonell som svært belastende, og regelen skal derfor fravikes dersom pasienten motsetter seg det omtalte slikt opphold. Det at plikten til å oppholde seg i samme rom som pasienten fravikes, gjør imidlertid ikke at kravet om kontinuerlig tilsyn i seg selv kan fravikes.

Femte ledd sier at tvangsmiddel bare kan benyttes etter vedtak av lege, med mindre en akutt nødsituasjon ikke gjør kontakt med lege mulig. Begrunnelsen for dette har vært at man på denne måten sikrer at det også blir foretatt en medisinsk vurdering av eventuelle farer eller ulemper ved bruk av de ulike typer tvangsmidler. Av øvrige saksbehandlingsregler inneholder femte ledd en bestemmelse om at vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Rett til å klage er lagt til pasienten og hans eller hennes nærmeste. Hvem som er å betrakte som pasientens nærmeste følger av psykisk helsevernloven § 1-3.

7.5.3.4 Særlig om det rettslige grunnlaget for skadeavvergende tiltak i helsetjenesten ellers – nødrett

I somatisk helsetjeneste vil det også fra tid til annen oppstå situasjoner hvor det er nødvendig å anvende tvang og makt for å avverge alvorlig skade eller fare. I somatikken har man imidlertid ikke generelle lovfestede regler om bruk av tvangsmidler. Det finnes heller ikke generelle hjemler for ransaking,

kroppsvisitasjon og beslag. Dersom det ut fra nødrettslige betraktninger er nødvendig for å avverge alvorlig skade vil bruk av tvang eller makt være straffri og lovlig. I motsetning til hva som følger av psykisk helsevernloven er det ikke stilt formelle krav til saksbehandling, overprøving og klagerett i slike tilfeller.

7.5.4 Departementets vurdering

Som lagt til grunn for forslaget i punkt 7.2 om forholdet til pasientrettighetsloven krever særskilt regulering av pasienter under frivillig psykisk helsevern en spesiell begrunnelse. Departementet ser at det for enkelte pasienter kan oppleves som stigmatiserende å være omfattet av en særlov med så mange tvangsbestemmelser når pasienter i den øvrige helsetjenesten er regulert av et generelt regelverk. Dette hensynet kan særlig gjøre seg gjeldende for pasienter som frivillig har oppsøkt det psykiske helsevernet. Psykisk helsevernloven legger tyngdepunktet på behandling som foregår med opphold i institusjon. De fleste pasienter under frivillig psykisk helsevern behandles poliklinisk eller hos privatpraktiserende psykolog eller psykiater.

For pasienter, pårørende og personell i store deler av det psykiske helsevernet kan loven fremstå unødvendig formalistisk. For de færreste vil det f.eks. være aktuelt med bruk av tvangsmidler. Tall fra pasienttellingen 20. november 2003 i rapport 3/04 fra SINTEF Helse tabell 7.9 viser at blant 2730 pasienter under frivillig psykisk helsevern hadde mekaniske tvangsmidler vært anvendt 17 ganger, isolasjon 16 ganger og korttidsvirkende legemidler 22 ganger siste tre måneder før den dagen pasienttellingen ble foretatt.

I store deler av det psykiske helsevernet vil ikke behovet for tvangsmidler som skadeavvergende tiltak være større enn i somatikken. Departementet antar imidlertid at det i enkelte institusjoner vil være en overrepresentativitet av behovet for skadeavvergende og skadeforebyggende tiltak, sammenliknet med institusjoner i somatikken. Dette vil særlig gjelde akuttinstitusjonene. Institusjonene skal i størst mulig grad tilstrebe å få pasientens samtykke til behandling. Dette innebærer at personer som på grunn av sin psykiske lidelse kan utvise plutselig og utagerende adferd til skade for seg selv og sine omgivelser, i mange tilfeller kan være pasienter frivillig innlagt i institusjon.

Formålet med psykisk helsevernloven er først og fremst å gi borgerne rettssikkerhet mot overgrep fra samfunnets side i forbindelse med bruk av tvang i psykisk helsevern. I situasjoner hvor skadeavvergende tiltak blir strengt nødvendig bidrar dagens lov til å styrke rettsikkerheten til frivillig innlagte pasienter, noe som var et førende hensyn bak siste lovrevisjon. Dersom loven bare skal gjelde pasienter under tvungent psykisk helsevern vil dette svekke den formelle rettssikkerheten til de få frivillige pasienter det måtte bli nødvendig å anvende skadeavvergende tiltak overfor. Evalueringen av de midlertidige reglene om bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming i sosialtjenestelovens kap 6A (nå 4 A) konkluderte med at tvangsbruken ble redusert som følge av lovreguleringen, jf. Ot. prp. nr. 55 (2002-2003).

Å fjerne lovfestede vilkår for bruk av tvangsmidler overfor frivillig innlagte ville innebære at skadeavvergende tiltak overfor disse måtte foretas ut fra nødrettslige betraktninger. Dette vil kunne skape usikkerhet mht hvor grensene for lovlig

inngrep går, noe man bl.a. har erfart med hensyn til forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykiske helsevern, se punkt 7.9.3. I verste fall kunne man frykte økt bruk av tvangsinnleggelser for "å sikre seg" de nødvendige tvangshjemler overfor personer som representerer en sikkerhetsrisiko.

En lovmessig likestilling av pasienter i somatikken og psykiatrien i dette henseendet vil skape et nytt skille mellom pasienter innen samme institusjon. Både for pasient, pårørende og personell kan det være vanskelig å se begrunnelsen for ulik regulering av pasienter under frivillig og tvungent psykisk helsevern når det er tale om skadeavvergende, og ikke behandlingsmessige, tiltak.

Også bestemmelsene i den Europeiske menneskerettighetskonvensjon art 5 og art 8 som er gjort til norsk lov ved menneskerettsloven av 21. mai 1999 nr. 30 taler for at tvangstiltak i nødsituasjoner er lovregulert. Bestemmelsene stiller krav til et lovmessig grunnlag for bruk av tvang og makt ved tilbakeholdelse og inngrep i retten til familieliv.

Departementet har derfor kommet til at viktige hensyn taler for å opprettholde gjeldende ordning hva gjelder virkeområdet for de aktuelle gjennomføringsreglene i loven. Departementet vil derfor ikke foreslå lovendringer med hensyn til dette på det nåværende tidspunkt, men de argumenter som har vært fremmet til fordel for endring av virkeområde vil bli tatt med i vurderingen av videre oppfølgning, se nedenfor under punkt 7.6.

7.6 Videre oppfølgning – opprettelse av utvalg?

Drøftingene ovenfor viser at det er enkelte spørsmål knyttet til regelverk om tvang innen helse- og sosialområdet som bør gjøres til grunnlag for en mer overordnet og prinsipiell debatt før det eventuelt foretas lovendringer. Blant disse er spørsmålet om virkeområdet for regler om skadeavvergende og skadeforebyggende tiltak som er drøftet i punkt 7.5.

Det har også fra ulike hold vært etterlyst en mer overordnet tilnærming til hele regelverket om tvang innen sosial- og helsetjenestene. *Berntutvalget* uttaler i NOU 2004:18 at:

> Utvalget vil også påpeke at kan det være spørsmål om ikke alle regler om bruk av tvang og makt i sosial- og helsetjenestene burde samles i en felles lov.

I de senere år har det vært foretatt flere lovendringer vedrørende tvang på ulike områder. Dette har ført til et til dels fragmentert og uoversiktlig regelverk med enkelte gråsoner og ulike løsninger når det gjelder bl.a. vilkår, saksbehandlingsregler og organisering av vedtaks-, overprøvings- og tilsynskompetanse. Dette kan tale for en gjennomgang av regelverket med tanke på større grad av harmonisering og felles regulering.

På den annen side er de ulike regelverk utformet på bakgrunn av særlige hensyn knyttet til de ulike brukergrupper og tjenester. Regelverkene er detaljerte og spesifikke ut fra rettssikkerhetshensyn, og det kan derfor reises spørsmål ved om det er ønskelig og hensiktsmessig å tilstrebe en felles regulering. I NOU 1988:8 s. 105 uttaler *Berntutvalg I:*

> De regler vi i dag har om administrative tvangsinngrep, for eksempel overfor barn, alkoholikere, personer med smittsomme sykdommer m.v. er utformet under hensyntagen til de spesielle hensyn som begrunner inngrepet i hvert enkelt tilfelle. De reelle behov er forskjellige hvilket også fremgår av at kriteriene for inngrep er forskjellige. (…) At det må gis særregler for tvungen omsorg for alvorlig sinnslidende, finner utvalget helt klart. Om disse reglene skal nedfelles i en egen lov eller inngå i en større lovtekst, f.eks. Sykehusloven eller i en ny lov om fylkeskommunens ansvar er først og fremst et lovteknisk spørsmål. Fordi de foreslåtte særregler om psykisk helsevern er så vidt mange, har utvalget funnet det hensiktsmessig å foreslå en egen lov.

Når det gjelder regelverket som regulerer bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere mener departementet det bør foretas en lovendring som foreslått i punkt 7.3.5 for å sikre at samme gjennomføringsregelverk legges til grunn for pasienter ved samme institusjon. Departementet ser imidlertid også et klart behov for videre oppfølgning av det aktuelle regelverket etter sosialtjenesteloven med tanke på harmonisering og eventuelt felles regulering. Departementet vil ta hensyn til merknadene fra høringsrunden i vurderingen av den videre oppfølgning av dette.

Hvorvidt det er behov for en enda bredere og mer overordnet vurdering av tvangsreguleringen på helse- og sosialområdet, for eksempel gjennom et utvalgsarbeide, vil departementet ta stilling til bl.a. på grunnlag av innspill i høringsrunden. Det bes derfor særlig om innspill fra høringsinstansene på eksempler hvor gjeldende tvangslovgivning innebærer ubegrunnet forskjellsbehandling av like tilfeller, strukturelle hindringer for samhandling mellom ulike tjenester, ”lovtomme rom” eller andre forhold som kan tale for at det gjøres overordnede vurderinger av regelverket.

7.7 Forslag til andre endringer i kapittel 1 – Alminnelige bestemmelser

7.7.1 Definisjonen av tvungent psykisk helsevern

7.7.1.1 Gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 1-2, annet ledd er tvungent psykisk helsevern definert som ”slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at vedkommende har samtykket”. I første ledd presiseres hva som menes med begrepet ”psykisk helsevern”. Valget av ordlyden i annet ledd er i liten grad nærmere omtalt i lovens forarbeider, Ot. prp. nr. 11 (1998-99).

7.7.1.2 Problemstilling

Slik bestemmelsen i dag lyder kan den virke misvisende når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge under 16 år. Etter lovens system er psykisk helsevern til personer under 16 år basert på foreldresamtykke. Psykisk helsevernloven § 1-2, annet ledd viser til uttrykket ”uten at vedkommende har samtykket (…)” Dette kan misforstås dit hen at personer under 16 år er underlagt tvungent psykisk helsevern når de ikke har samtykket i eller motsetter seg undersøkelse, behandling, pleie eller omsorg i det psykiske helsevernet.

7.7.1.3 Departementets vurdering

Definisjonen av tvungent psykisk helsevern er av stor prinsipiell betydning, og den bør være så presis som overhodet mulig. Hvorvidt psykisk helsevern til personer under 16 år skulle være basert på foreldresamtykke var et tema i forbindelse med forrige lovrevisjon, jf. Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 6.3. Man valgte da at reglene om etablering av tvungent psykisk helsevern ikke skulle gjelde for disse pasientene, men fullt ut være basert på foreldresamtykke, se også punkt 7.4.1 ovenfor. Psykisk helsevernloven § 1-2, annet ledd er derfor misvisende i forhold til gjeldende rett, ettersom bestemmelsen tilsynelatende ikke tar opp i seg denne ordningen. Etter departementets vurdering bør bestemmelsen derfor endres som foreslått i § 1-2 i lovforslaget.

7.7.2 Faglig ansvarlig for vedtak, vedtak om bruk av tvangsmidler

7.7.2.1 Innledning og gjeldende rett

De fleste vedtak om bruk av tvang etter psykisk helsevernloven skal treffes av en faglig ansvarlig. Eksempler på slike vedtak er:

- Etablering av tvungent psykisk helsevern (§ 3- 8)
- Vedtak om tvangsbehandling (§ 4-4)
- Vedtak om overføring (§ 4-10)

I forbindelse med vedtak om bruk av tvangsmidler etter § 4-8 er det derimot ikke stilt krav til at vedtaket skal treffes av faglig ansvarlig. I disse tilfellene er vedtakskompetansen lagt til lege med mindre en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med lege ikke er mulig.

Etter psykisk helsevernloven § 1-4 er den faglig ansvarlige for å treffe vedtak ”vedkommende overlege”. Det er gitt nærmere bestemmelser og unntak i *forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet av 1. desember 2000 nr. 1219.*

Både lov- og forskriftsbestemmelsene var omstridt i forbindelse med forrige lovrevisjon.

I høringsuttalelsen til lovutkastet uttalte Norsk Psykologforening bl.a. at:

> ”Det er så langt vi kan se ingen faglig begrunnelse for at spesialister i klinisk psykologi ikke kan være den faglig ansvarlige. Kliniske psykologer har kompetanse til diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. De er behandlingsansvarlige og er i mange tilfeller delegert ansvar for avdelinger/poster....”

Departementet foreslo likevel at lovens hovedregel skulle være at det faglige ansvar med hensyn å treffe vedtak, samt beslutte de nærmere angitte tiltak etter loven, skulle ivaretas av en overordnet lege som har spesialistutdanning innenfor psykiatri. Departementet uttalte i den forbindelse:

> Departementet har forståelse for Norsk Psykologforenings synspunkter. Kliniske psykologer har en verdifull kompetanse som er viktig for psykiatrien. Det er imidlertid den psykiatriske overlegen som har den bredeste kompetansen til å vurdere pasientens tilstand, og dermed fatte vedtak. Den medisinske kompetansen er særlig viktig med

> hensyn til å avdekke en sinnslidelses eventuelle organiske sammenhenger og også i forhold til å vurdere pasientens totale helsetilstand.

Det ble presisert i proposisjonen at definisjonen av faglig ansvar i psykisk helsevernloven ikke berører generelle ledelsespørsmål ved avdelingene, noe som bl.a. reguleres av spesialisthelsetjenesteloven § 3-9.

Bestemmelsen er også særskilt kommentert i forbindelse med Stortingets behandling av proposisjonen i Innst. O. nr. 73 (1998-99). I merknadene til § 1-4 uttales:

> Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at psykologspesialister mange steder i dag faktisk har det faglige lederansvaret. Videre vil dette flertallet peke på at satsingen innen psykiatri, som er vedtatt av Stortinget, vil bli svært vanskelig å gjennomføre uten nok helsepersonell.
>
> Dette flertallet har merket seg at når det i loven er foreslått at det i forskrift kan gjøres unntak fra at faglig ansvarlig skal være en psykiatrisk overlege, så er dette ikke alene grunnet i situasjoner der psykiater ikke finnes. Dette flertallet vil peke på at unntaksbestemmelsen åpner for å gi kliniske psykologer vedtaksmyndighet.
>
> Dette flertallet vil vise til at når kompetansen til å treffe vedtak som hovedregel legges til psykiatrisk overlege, er dette fordi denne anses å ha den bredeste kompetanse til å avdekke en sinnslidelses eventuelle organiske sammenhenger og kunne vurdere pasientens totale helsetilstand. Dette flertallet vil imidlertid peke på at ved vedtak om f.eks. skjerming, behandling uten samtykke med unntak av medikamentell behandling, restriksjoner i forbindelse med omverdenen, undersøkelser av rom og eiendeler og beslag er ikke begrunnelsen i forhold til den medisinske kompetansen like tungtveiende. Dette flertallet vil vise til at da kliniske psykologer i praksis har selvstendig behandlingsansvar, vil det være en fordel for helheten i behandlingen som tilbys pasienten, at psykologer i større utstrekning kan være faglig ansvarlige for vedtak og beslutninger som angår behandlingen av de pasientene de har behandlingsansvar for.

Dette var bakgrunnen for forskriften til § 1-4 som ble utarbeidet av Sosial- og helsedepartementet. Forskriftsteksten §§ 3 og 4 åpner for at flere grupper kan være faglig ansvarlig for vedtak:

- Lege i overordnet stilling som er spesialist i psykiatri (gjelder psykisk helsevern for voksne jf. § 3), eller barne- og ungdomspsykiatri (gjelder barne- og ungdomspsykiatrien jf. § 4)
- Annen lege med spesialistutdanning i psykiatri (gjelder psykisk helsevern for voksne jf. § 3), eller barne- og ungdomspsykiatri (gjelder barne- og ungdomspsykiatrien jf. § 4)
- Spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde klinisk voksenpsykologi (gjelder psykisk helsevern for voksne, jf. § 3), eller med fordypningsområde klinisk barne- og ungdomspsykologi (gjelder barne- og ungdomspsykiatrien jf. § 4). I begge tilfelle stilles det krav til minst to års relevant praksis, jf. § 5, annet ledd.

I tillegg er det gitt utfyllende bestemmelser om delegasjon av faglig ansvarliges myndighet i forskriften § 5. Det er presisert i §§ 3 til 5 at spesialist i klinisk

psykologi ikke kan ha myndighet til å treffe vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 om behandling med legemidler.

7.7.2.2 Problemstilling

Etter ordlyden i psykisk helsevernloven § 1-4 er hovedregelen at faglig ansvarlig skal være ”vedkommende overlege”. Som følge av Stortingets behandling av loven, ble forskriften utformet slik at også legespesialist og spesialist i klinisk psykologi med to års relevant praksis kan være faglig ansvarlig for vedtak på lik linje med lege i overordnet stilling. Lovens ordlyd speiler derfor ikke dagens rettstilstand på en tilstrekkelig måte, og bør av den grunn vurderes endret. Det er også grunn til å vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig at vedtakskompetansen i forbindelse med bruk av tvangsmidler etter § 4-8 ligger til lege og ikke faglig ansvarlig.

7.7.2.3 Departementets vurdering og forslag

Bestemmelsen om faglig ansvarlig for vedtak i psykisk helsevernloven § 1-4 er ikke en regulering av spørsmålet om ledelse for institusjoner eller enheter i det psykiske helsevernet, se Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 5.5.3. Derimot er bestemmelsen en lovfesting av kvalifikasjonskrav for den som skal ha kompetanse til å kunne treffe inngripende tvangsvedtak. Det er ansett som en rettssikkerhetsgaranti at den som treffer tvangsvedtak har særskilt kompetanse for å vurdere behovet for bruk av tvang, slik at unødvendig tvangsbruk unngås.

Bestemmelsen kommer i tillegg til de generelle krav i helsepersonelloven §§ 4 og 16, samt spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om forsvarlig yrkesutøvelse og organisering av tjenestene. Prinsippene bak denne lovgivningen var å fjerne monopoler for utføring av oppgaver i helsetjenestene, men samtidig presisere både det individuelle ansvar som påhviler det enkelte helsepersonell for forsvarlig yrkesutøvelse og det systemansvar som påligger helsetjenestene for forsvarlig organisering.

Slik psykisk helsevernloven § 1-4 og forskriftsbestemmelsene er utformet er det ikke noe i veien for at det er flere som fungerer som faglig ansvarlige innen en og samme avdeling. Det vil uansett være et ledelsesmessig ansvar å sørge for at organiseringen ivaretar hensynet til faglig forsvarlighet. Bestemmelsen innebærer med andre ord et minstekrav til kompetanse for den som skal treffe vedtak, men unntar ikke ledelsens ansvar for en forsvarlig organisering av vedtaksfunksjonen.

Selv om en klinisk psykolog er faglig ansvarlig for vedtak vil det i mange tilfeller være nødvendig med en medisinsk vurdering av pasienten før vedtaket treffes. I forbindelse med etablering av tvungent psykisk helsevern er dette sikret gjennom psykisk helsevernloven §§ 3-4 og 3-8 femte ledd om obligatoriske legeundersøkelser. Tilsvarende krav er foreslått lovregulert i lovutkastet § 3-1. Også i andre tilfeller enn de som fremgår av loven vil det kunne være nødvendig at det foretas en medisinsk undersøkelse eller vurdering av lege for at vedtaket skal være faglig forsvarlig.

Etter departementets syn bør det foretas endringer i lovens ordlyd som gjenspeiler gjeldende rettstilstand. Dette innebærer at det i lovens ordlyd stilles et særskilt kompetansekrav, og at de nærmere bestemmelsene gis i forskrift som tidligere.

At § 1-4 i dag knytter begrepet faglig ansvarlig til en overordnet stilling - ”vedkommende overlege” - kan misforstås dit hen at det er tale om en regulering av et ledelsesmessig spørsmål. Ettersom det derimot er tale om et kvalifikasjonskrav er det etter departementets vurdering mer hensiktsmessig å bruke begrepet ”lege med relevant spesialistutdanning” i stedet for ”overlege”. Når det gjelder kompetansekravet til klinisk psykolog har departementet kommet til at man ikke bør bruke betegnelsen ”spesialist i klinisk psykologi”, som i dag fremgår av forskriften §§ 3 til 5, ettersom videreutdanningen ikke fører til en offentlig godkjent spesialistutdanning etter helsepersonellovens § 51.

I forskriftshjemmelen anses det på bakgrunn av nevnte endringsforslag unødvendig å videreføre den unntaksadgang som følger av bestemmelsen i dag.

Når det gjelder vedtakskompetansen i forhold til bruk av tvangsmidler er det også her et viktig hensyn at vedtaksansvarlige har særskilt god kompetanse for å vurdere behovet for bruk av tvang og hvilken innvirkning tvangsbruken kan få for pasientens psykiske og eventuelt somatiske tilstand. Kravet om at legen skal treffe vedtak om bruk av tvangsmidler er i lovens forarbeider begrunnet med behovet for en medisinsk vurdering av eventuelle farer eller ulemper med bruk av de ulike typer tvangsmidler. Med unntak av vedtak om kortvarige beroligende legemidler vil en klinisk psykolog som fyller vilkårene for å være faglig ansvarlig i mange tilfeller ha tilstrekkelig kompetanse til selvstendig å vurdere bruk av tvangsmidler. Det vil følge av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 at det skal innhentes vurdering fra lege dersom det er behov for medisinske vurderinger.

På denne bakgrunn foreslår departementet at også kompetansen til å treffe vedtak om tvangsmidler legges til faglig ansvarlig, se lovforslaget § 4-8.

7.8 Forslag til nytt kapittel 2 – Særlige samtykkebestemmelser

7.8.1 Innledning

Etter departementets vurdering følger det som en konsekvens av forslaget under punkt 7.2 om forholdet til pasientrettighetsloven at det må gjøres endringer i lovens kapittel 2. Kapitlet er i dag betegnet ”Frivillig psykisk helsevern. Psykisk helsevern til barn og unge”. Overskriften kan virke misvisende, da bestemmelsene i §§ 2-1 og 2-2 bare regulerer samtykkebestemmelser, og ikke gir nærmere regler om gjennomføring av frivillig psykisk helsevern eller psykisk helsevern til barn og unge. I § 2-3 har forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent vern kommet til uttrykk.

Departementet har vurdert om kravet til samtykke, herunder reglene om manglende samtykkekompetanse, skal være fullt ut regulert i pasientrettighetsloven, og at eventuelle unntak for det psykiske helsevernet også skal nedfelles der. Dette vil være i tråd med de grunnleggende prinsipper for lovreguleringen som departementet legger opp til under punkt 7.2.

Når det gjelder kravet til samtykke er det imidlertid nødvendig med en særskilt lovfesting av institusjonens mulighet til å stille vilkår om tvungen tilbakeholdelse i forbindelse med frivillig innleggelse, jf. psykisk helsevernloven § 2-2. Regulering av dette i pasientrettighetsloven ville være lite naturlig ut fra lovens generelle

karakter. Også den anledning barn mellom 12 og 16 år har til å bringe spørsmål om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen passer mer naturlig i psykisk helsevernloven. På denne bakgrunn vil departementet foreslå at det nedfelles et eget kapittel om samtykke i psykisk helsevernloven. Overskriften på kapittelet bør endres til "særlige samtykkebestemmelser" for å markere at det her er tale om særbestemmelser i forhold til de generelle reglene som følger av pasientrettighetsloven.

7.8.2 Klageadgang til kontrollkommisjonen for barn mellom 12 og 16 år

7.8.2.1 Innledning og gjeldende rett

Selv om etablering av psykisk helsevern for barn under 16 år skjer på grunnlag av foreldresamtykke er barn mellom 12 og 16 år gitt adgang til å bringe spørsmål om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen. Det har heftet noe usikkerhet ved hvor langt kontrollkommisjonens kompetanse går i slike saker, ettersom det ikke er tale om en prøvelse av vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Forarbeidene gir liten grad av veiledning om dette.

Etter departementets vurdering vil det være naturlig at kontrollkommisjonen tar stilling til om pasientens nektelse bør respekteres ut fra en helhetsvurdering av pasientens tilstand og alder, pasientens grunner for å nekte, samt behandlingens planlagte varighet og intensitet. I vurderingen vil det videre være naturlig å se hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern.

Som følge av implementeringen av FNs barnekonvensjon i norsk rett er det lagt til grunn en nedre aldersgrense på syv år for plikten til å informere og gi anledning for barn til å uttale seg før det tas avgjørelse i sak som berører ham eller henne i barnevernloven § 6-3 første ledd og barneloven § 31 annet ledd.

Barnekonvensjonen art. 12 lyder:

1. Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med barnets alder og dets modenhet.
2. For dette formål skal barnet særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller gjennom en representant eller et egnet organ, på en måte som er i samsvar med saksbehandlingsreglene i nasjonal rett.

7.8.2.2 Problemstilling

Spørsmålet er om det bør foretas endringer i barns rett til på bringe spørsmålet om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen, herunder om aldersgrensen for denne adgangen bør fastholdes.

7.8.2.3 Departementets vurdering og forslag

Barnets rett til å bringe spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen har en tosidig begrunnelse. For det første er dette et middel for å gi barnet adgang til å fremme sine synspunkter og til å fremme barnets adgang til å bli hørt. For det andre er det en rettssikkerhetsgaranti i den

forstand at det vil bli foretatt en prøving av begrunnelsen for etableringen av psykisk helsevern overfor pasienten. Begge disse argumenter vil få større betydning dess eldre pasienten er. Etter departementets vurdering er dette en nødvendig ordning så lenge etablering av psykisk helsevern er basert på foreldresamtykke.

Departementet har foretatt en vurdering av om barnekonvensjonens art. 12 tilsier at aldersgrensen for en slik prøvingsadgang senkes. Konvensjonen stiller ikke krav til at barnet skal få overprøvet spørsmålet administrativt eller i en domstolliknende prosess. Derimot stiller den krav til at barnet skal informeres og bli hørt. Etter departementets vurdering er denne retten tilfredsstillende ivaretatt i pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 4-4. Pasientrettighetsloven § 3-1 gir både barnet og foreldrene rett til informasjon hvor barnet er under 16 år. Etter pasientrettighetsloven § 4-4 tredje ledd skal den eller de med foreldreansvaret høre hva barnet har å si før samtykke gis.

På denne bakgrunn foreslår departementet at adgangen til å bringe spørsmålet om etablering av psykisk helsevern inn for kontrollkommisjonen videreføres i ny § 2-1 annet ledd. Det foreslås ikke endringer i aldersgrensen for denne adgangen.

7.8.3 Samtykke til tidsbegrenset tilbakehold i institusjon

7.8.3.1 Gjeldende rett

I forbindelse med etablering av frivillig psykisk helsevern gir psykisk helsevernloven § 2-2 første ledd hjemmel for å stille vilkår om pasientens samtykke til å være undergitt reglene i § 3-1 i en periode på inntil tre uker. Samtykket kan i utgangspunktet gis av personer over 16 år. Samtykket innebærer ikke at det kan fattes vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4 eller at det kan vedtas innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen, jf. § 4-5 annet ledd. Samtykket skal nedtegnes skriftlig og undertegnes både av pasienten og av den faglig ansvarlige. Etter tredje ledd er det den eller de med foreldreansvaret som kan samtykke på vegne av barn under 16 år.

7.8.3.2 Departementets vurdering og forslag

I enkelte situasjoner kan en adgang til å stille vilkår om tidsbegrenset tilbakeholdsrett være et alternativ til å måtte ty til etablering av tvungent vern, som er mer inngripende. Dette tilsier at ordningen bør beholdes, selv den blir benyttet i et lite antall tilfeller, og representerer en særordning i forhold til pasientrettighetslovens bestemmelser. Ordningen er foreslått videreført i lovforslaget § 2-2.

7.9 Forslag til nytt kapittel 3 – Forenkling av lovens systematikk og enkelte andre endringer

7.9.1 Innledning – om behovet for forenkling og redigering

Det er av stor rettssikkerhetsmessig betydning at regelverk om inngripende vedtak overfor enkeltindivider blir mest mulig klare og oversiktlige. Dette vil bidra til å

unngå misforståelser i praktiseringen av regelverket og gi pasienter bedre mulighet for å sette seg inn i sine rettigheter og plikter.

Departementet har fått flere innspill på at gjeldende lov om psykisk helsevern er komplisert å finne fram i. Særlig gjelder dette kapittel 3, hvor vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern er nedfelt. Et eksempel er at mens man tidligere henviste til § 5 for etablering av tvungent psykisk helsevern, må det nå henvises til en lang hjemmelsrekke for å få med de aktuelle vilkår; § 3-8, jf. §§ 3-3, 3-1, 3-2, evt. også §§ 3-4, (§ 3-5) og 3-7.

Slik departementet vurderer det kan det gjøres flere endringer for at regelverket skal bli mer oversiktlig uten å foreta materielle endringer. I tillegg til rene redigeringsendringer ser imidlertid også departementet behov for å foreta endringer i materielle vilkår som i dag kan fremstå som unødvendig formalistiske, det vil si formalkrav som ikke medfører noen rettssikkerhetsmessig gevinst for pasienten.

På denne bakgrunn vil departementet foreslå å oppheve gjeldende kapittel 3, og erstatte det med et nytt. De fleste materielle bestemmelser foreslås videreført uendret, så som grunnvilkår og tilleggsvilkår for tvungent psykisk helsevern som finnes i gjeldende lov § 3-3. De viktigste materielle endringene som foreslås er avskaffelse av et absolutt krav til innleggelsesbegjæring (tutorordningen) og lovfesting av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt. Det foreslås også å lovfeste et snevert unntak fra forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet) som finnes i gjeldende lov § 2-3, og samtidig flytte bestemmelsen til § 3-2.

7.9.2 Avskaffelse av et absolutt krav til innleggelsebegjæring (tutorordningen), presisering av offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt

7.9.2.1 Innledning og gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven §§ 3-5 og 3-8 er begjæring fra offentlig myndighet eller pasientens nærmeste et vilkår for tvungen legeundersøkelse, videre undersøkelse (observasjon) og etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette blir kalt tutorordningen. Det stilles med andre ord krav til at det må foreligge et uttrykt ønske om at vedkommende skal tvangsinnlegges fra nærmere bestemte personer og myndigheter utenfor institusjonen. Det er ikke tilstrekkelig at faglig ansvarlig mener at vedkommende fyller vilkårene for en tvangsinnleggelse.

Tutorordningen har en rettssikkerhetsmessig begrunnelse, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-99) punkt 7.4.4.4:

> I tutorordningens krav om begjæring ligger det innebygget en sikkerhetsventil ved at flere separate vurderinger legges til grunn før det fattes et så alvorlig vedtak som tvungent psykisk helsevern.

Etter gjeldende lov om psykisk helsevern er det i utgangspunktet offentlig myndighet som skal være tutor. Definisjonen av offentlig myndighet følger av psykisk helsevernloven § 1-3 fjerde ledd:

> Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

Dette innebærer en endring fra 1961-loven, hvoretter det i utgangspunktet var pasientens nærmeste som var tutor. Det var særlig to hensyn som lå bak denne lovendringen. For det første viser forarbeidene til endringen i samfunnsutviklingen, som innebærer at stadig flere bor for seg selv, eventuelt som enslige forsørgere uten annen familietilknytning. I forhold til denne gruppen ble det vurdert som naturlig at det offentlige har ansvaret for å fremsette begjæring om tvungent psykisk helsevern for disse. For det andre ble det vist til den belastningen det kan være for pasientens nærmeste å være tutor. Svært mange alvorlig sinnslidende opplever det tvungne vernet som urettmessig, og kan komme med bitre anklager mot den nærmeste for å ha framsatt begjæringen.

Nevnte lovendring innebærer imidlertid i mange tilfeller at offentlig myndighet kontaktes om pasienter vedkommende ikke har kjennskap til på forhånd, med anmodning om å avgi begjæring om tvungent psykisk helsevern. Blant annet gjennom referansegruppen for lovarbeidet har departementet fått flere innspill på at politiet brukes som tutor utover de tilfeller som er forutsatt i *forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern mv. av 21. desember 2000*. I følge § 5 annet ledd bokstav c) i denne forskriften skal politiet være tutor 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 tvungent psykisk helsevern,

Likevel forekommer det at politiet blir bedt om tutorerklæring fra politiet vedrørende personer som politiet ikke har noen kjennskap til på forhånd, og hvor det heller ikke er nødvendig at politiet på annen måte gir bistand.

7.9.2.2 Rettstilstanden i andre land

Verken den svenske, danske eller finske loven har et system som tilsvarer den norske tutorordningen. I dansk rett er det riktignok slik at pasientens nærmeste har plikt til å tilkalle en lege, hvis en person som antas sinnssyk ikke selv søker behandling. Legen avgjør om tvangsinnleggelse er nødvendig, og politiet avgjør når tvangsinnleggelsen skal iverksettes. Etter svensk rett blir såkalt «intagning før tvångsvård» besluttet på grunnlag av «vårdintyg» utferdiget av lege utenfor institusjonen. Etter finsk rett stilles det ikke krav til at tvangsinnleggelse må være initiert av verken lege eller av andre utenfor institusjonen. Dersom observasjon er gjennomført skal legerklæring fra denne legges til grunn for tvangsvedtaket.

7.9.2.3 Problemstilling

Spørsmålet er om kravet til begjæring før undersøkelses- eller etableringsvedtak treffes fortsatt har en rettssikkerhetsmessig begrunnelse som tilsier at den bør beholdes, eller om de hensyn som ligger bak ordningen kan ivaretas på annen måte.

7.9.2.4 Departementets vurdering og forslag

Tutorordningen har vært gjennom flere endringer gjennom tiden. Den opprinnelige begrunnelsen for ordningen var at beslutningen om tvangsinnleggelse ikke alene skulle fattes av offentlig myndighet, det vil si overlegen på institusjonen. Det måtte i tillegg være noen som stod vedkommende person nær som måtte anse tvangsinnleggelse nødvendig. I ettertid har det blitt åpnet for at offentlig

myndighet kan begjære bruk av tvang ut fra en erkjennelse av at det ofte er en belastning for pårørende å fremme en slik begjæring, eller at de av andre grunner ikke ønsker å gjøre dette. Som nevnt ovenfor ble dette ytterligere endret i forbindelse med gjeldende lov til at offentlig myndighet skulle være primærtutel. Tutorordningen må også ses i sammenheng med at det nå er lovfestet et klart krav til legeundersøkelse forut for den undersøkelsen som skal foretas av faglig ansvarlig ved institusjonen.

Skal tutorordningen ha noen rettssikkerhetsmessig verdi er det en forutsetning at den som fremmer begjæringen, enten det er nærmeste pårørende, kommunelegen, sosialtjenesten, politiet eller fengselsmyndighetene, kjenner pasienten. Departementet har grunn til å tro at dette ofte ikke er tilfellet i dagens situasjon. Nærmeste pårørende vil ofte være de som kontakter hjelpeapparatet, men i mange tilfeller ønsker de ikke å være tutor, noe de skal slippe etter gjeldende rett. Så lenge kravet til tutorbegjæring er et vilkår for etablering av tvungent vern blir en av nevnte myndighetsinstanser kontaktet av institusjonen hvor pasienten er henvist eller anbrakt med anmodning om å fremme en begjæring. Ofte vil tutorbegjæringen fremmes på bakgrunn av opplysninger offentlig myndighet har fått om pasienten fra institusjonen, og ikke ut fra opplysninger som den aktuelle offentlige myndighet selv har tilegnet seg gjennom kjennskap til pasienten.

Fordelen med tutorordningen er imidlertid at den sikrer en mulighet til oppfølgning, både i forbindelse med undersøkelse og etablering av tvungent psykisk helsevern, men også som klagerett i forbindelse med utskrivning, for offentlig myndighet. Slik kan den ses som et verktøy for de ulike tjenesters ivaretakelse av sitt ansvar overfor psykisk syke. Det er viktig at eventuelle lovendringer ikke svekker en slik funksjon. Dette vil etter departementets vurdering bli ivaretatt gjennom lovforslaget § 3-4, hvor det er foreslått å presisere offentlig myndighets varslings- og bistandsplikt. Bestemmelsen skal bidra til å sikre at offentlige myndigheter fremdeles ivaretar ansvaret for å sørge for at psykisk syke personer som ikke selv oppsøker det psykiske helsevernet, kommer i kontakt med helsetjenestene. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungent psykisk helsevern. Dersom dette gjøres vil klageretten som følger av gjeldende rett bli opprettholdt, slik at offentlig myndighet kan følge opp sitt ansvar.

På denne bakgrunn vil departementet foreslå at tutorbegjæring ikke lenger stilles som et absolutt vilkår. Etter departementets oppfatning bør det i stedet lovfestes en generell varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet, se lovforslaget § 3-4.

7.9.3 Forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern - unntak

7.9.3.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Etter lov om psykisk helsevern § 2-3 oppstilles det et forbud mot overføring av pasient under frivillig psykisk helsevern til tvungent vern, det såkalte konverteringsforbudet. Begrunnelsen for bestemmelsen er at de mennesker som oppsøker frivillig psykisk helsevern skal kunne ha visshet for at ”bordet ikke fanger”. De bakenforliggende hensyn er både tilliten til psykiatrien, men også at

de menneskene som kommer til psykiatrien skal oppleve at de blir behandlet med redelighet og respekt, se Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 6.5.

Bestemmelsen er i følge lovens forarbeider en videreføring av det som var gjeldende rett etter 1961- loven. Likevel hadde man ikke i 1961-loven en tilsvarende bestemmelse. Lovens § 4 om at frivillig innlagt pasient kunne kreve utskrivning uten opphold ble imidlertid ansett for å innebære et slikt forbud.

Konverteringsforbudet i psykisk helsevernloven § 2-3 innebærer at en pasient som er til frivillig behandling når som helst kan be om at vernet opphører, og at institusjonen da har en forpliktelse til å skrive ut pasienten. Utskrivingen av pasienten fra det frivillige psykiske helsevernet skal være reell før det kan fattes vedtak om tvangsinnleggelse. Dette ble slått fast av Høyesterett i en dom gjengitt i Rt. 2002 side 1646, se side 1651. Retten påpeker her at psykisk helsevernloven § 2-3 skal:

> "…sikre at en pasient som er frivillig innlagt, når som helst skal kunne begjære seg utskrevet. Det må da kreves at det er en realitet bak utskrivingen."

Kravet til at utskrivningen må være reell fremgår også av lovens forarbeider, jf. Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 6.5.4.

Både i den saken som endte for Høyesterett, og i en del andre tilfeller har det oppstått tolkingstvil og problemer i praktiseringen av konverteringsforbudet. På denne bakgrunn har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet et rundskriv om tolkingen av denne bestemmelsen, IS-18/2004. Her gjøres det nærmere rede for hva som ligger i kravet til at utskrivningen skal være reell.

For at kravet til realitet skal være oppfylt, må en pasient som ønsker det få anledning til å forlate institusjonen uten å bli innhentet umiddelbart av ansatte ved institusjonen eller andre. F.eks. vil ikke tilbakehenting rett utenfor institusjonen eller et par kvartaler unna tilfredsstille kravet om reell utskrivning. Det samme gjelder dersom vedkommende blir fulgt av pleiere/politi direkte til legevakten for legeundersøkelse og deretter tilbake til institusjonen. Det presiseres imidlertid i forarbeidene i Ot. prp. nr. 11 (1998-99), side 65 at det må være anledning til å iverksette relativt raske tiltak for å få pasienten under tvungent psykisk helsevern dersom vilkårene for tvungent vern er oppfylt.

Det kan også forekomme at pasienten motsetter seg tvangsbehandling, men likevel ikke ønsker å forlate sykehuset. Til denne situasjon har Høyesterett uttalt at det

> "avgjørende i denne situasjonen må være om det i utskrivingen lå tilstrekkelig realitet til at [pasienten] fikk anledning til å oppfatte og overveie alternativene, og eventuelt benytte seg av sin adgang til å forlate sykehuset."

Dersom pasienten har fått tilstrekkelig informasjon og eventuelt bistand til å forlate sykehuset, men velger å bli værende til tross for at vedkommende vet at hun/han kan bli underlagt tvungent psykisk helsevern, vil det med andre ord ikke være nødvendig at pasienten forlater sykehusets område for å oppfylle kravet om at det skal foreligge realitet bak utskrivelsen. De vanlige prosedyrer for etablering av tvungent psykisk helsevern må imidlertid følges. Det vil si at det skal foreligge en uavhengig legeundersøkelse og tutorbegjæring.

Det følger videre av forsvarlighetskravet i bl.a. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at dersom pasienten ønsker å forlate sykehuset har institusjonen en plikt til å sikre at pasienten får nødvendig oppfølgning fra andre instanser i helse- og sosialtjenesten.

En pasient som er innlagt til frivillig psykisk helsevern vil kunne holdes tilbake mot sin vilje dersom vedkommende i en akutt nødrettssituasjon vil være til fare for eget eller andres liv eller helse. Før man holder pasienten tilbake med tvang ut fra nødrettslige betraktninger skal alle andre alternativer ha blitt vurdert. Som regel vil nødrettssituasjonen være kortvarig. Det betyr at så snart den akutte faresituasjonen er over, må pasienten skrives ut.

Konverteringsforbudet har imidlertid vist seg å være problematisk i enkelte nødrettssituasjoner, det vil si situasjoner hvor det ville være uforsvarlig å la pasienten forlate institusjonen. Det forekommer at en pasient kan være til fare for seg selv eller andres liv og helse over noe lenger tid. Dette skaper en uklar rettslig situasjon i denne perioden. Jo lengre tid som går, desto vanskeligere blir det å akseptere nødrett som hjemmelsgrunnlag. Det er også et problem at de bestemmelser som skal ivareta rettsikkerheten til pasienten i psykisk helsevernloven kapittel 3 og 4 ikke kommer til anvendelse når det ikke er tatt formelle skritt med hensyn til etablering av tvangsvedtak. Det har også forekommet at institusjoner pga pasientens tilstand har foretatt mer eller mindre ”fiktive” utskrivelser av pasienter fordi det har vært ansett som uholdbart å holde dem tilbake i institusjonen over lengre tid med hjemmel i nødrett, samtidig som det har vært vurdert som nødvendig å få etablert tvungent vern og uforsvarlig å foreta en reell utskrivelse. En slik praktisering av konverteringsforbudet bidrar heller ikke til å ivareta pasients rettsikkerhet, integritet, verdighet og tillit til systemet.

Rundskrivet fra Sosial- og helsedirektoratet legger til grunn at det i noen få tilfeller kan anses rettmessig å igangsette prosessen for å få etablert tvungent vern, samtidig som pasienten holdes tilbake pga nødrettssituasjonen.

Pasientens rett til forsvarlig helsehjelp i tråd med psykisk helsevernlovens formål taler for at det bør være en unntaksmulighet. Også EMK art 5, som stiller krav til lovmessig grunnlag, saksbehandling og overprøvingsmulighet i forbindelse med tvangsvedtak taler for at det unntaksvis i enkelte nødrettssituasjoner ikke kan stilles like strenge krav til reell utskrivelse før det etableres tvungent psykisk helsevern.

I følge rundskrivet skal det mye til for å lempe på kravet til utskrivning. Det må foretas en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle. I tillegg til at pasienten må være til fare for seg selv eller andres liv og helse, kan bl.a. følgende momenter ha betydning for vurderingen:

- pasientens tilstand er svært alvorlig
- faresituasjonen antas å ville være langvarig, og at det dermed er uforsvarlig å skrive ut pasienten
- det er åpenbart at vedkommende har behov for langvarig tvungent psykisk helsevern

- pasienten har behov for medikamentell behandling (ikke bare behov for medisiner for å avverge den akutte nødrettssituasjonen)

Det er institusjonens ansvar å godtgjøre at en slik situasjon faktisk foreligger, samt å dokumentere dette i pasientjournalen. Begrunnelsen for at det på grunn av nødrett ikke foretas en reell utskrivning skal også fremgå tydelig av journal. Pasienten skal videre informeres om forholdene, herunder at vedkommende formelt er skrevet ut fra frivillig vern og at det vil bli igangsatt en prosess for å få etablert tvungent vern på grunnlag av de vanlige prosedyrer for etablering av tvungent psykisk helsevern.

Kontrollkommisjonen bør varsles så snart som mulig i alle tilfeller hvor en pasient holdes tilbake med hjemmel i nødrett, uavhengig av om det senere etableres tvungent vern eller ikke.

7.9.3.2 Rettstilstanden i andre land

Verken *Danmark, Sverige* eller *Finland* har forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern i sin lovgivning.

I *Danmark* er det gitt en frist på 24 timer fra pasienten uttrykker ønske om utskrivning til overlegen må underrette pasienten om at ønsket etterkommes eller om det skal treffes vedtak om tvangstilbakeholdelse.

I *Sverige* er spørsmålet om utskrivning fra frivillig psykisk helsevern regulert i lag om psykiatrisk tvangsvård § 11. Her oppstilles begrensninger for når man kan nekte å skrive ut pasienten. I tillegg til at vilkårene for etablering av tvungent vern må være oppfylt er det et vilkår at pasienten som følge av sin psykiske lidelse kan komme til å påføre seg elv eller andre alvorlig skade.

I *Finland* er spørsmålet om overføring til tvungent vern regulert i en egen bestemmelse i loven. Dersom frivillig innlagt pasient ønsker utskrivning kan faglig ansvarlig vedta at pasienten skal tas under observasjon dersom vedkommende mener vilkårene for tvungent vern er tilstede. Det er videre gitt en frist på fire dager fra pasienten uttrykker ønske om utskrivning til vedtak om tvungent vern må foreligge.

7.9.3.3 Departementets vurdering og forslag

Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent vern bør etter departementets syn beholdes som den klare hovedregel. Det er viktig at pasienter ikke lar være å oppsøke det psykiske helsevernet for hjelp av frykt for å bli tvangsinnlagt. Likevel har det vist seg at konverteringsforbudet kan få svært uheldige utslag for pasienten i enkelte unntakssituasjoner i form av utskrivninger som kan innebære en fare for pasienten selv eller andre, og svekket rettssikkerhet for pasienten. For å unngå dette har det forekommet fiktive utskrivelser, noe som heller ikke med på å styrke tilliten til det psykiske helsevernet.

Slik ordlyden i dagens § 2-3 lyder er forbudet tilsynelatende absolutt. Som det fremgår ovenfor vil det imidlertid være noen få unntakssituasjoner hvor hensynet til pasientens rettssikkerhet tilsier at det vil være rettmessig å starte etablering av tvungent psykisk helsevern uten at det først foreligger en reell utskriving. Etter departementets syn er det behov for å foreta en lovendring som fortsatt viser den

klare hovedregel som bør være at slik overføring ikke skal skje, samtidig som det gis kriterier for unntakssituasjonen.

Etter departementets vurdering bør det stilles strenge krav til begrunnelsen for å nekte pasienten en reell utskrivning. For eksempel bør ikke det at mulighetene for bedring eller at tilstanden vil bli vesentlig forverret ved utskrivning i seg selv være nok til å etablere tvungent vern uten reell utskrivning. Unntaksbestemmelsen bør være så streng at den bare gjelder situasjoner hvor konsekvensen av en utskrivning åpenbart ville være at pasienten er til alvorlig fare for seg selv eller andre. At det foreligger slik fare må dokumenteres av faglig ansvarlig.

Unntak fra overføringsforbudet bør bare gjøres hvor det foreligger en faretilstand som må antas å vare over noe tid. Hvor pasienten bare vurderes til å være til alvorlig fare for seg selv eller andre bare en meget kort tidsperiode, for eksempel et par døgn pga en spesiell hendelse, vil det ikke være naturlig å starte etablering av tvungent vern. I slike tilfeller bør likevel pasienten holdes tilbake på nødrettslig grunnlag så lenge faresituasjonen består.

På denne bakgrunn foreslår departementet i lovforslaget § 3-2 en unntaksbestemmelse fra forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern.

7.9.4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

7.9.4.1 Innledning og gjeldende rett

I henhold til psykisk helsevernloven § 3-1, annet ledd første punktum kan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon brukes hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. I motsetning til den tidligere ordning med tvungent ettervern stilles det ikke krav til at pasienten må ha vært innlagt til tvungent psykisk helsevern i institusjon før det kan treffes slikt vedtak.

Ordningen ble innført i forbindelse med vedtakelsen av gjeldende lov, og var da et av de mest omstridte spørsmål. På grunn av betydelig motstand fra flere høringsinstanser i høringsrunden ble forslaget om at helsepersonellet skulle kunne yte behandling hjemme hos pasienten forlatt.

Et slikt vedtak begrenser seg derfor til å gi pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Dette vil være praktisk i de situasjoner der pasienten bor hjemme, mens det samtidig er nødvendig å gi ham eller henne poliklinisk behandling, f.eks. i form av behandling med legemidler og samtaleterapi. For å kunne gjenvinne eller opprettholde pasientens funksjonsnivå kan det også være aktuelt å iverksette enkelte miljøterapeutiske tiltak i en avdeling på dagtid.

Et vedtak om tvungent psykisk helsevern innebærer ikke i seg selv at pasienten kan behandles mot sin vilje. Utgangspunktet er at pasientens samtykke skal innhentes før behandling kan iverksettes, jf. § 4-4. Hvis pasienten motsetter seg behandling i form av f.eks. medisinering eller terapi, og den faglig ansvarlige likevel finner at slik behandling er nødvendig, kan slik behandling bare gjennomføres etter særskilt vedtak om behandling uten eget samtykke. Et slikt vedtak kan påklages til Helsetilsynet i fylket.

I § 3-1 annet ledd første punktum presiseres at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold bare skal etableres hvor dette framtrer som et bedre alternativ for pasienten, og betydningen av dette er understreket i lovens forarbeider, se bl.a. Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 7.1.5.3 og Innst. O. nr. 73 (1998- 1999) s. 21. Før et slikt vedtak fattes må det derfor foretas en grundig helhetsvurdering som innebefatter hvorvidt pasienten behøver den døgnkontinuerlige omsorg og behandling som et institusjonsopphold vil kunne gi, eller om vernet tilstrekkelig kan ivaretas mens pasienten har opphold i egen bolig. Under denne vurderingen må den institusjonen som skal ha ansvaret for vernet også forsikre seg om at det lokale behandlingsapparatet har personell og ressurser forøvrig som gjør dette forsvarlig.

7.9.4.2 Erfaringer med praktiseringen av ordningen

På oppdrag fra Norges forskningsråd har SINTEF Helse utarbeidet en rapport om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2002. Rapporten avdekket sviktende tallmateriale fra poliklinikkene. Tallene for overføring fra døgninstitusjoner til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold viser at 900 av 1100 totalt ble foretatt fra sykehus. Gruppen kjennetegnes av en større andel menn (56 prosent) enn de øvrige utskrivningene (46 prosent). Andelen er også høyere enn andelen menn som ble innlagt til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (51 prosent). Gruppen er mer utpreget middelaldrende enn de øvrige grupper, med tyngdepunkt i aldersgruppen 30 til 49 år. For etablering av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold er andelen under 30 år langt høyere. Det overveldende flertall av de registerte har en schizofrenidiagnose (86 prosent), langt høyere enn for de øvrige grupper.

7.9.4.3 ”Bopel”- kriteriet – når kan denne tvangsformen benyttes?

Sosial- og helsedirektoratet har mottatt flere henvendelser både fra institusjoner, kontrollkommisjoner og fylkesmenn vedrørende hva tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan innebære. Det gjennomgående temaet i henvendelsene er spørsmålet om hvor pasienter kan oppholde seg når de er underlagt et slikt vedtak, ettersom lovens krav er at slikt vern skal gjennomføres mens pasienten har opphold på ”egen bopel”.

Departementet har tolket bestemmelsen til også å omfatte opphold på kommunal institusjon, hvor det er pleie og omsorg, og ikke behandling som er det fremtredende. Det springende spørsmål har vært hvorvidt slikt tvangsvedtak kan fattes også overfor pasienter som har frivillig opphold i institusjon i spesialisthelsetjenesten som ikke er godkjent for bruk av tvang. Dette spørsmålet er ytterligere aktualisert etter Rusreformen, hvoretter også tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk er en spesialisthelsetjeneste, og opphold i rusinstitusjon dermed også vil kunne anses å diskvalifisere for bruk av § 3-1, annet ledd.

Det kanskje viktigste argumentet mot å utvide bopelsbegrepet har vært frykten for utvanning av godkjenningsordningen, det vil si kravet i § 3-1, første ledd om at tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal skje i institusjon godkjent for formålet. En omgåelse av dette kunne innebære et kvalitativt dårligere tilbud for pasienter som er i behov av (tvungen) institusjonsbehandling. Dette var en

vesentlig del av skepsisen og kritikken mot dagens lovbestemmelse ved forrige lovrevisjon.

Enkeltsaker har imidlertid også vist at hensynet til gode og fleksible løsninger for pasienten og redusert tvangsbruk kan tale for en utvidelse av bopelbegrepet. Her skal nevnes to eksempler hvor spørsmålet har kommet på spissen:

- En del pasienter som har vært på institusjon godkjent for døgnopphold, kan ha behov for å bo på en institusjon nærmere hjemmet i en overgangsfase før de flytter til egen bolig.
- Noen pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og som bor hjemme, vil ha behov for å kunne oppsøke institusjoner som ikke er godkjent for døgnopphold i akutte situasjoner og for korte opphold. Et slikt lavterskeltilbud kan være en forutsetning for at pasienten i det hele tatt kan bo hjemme.

7.9.4.4 Hensynet til pårørende som pasienten bor sammen med ved vurdering av tiltaket

I § 3-2, annet ledd er det nedfelt at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold bare kan benyttes i tilfeller hvor ”dette er et bedre alternativ for pasienten”. Lovens ordlyd nevner ikke forholdet til pårørendes interesser. I *forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon* av 24. november 2000 § 3, tredje ledd fremgår det at det skal tas hensyn til pårørende og deres situasjon i tillegg vurderingen av om det er til pasientens beste. Spørsmålet er om dette innebærer en tilstrekkelig vektlegging av hensynet til pasientens pårørende.

7.9.4.5 Departementets vurdering

Når det gjelder dagens krav til at pasienten skal bo på egen ”bopel” mener departementet at sterke hensyn taler for å åpne for at pasientene kan ha opphold i institusjon, også institusjoner som er en del av spesialisthelsetjenesten.

Departementet ser at det kan være frykt for at pasienter som i realiteten har behov for de ressurser som det stilles krav til gjennom godkjenningsordningen etter § 3-1 plasseres ved institusjoner som ikke er godkjent for bruk av tvang av ressursmessige årsaker. Slik tilpasning er det imidlertid flere bestemmelser i loven som skal fange opp. Det er i utgangspunktet et krav til tvungent vern uten døgnopphold at det skal være et bedre alternativ for pasienten enn tvang med døgnopphold, jf. § 3-1 annet ledd (lovforslaget § 3-3 annet ledd). Videre er det stilt krav til tilstrekkelig faglig og materiell kvalitet ved tilbudet gjennom psykisk helsevernloven § 3-2 (lovforslaget § 3-1). Også kravet til helhetsvurdering i § 3-3 (lovforslaget § 3-1), tredje ledd innebærer at pasienten ikke skal gis et institusjonstilbud som ikke er tilfredsstillende i forhold til pasientens behov.

På denne bakgrunn mener departementet at det ikke bør oppstilles absolutte grenser for hvor pasienten kan oppholde seg mens vedkommende er underlagt denne formen for tvang. Her er det viktig å se hen til hva tvangen består i – den består kun i at pasienten kan pålegges å møte til behandling. Det gir ikke grunnlag for tilbakehold i institusjon. Tvangsformen er med andre ord ment for pasienter som ikke har behov for å holdes i institusjon, men som vil ha det bedre med et pålegg om å møte til behandling. Vedtaksformen skal ikke brukes dersom det

hyppig blir behov for faktisk å avhente pasienten. Forutsetningen er derfor at pasienten som hovedregel selv følger pålegget om å møte til behandling. Departementet vil videre presisere at det vil være utelukket å anvende denne tvangsformen for pasienter som ikke har et bosted. I disse tilfellene vil ikke et slikt vedtak være et bedre alternativ enn døgnopphold.

På denne bakgrunn forslår departementet at kravet til at pasienten bor på egen bopel tas ut av lovteksten, jf. lovforslaget § 3-3 annet ledd.

Det å være pårørende til en alvorlig psykisk syk person er en stor belastning. For pårørende pasienten bor sammen med vil belastningen kunne bli langt større dersom pasienten skal bo hjemme, selv om dette alternativet isolert sett vil være den beste løsningen for pasienten. Etablering av tvungent vern uten døgnopphold innebærer en risiko for at pasienten kan måtte avhentes i eget hjem med bruk av makt, i noen tilfeller ved bruk av uniformert politi. Dette vil kunne oppleves svært belastende, også for pasientens pårørende. Særlig barn vil være svært sårbare i en slik situasjon. Det må derfor foretas en avveining av hensynene til henholdsvis pasienten og pårørende pasienten bor sammen med.

Etter departementets syn bør det av den grunn presiseres i lovens ordlyd at det ved vurderingen av om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon skal etableres også skal tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med, se lovutkastet § 3-3 annet ledd.

7.9.5 Spørsmål om utvidet observasjonstid

7.9.5.1 Bakgrunn og gjeldende rett

I forbindelse med forrige lovrevisjon ble lengste tillatte observasjonstid kortet ned fra tre uker til 10 dager, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd. Bakgrunnen for at observasjonstiden ble forkortet var hensynet til pasientens rettssikkerhet.

7.9.5.2 Problemstilling

I spørreskjemadataene fra evalueringen av kontrollkommisjonene har det kommet innspill på at observasjonstiden i enkelte tilfeller er for kort til å kunne foreta en tilstrekkelig utredning av pasienten. En av kontrollkommisjonene uttaler at:

> Antallet akutte "dobbeltdiagnosetilfeller" er økende. Det dreier seg gjerne om unge mennesker som legges inn til observasjon etter § 3-6 og blir utskrevet etter noen dager, b.la. fordi det ikke er mulig å skille russymptomer fra symptomer på psykisk lidelse i løpet av en 10 dagers periode. Som følge av dette blir en rekke unge mennesker "svingdørspasienter" gjennom flere år før alvorlig psykisk sykdom kan konstateres.

7.9.5.3 Departementets vurdering og forslag

Departementet er i utgangspunktet skeptisk til å utvide observasjonstiden. Observasjonstiden er kort av hensyn til pasientens rettssikkerhet – i forbindelse med observasjon er det ikke godtgjort at vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger. Ikke minst av hensyn til EMK art 5 bør derfor obervasjonstiden være kortest mulig. En adgang til forlengelse av observasjonstiden kunne innebære en risiko for at institusjonene endrer prioriteringene og ikke sørger for en så rask utredning som mulig.

Det er likevel svært uheldig om observasjonstiden er så kort at den ikke gir rom for en forsvarlig utredning. Ovenstående uttalelse er i så måte urovekkende. Departementet har ikke tilstrekkelig grunnlag for å foreslå en utvidelse av observasjonstiden, men vil vurdere å åpne for en utvidelse i særlige tilfeller, for eksempel etter beslutning av kontrollkommisjonens leder. Det bes særlig om innspill fra høringsinstansene på dette punktet.

7.9.6 Opphevelse av bestemmelsen om oppsettende virkning i forbindelse med vedtak om utskrivning uten klage

7.9.6.1 Gjeldende rett og problemstilling

Faglig ansvarlig har til enhver tid plikt til å vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er tilstede. Dersom vilkårene ikke er tilstede skal vedkommende treffe vedtak om at pasienten skrives ut, jf. psykisk helsevernloven § 3-9 annet ledd. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungent psykisk helsevern kan påklage den faglig ansvarliges vedtak, jf. § 3-9 fjerde ledd. Klagen skal gis oppsettende virkning, dvs. at vedtaket ikke kan iverksettes før klagesaken er avgjort. Bestemmelsen går lenger enn forvaltningslovens bestemmelse om utsatt iverksetting i forvaltningsloven § 42 ved at klage alltid skal medføre utsatt iverksetting av vedtaket. Etter forvaltningsloven § 42 vil kontrollkommisjonen som klageorgan kunne beslutte at vedtak skal ha oppsettende virkning, men da etter en skjønnsmessig vurdering.

Etter departementets vurdering er det grunn til å reise spørsmål ved om den særlige reguleringen i dagens § 3-9 fjerde ledd bør opprettholdes. Det er vanskelig å tenke seg at pasienten vil påklage et slikt vedtak, ettersom pasienten ikke frivillig er under tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen sikrer derfor først og fremst at vedtaket om opphør av det tvungne vernet ikke iverksettes i tilfeller hvor andre enn pasienten selv mener at vedkommende fortsatt bør være under tvungent psykisk helsevern. Det kan for eksempel være foreldrene som klager på utskrivningen av deres 19 år gamle datter eller offentlig myndighet som mener vedkommende er for syk til å utskrives.

7.9.6.2 Departementets vurdering og forslag

Den aktuelle bestemmelsen innebærer at en person som faglig ansvarlig mener ikke fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern, likevel kan tilbakeholdes og eventuelt tvangsbehandles i institusjon. Situasjonen har likhetstrekk med observasjon, ettersom det heller ikke under observasjonstiden er klarlagt om vedkommende fyller vilkårene for tvungent vern. Likevel innebærer det en vesentlig forskjell at faglig ansvarlig har truffet vedtak om opphør av det tvungne vernet fordi vilkårene ikke lenger er tilstede, noe vedkommende vil ha godt grunnlag for å vurdere på bakgrunn av at pasienten allerede har vært underlagt tvungent psykisk helsevern. Dette innebærer en langt større grad av sannsynlighet for at vilkårene faktisk ikke er tilstede enn i observasjonstilfellene.

Dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt svekkes grunnlaget for å bruke tvang overfor pasienten. Også menneskerettslige forpliktelser, særlig EMK art. 5 og art 8 tilsier at man skal være varsom med bruk av tvang i slike grensetilfeller.

Det finnes imidlertid også hensyn som kan tale for at vedtaket gis oppsettende virkning. F. eks kan ressurshensyn være den egentlige årsaken til at personer som fyller vilkårene for tvungent vern skrives ut. Dette vil innebære feil bruk av § 3-9 annet ledd, og vil ofte være i strid med kravet til faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Etter departementets vurdering gir imidlertid forvaltningsloven § 42 en tilstrekkelig adgang til å gi vedtaket oppsettende virkning i de tilfeller hvor dette fremstår som nødvendig. Sakene vil imidlertid ofte ha hastekarakter, og derfor er det grunn til at kontrollkommisjonens leder skal kunne ta denne beslutningen alene, i tråd med forslaget til ny § 4-11. Departementet foreslår derfor en lovfesting av at kontrollkommisjonens leder kan beslutte utsatt iverksetting i § 3-7, fjerde ledd. Den myndighet kontrollkommisjonens leder skal ha til å beslutte utsatt iverksetting etter bestemmelsen foreslås også nedfelt i § 6-4 åttende ledd av pedagogiske årsaker.

7.9.7 Opphevelse av klageadgang til Sosial- og helsedirektoratet i psykisk helsevernloven § 3-11

7.9.7.1 Gjeldende rett og problemstilling

I psykisk helsevernloven § 3-11 er det lovfestet en klageadgang til Sosial- og helsedirektoratet på kontrollkommisjonens vedtak om ikke å innlegge en person som søkes overført fra annen institusjon eller anstalt. Det dreier seg om pasienter i institusjoner for døgnopphold i annet fylke samt innsatte i fengselsvesenets anstalter. Klageordningen gjelder bare overføringer som søkes for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Klageberettiget er pasienten og vedkommende faglig ansvarlige. Alternativt kan det være den innsatte eller den ansvarlige fengselsmyndighet som kan klage.

Det følger videre av forslaget at Sosial- og helsedirektoratet ikke kan omgjøre kontrollkommisjonens vedtak for såvidt det er begrunnet med at den syke ikke oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 første ledd, det vil si hovedkriteriet alvorlig sinnslidelse samt et av tilleggskriteriene. Direktoratet kan imidlertid overprøve hensiktsmessigheten eller rimeligheten av vedtaket.

Bestemmelsen er en videreføring av en tilsvarende bestemmelse i 1961- loven. Den ble utformet på bakgrunn av at man hadde erfart problemer med å få overført personer fra fengselsvesenets anstalter til institusjoner i det psykiske helsevernet. Avslagene ble ofte begrunnet med mangelfulle ressurser når det gjaldt personell og lokaliteter, med fare for personalets og de andre pasientenes sikkerhet til følge. Avslagene ble også begrunnet med fare for ødeleggelse av behandlingsmiljøet.

Sosial- og helsedirektoratet har overfor departementet opplyst at det ikke har vært fremmet klager etter denne bestemmelsen etter at loven trådte i kraft 1. januar 2001.

7.9.7.2 Departementets vurdering og forslag

Det faktum at bestemmelsen ikke blir benyttet viser at den ikke har særlig praktisk betydning. Dette skyldes antakelig både at det har blitt bedre samhandling mellom fengselsmyndighetene og institusjoner i det psykiske helsevernet, og dels at det er

andre virkemidler og lovbestemmelser som er bedre egnet i de tilfeller hvor vedkommende ikke får et tilbud fra helsetjenesten. Etter departementets vurdering skal retten til helsehjelp sikre at også den gruppen bestemmelsen i utgangspunktet ble utarbeidet for å hjelpe, får et tilbud fra helsetjenesten hvor dette er nødvendig. Dersom ikke pasienten gis helsehjelp etter å ha anmodet om det, kan det fremmes klage til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2. Etter departementets vurdering er det pasientrettighetslovens system som bør benyttes. Også hensynet til forenkling tilsier at denne særreguleringen fjernes. Departementet foreslår derfor at bestemmelsen oppheves.

7.10 Forslag til endringer i kapittel 4 – Gjennomføringen av psykisk helsevern

7.10.1 Bruk av tvang i behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser

7.10.1.1 Innledning

Behandling av spiseforstyrrelser er omtalt i flere dokumenter som foreligger fra de sentrale helsemyndigheters side. I *St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, har vedlegg 1 en redegjørelse for diagnoser, forekomst og behandling av psykiske lidelser. Når det gjelder barn og unge med psykiske lidelser og problemer, heter det at spiseforstyrrelser kan ha form av anoreksi eller bulimi, og inntrer vanligvis i ungdomsalderen. Under kapitlet om voksne og spiseforstyrrelser framholdes det blant annet at de fleste pasientene behandles uten innleggelser. Ved alvorlige tilfeller av anoreksi kan innleggelse i sykehus være nødvendig, og i de mest alvorlige tilfellene må det etableres et samarbeid mellom somatiske og psykiatriske avdelinger. Det pekes på at ulike former for psykoterapi benyttes i behandlingen av personer med spiseforstyrrelser, at familiebehandlingen har vært sentral og at et økende antall pasienter i de senere år var blitt behandlet medikamentelt i tillegg til annen terapi.

Selv om det er iverksatt en del tiltak for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen er det fortsatt behov for en samordnet satsing på dette fagfeltet i årene som kommer. Behandlingstilbudet har vært utilstrekkelig, og forebyggende arbeid har vært fragmentert og i liten grad evaluert.

Manglende sykdomsinnsikt og dermed manglende motivasjon for behandling tilhører sykdomsbildet. Behandling av spiseforstyrrelser vil som regel la seg gjennomføre med pasientens samtykke, men i enkelte tilfeller motsetter pasientene seg behandling. Spørsmålet blir da i hvilken grad pasienten kan behandles med bruk av tvang.

Statens helsetilsyn ga i 2000 ut retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten, IK-2714. I disse retningslinjene berøres ulike aspekter ved behandlingen av spiseforstyrrelser, herunder spørsmålet om bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Etter Helsetilsynets vurdering var det rettslige grunnlaget for bruk av tvang i behandlingen uklart. Etter omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen i 2002 er det Sosial- og helsedirektoratet som nå har ansvar for retningslinjene på dette området, og det

pågår et arbeid med rundskriv når det gjelder det rettslige grunnlaget for bruk av tvang i behandlingen.

7.10.1.2 Oversikt over gjeldende rett

Utgangspunkt - krav til samtykke

Det grunnleggende utgangspunkt for all medisinsk og psykiatrisk behandling er pasientens informerte samtykke. Også for behandling av spiseforstyrrelser er derfor den klare hovedregel at behandling ikke kan skje uten at pasienten er gitt tilstrekkelig informasjon og har gitt sin aksept. Dersom vedkommende passivt avfinner seg med ulike behandlingstiltak, vil dette kunne oppfattes som et uttrykk for stilltiende samtykke som er anerkjent i norsk rett, jf. pasientrettighetslovens § 4-2.

Helsehjelp i akutte situasjoner

For pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser er bl.a. risikoen for organsvikt og andre livstruende tilstander betydelig. Dette innebærer at det kan bli aktuelt å yte helsehjelp mot pasientens vilje for å avverge livsfare eller alvorlig skade, jf. helsepersonellovens § 7. Bestemmelsen er basert på nødrettslige betraktninger, og helsepersonellet har bare rett og plikt til å intervenere mot pasientens vilje hvor helsehjelpen er ”påtrengende nødvendig”, dvs. i hovedsak ved livstruende tilstander og hvor det er fare for alvorlig skade dersom helsehjelpen ikke gis. Bestemmelsen gir ikke hjemmel for å etablere et behandlingsopplegg som i tid strekker seg ut over det som er nødvendig for å avverge den akutte faren for pasientens helsetilstand.

Behandling mot pasientens vilje- pasienter under 16 år

For pasienter under 16 år kommer ikke reglene om bruk av tvang til anvendelse. Behandling i det psykiske helsevernet av pasienter under 16 år er basert på foreldrenes samtykke, også om pasienten ikke gir samtykke. Dersom foreldrene gir samtykke, men barnet er over 12 år og ikke er enig i tiltaket, skal imidlertid spørsmålet om etablering av det tvungne vernet bringes inn for kontrollkommisjonen, se om dette punkt 7.8.2.

Psykisk helsevernlovens § 2-2 første, jf. tredje ledd representerer et unntak i foreldrenes samtykkerett. Det kan stilles som vilkår om at foreldrene samtykker til at pasienten kan bli tilbakeholdt etter reglene om tvungent psykisk helsevern i inntil tre uker fra etableringen av vernet.

Dersom foreldrene ikke vil gi samtykke til undersøkelse eller behandling er det tvangshjemlene i barnevernlovens regler som må benyttes om barnet skal gis helsehjelp utenfor de akutte situasjonene som omfattes av helsepersonellovens § 7. Barnevernloven § 4-10 gir hjemmel for at fylkesnemnda for sosiale saker kan treffe vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling i tilfeller hvor foreldrene ikke samtykker.

Etablering av tvungent psykisk helsevern for pasienter over 16 år

Hvorvidt tvangsbehandling av alvorlige spiseforstyrrelser kan gjøres i medhold av kriteriene for tvungent psykisk helsevern fremgår ikke verken av psykisk helsevernlovens ordlyd eller forarbeidene til den. Spørsmålet er heller ikke behandlet i Høyesteretts praksis, og rettstilstanden har derfor lenge vært uklar.

Grunnvilkåret – alvorlig sinnslidelse

Hovedvilkåret om ”alvorlig sinnslidelse” i § 3-3 er videreført fra den forrige lov om psykisk helsevern av 1961, og det er i forarbeidene til gjeldende lov forutsatt at begrepet skal forstås på samme måte som tidligere. Dette innebærer at Høyseteretts praksis både etter den forrige loven og etter gjeldende lov er relevant for tolkingen av begrepet. På bakgrunn av forarbeidene og Høyesteretts praksis omfatter grunnvilkåret som utgangspunkt klare og aktive psykoser, men også visse manifeste avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser. I tillegg innbefattes personer med kronisk psykosesykdom, også i symptomfrie perioder, når symptomfriheten skyldes antipsykotisk medikasjon, jf. Rt. 1993 s. 249.

Spørsmålet om alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser kan falle inn under lovens hovedvilkår har ikke vært forelagt Høyesterett. Den generelle definisjonen viser at det ved vurderingen av om hovedvilkåret er oppfylt ikke i seg selv vil være tilstrekkelig at en pasient har en alvorlig spiseforstyrrelse. Verken bulimi eller anoreksi er med andre ord vanligvis en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand. I enkelte tilfeller kan imidlertid pasientens kroppsoppfatning, selvbilde og/eller virkelighetsoppfatning være så fordreiet at vilkåret vil kunne være oppfylt, jf. IK 2714 fra Statens helsetilsyn. I disse tilfellene må det foretas en konkret helhetsvurdering av pasientens sykdomstilstand og hvilke utslag den gir seg. Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evner at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand. Tvungen tilbakeholdelse etter de aktuelle bestemmelser i psykisk helsevernloven vil derfor kun være aktuelt for en svært begrenset gruppe av pasienter med spiseforstyrrelser.

Tilleggsvilkårene

I tillegg til grunnvilkåret om ”alvorlig sinnslidelse” må ett av de såkalte tilleggsvilkår i psykisk helsevernlovens § 3-3 første ledd bokstav a eller b være oppfylt. Det såkalte behandlingsvilkåret i bokstav a stiller krav til at ansvarlig institusjon har et behandlingsopplegg å tilby som innebærer at pasienten uten å følge dette vil få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, jf. § 3-3 første ledd, bokstav a. Dersom vedkommende er så alvorlig syk at vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt vil antakelig også ofte kriteriet om fare for eget liv eller helse, jf. § 3-3 første ledd, bokstav b være oppfylt.

Vilkåret om at tvungent psykisk helsevern skal skje i godkjent institusjon

Etter psykisk helsevernloven § 3-1 er det et vilkår for institusjonsopphold under tvungent psykisk helsevern at det gis ved institusjon godkjent for dette formålet. Godkjenningsordningen har en rettssikkerhetsmessig begrunnelse. Institusjoner som skal benytte tvang i behandlingen må ha særskilt kompetanse og bemanning og egnede fysiske forhold i samsvar med de krav som er satt i *forskrift om*

godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern av 3. november 2000 §§ 3 og 4. I § 6 er det gitt dispensasjonsadgang for institusjoner som ikke fyller forskriftens krav dersom det foreligger ”særlige hensyn”.

Bruk av tvang i behandlingen - tvangsernæring

Selv om tvungent psykisk helsevern er etablert, dvs. at pasienten er tvangsinnlagt i institusjon, kan ikke tvangsbehandling gjennomføres uten at det treffes særskilt vedtak om dette etter psykisk helsevernlovens § 4-4. Det er et grunnleggende vilkår for tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven at det er tale om behandling av pasientens psykiske lidelse. Det har knyttet seg tvil til om tvangsernæring er å anse som behandling av den psykiske eller bare den fysiske tilstanden. Sosial- og helsedirektoratet har imidlertid under et pågående arbeide med reviderte retningslinjer på området foretatt en ny faglig vurdering av dette spørsmålet:

> ”Nye vurderinger viser imidlertid at det ikke kan oppstilles vanntette skott mellom en somatisk og en psykisk lidelse. En psykisk lidelse kan få somatiske konsekvenser, hvor en pasient ikke ønsker somatisk behandling på grunn av psykisk lidelse. Dette blir særlig tydelig i forhold til alvorlige spiseforstyrrelser. Som det nevnt i IS-2714 s. 49 viser forskning også at pasienter ved alvorlig undervekt har en redusert glukosemetabolisme i hjernen, noe som svekker vedkommendes kognitive funksjoner. En tilføring av næring (glucose) vil øke glucosemetabolismen i hjernen og dermed bedre hjernens funksjoner.
>
> På bakgrunn av dette kan næringstilførsel i forhold til denne pasientgruppen også anses som behandling av pasientens alvorlige sinnslidelse. Dette vilkåret er derfor ikke i utgangspunktet i veien for at bestemmelsen kan være et grunnlag for slik behandling.”

Før det kan treffes vedtak om tvangsbehandling må i tillegg følgende vilkår være tilstede:

- Frivillighet er forsøkt eller åpenbart formålsløst
- Behandlingen klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis
- Pasienten er tilstrekkelig undersøkt
- Behandlingen vil gi tilstrekkelig effekt
- Behandlingen må ikke innebære et ”alvorlig inngrep”

Det er særlig to forhold som bør vies oppmerksomhet når det gjelder tvangsbehandling av alvorlige spiseforstyrrelser i form av tvangsernæring. For det første vil det være et vilkår at det er tale om behandling som det er en betydelig grad av faglig samstemmighet om nytten og forsvarligheten av. For det andre er det et spørsmål om tvangsernæringen innebærer et ”alvorlig inngrep” overfor pasienten.

Det har vært et problem at behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser, herunder effekten av bruk av tvang, i liten grad har vært gjenstand for faglig konsensus. Sosial- og helsedirektoratet har iverksatt tiltak for å utvikle større grad av faglig samstemmighet og lik praksis gjennom bl.a. et faglig nettverk. På oppdrag fra departementet arbeides det også med å revidere gjeldende strategiplan mot spiseforstyrrelser.

Grensen mot hva som vil være et alvorlig inngrep overfor pasienten fastlegges etter en skjønnsmessig helhetsvurdering. I vurderingen skal hensyntas både subjektive og objektive elementer, dvs. både hvordan pasienten selv vil oppleve tvangsbruken ut fra egne forutsetninger, men også objektive momenter som inngrepets karakter, varighet, behovet for bruk av fysisk makt i gjennomføringen mv. Etter departementets vurdering vil imidlertid alvorlighetskriteriet (se siste kulepunkt ovenfor) komme inn og sette en grense også ved tvangsernæring som behandlingsform med mindre det nedfelles særskilte unntak i loven. Slik unntak er gitt i § 4-4 annet ledd når det gjelder legemidler.

Rettstilstanden i Sverige og Danmark

I *Danmark* er det gitt en særskilt hjemmel for tvangsernæring i Bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, § 7. Dersom vilkårene for tvungen tilbakeholdelse er til stede kan tvangsernæring benyttes for å redde pasientens liv eller unngå en alvorlig risiko for pasientens liv eller helbred.

I *Sverige* anser man også at alvorlige spiseforstyrrelser kan tilfredsstille grunnvilkåret om ”allvarlig psykisk störning”. Det finnes derimot ingen særskilt hjemmel for tvangsernæring, og slik behandling baseres derfor på nødrett.

7.10.1.3 Problemstillingene

Det har vært etterlyst et klarere grunnlag for bruk av tvang i behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser, bl.a. av Statens helsetilsyn i tilsynsmeldingen for 2002, s. 31:

> ”Helsetilsynet ønsker et klarere lovverk på området, som også sikrer pasientenes mulighet til å påklage tvangsvedtak på en bedre måte.”

Spørsmålet er om det bør gjøres endringer i psykisk helsevernloven som presiserer og eventuelt åpner for tvangsernæring overfor personer med alvorlige spiseforstyrrelser i noe større grad enn det som følger av dagens rettstilstand.

Fremstillingen ovenfor viser at det er to problemstillinger som skiller seg ut når det gjelder spørsmålet om lovendringer. Det er for det første spørsmålet om klargjøring av lovgrunnlaget for tvangsernæring, ettersom et slikt tiltak etter gjeldende rett kan bli ansett som et ”alvorlig inngrep” og dermed ulovlig å foreta.

Det andre spørsmålet gjelder det institusjonelle kravet i dagens § 3-1, første ledd om at behandlingen skal foregå ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for bruk av tvang. Det kan f.eks. oppstå behov for at pasienten har midlertidig opphold i medisinsk avdeling av hensyn til forsvarlig overvåkning eller behandling, ettersom den fysiske helsetilstanden til disse pasientene i de fleste tilfeller vil være svært dårlig. Rettstilstanden er på dette punkt uklar.

7.10.1.4 Departementets vurdering

Lovgrunnlaget for tvangsernæring

Det er utilfredsstillende å måtte gjøre flere kortvarige behandlingsintervensjoner med hjemmel i nødrettsbetraktninger etter helsepersonellovens § 7. Dette vil ofte resultere i at pasientens tilstand gradvis blir redusert, og vil gjøre faren for død

eller betydelig skade større for hver gang pasienten på nytt befinner seg i en kritisk tilstand. På denne bakgrunn er det av avgjørende betydning om det finnes tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag for å iverksette et mer langsiktig behandlingsopplegg med bruk av tvang i de få tilfeller hvor dette er nødvendig.

Grunnvilkåret for all bruk av tvang etter psykisk helsevernloven er alvorlig sinnslidelse, jf. § 3-3 første ledd. Det strenge kravet til en kvalifisert psykisk lidelse som innbefatter de klare, aktive psykoser samt visse manifeste avvikstilstander, er en grunnleggende etisk og juridisk forutsetning for at psykisk syke menneskers samtykkekompetanse skal kunne settes til side i behandlingsøyemed. Departementet vil ikke foreslå endringer i dette vilkåret. Dette innebærer at det fortsatt må foretas en streng, skjønnsmessig vurdering av pasientens tilstand for å avgjøre om lidelsen er av en slik karakter at den må sies å være en alvorlig sinnslidelse.

Dersom grunnvilkåret og ett av tilleggsvilkårene vurderes innfridd kan det etableres tvungent psykisk helsevern overfor pasienten. Det neste spørsmål blir da hvor grensene går for tvangsbehandling. Etter departementets vurdering gir ikke dagens rettstilstand en tilfredsstillende regulering av grunnlaget for tvangsbehandling. Vurderingen av hvor grensen går for vedtak om tvangsbehandling er for skjønnsmessig og er egnet til å skape tvil og usikkerhet både hos pasient, pårørende og behandlingspersonellet.

I følge Sosial- og helsedirektoratet er det fortsatt stort sprik mellom fagmiljøene med hensyn til behandlingsmetoder for alvorlige spiseforstyrrelser. Dette taler i utgangspunktet mot å åpne den rettslige adgangen til å anvende tvang. Likevel synes det å være bred faglig enighet om at det er behov for tvangshjemler i en del av de alvorligste tilfellene for å sikre nødvendig næring forut for at pasientens tilstand blir så alvorlig tilstand at det oppstår en øyeblikkelig- hjelp situasjon, jf. helsepersonelloven § 7.

Etter departementets syn bør man som hovedregel være varsom med å utforme for detaljerte lovregler, for eksempel for pasienter med en bestemt diagnose. Likevel har departementet kommet til spørsmålet om bruk av tvang i behandlingen av alvorlige spiseforstyrrelser er så særegent at det er vanskelig å løse uten en særskilt regulering rettet inn mot denne pasientgruppen. Hensynet til at pasientene får nødvendig behandling, om nødvendig også ernæring ved bruk av tvang synes det å være bred faglig enighet om. Ved en klar lovhjemling forhindres usikkerhet hos behandlingsapparatet, og pasienten gis den rettssikkerhet som saksbehandlingsreglene i psykisk helsevernloven tilbyr. På denne bakgrunn foreslår departementet et særskilt unntak for forbudet mot alvorlige inngrep i § 4-4 annet ledd bokstav b. Departementet finner at i de tilfellene hvor tvangsernæring fremstår som det mest forsvarlige behandlingsalternativ i forbindelse med et helhetlig behandlingsopplegg vil hensynene være tilstrekkelig sterke til å begrunne et slikt unntak.

Unntak fra kravet til opphold i godkjent institusjon

Det er et vilkår for tvungent psykisk helsevern at det skjer ved en institusjon som er godkjent for dette formål, jf psykisk helsevernloven § 3-1 første ledd. Lovens krav i § 3-1er tilsynelatende absolutt, og kravet har en rettssikkerhetsmessig begrunnelse.

Ved behandling av alvorlige spiseforstyrrelser oppstår imidlertid fra tid til annen spørsmålet om det også kan brukes tvang i behandlingen av en pasient som har opphold i en institusjon som ikke er godkjent for bruk av tvang. Det er ganske særegent for denne pasientgruppen at deres fysiske helsetilstand tilsier at opphold ved ikke- godkjent institusjon kan være nødvendig av hensyn til forsvarlig undersøkelse, behandling eller overvåkning. Dette var antakelig en problemstilling man ikke forutså i forbindelse med forrige lovrevisjon, og det rettslige grunnlaget for et eventuelt unntak fra dette vilkåret er derfor usikkert. Etter departementets vurdering bør det derfor foretas en lovendring som åpner for et snevert unntak fra godkjenningsordningen.

På denne bakgrunn foreslår departementet at det tas inn et unntak i ny § 3-3 annet ledd fra kravet til at tvungent psykisk helsevern skal gis ved opphold i institusjon godkjent for døgnopphold dersom midlertidig opphold i annen institusjon er nødvendig av hensyn til faglig forsvarlig helsehjelp. I slike tilfeller skal ansvarlig institusjon likevel ha et overordnet ansvar for det tvungne psykiske helsevernet for pasienten.

7.10.2 Endringer i reglene om skjerming

7.10.2.1 Gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 4-3 kan pasient som lider av sterk uro eller som har utagerende adferd holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Dersom tiltaket opprettholdes utover 48 timer skal det treffes vedtak. Dersom det ikke er truffet nytt vedtak etter tre uker bortfaller vedtaket.

7.10.2.2 Problemstillinger

Det er stor variasjon i hvor inngripende skjermingstiltak er, både objektivt, og i forhold til pasientens subjektive opplevelse. I enkelte tilfeller vil skjerming kunne være et så inngripende tiltak at departementet finner grunn til å reise spørsmål ved om fristen på 48 timer før det skal treffes vedtak er for lang.

Departementet vil også reise spørsmål ved om kriteriene for bruk av skjerming er hensiktsmessige. I spørreskjemadataene fra evalueringen av kontrollkommisjonene er det bemerket at skjerming også er aktuelt overfor pasienter hvor vilkårene ikke passer, for eksempel pasienter som anses som suicidale, men ikke nødvendigvis kan sies å falle innenfor kriteriene i lovens ordlyd.

7.10.2.3 Departementets vurdering og forslag

Lovfestingen av bestemmelsen om skjerming vakte betydelig motstand fra enkelte fagmiljøer da den ble innført i gjeldende psykisk helsevern. En del av kritikken mot bestemmelsen var at den ville medføre en forskyvning av ressurser fra klinisk arbeid til utarbeidelse av vedtak.

Ressurshensynet gjør seg fortsatt gjeldende. Likevel må dette veies opp mot hensynet til pasientens rettssikkerhet. Det ligger et element av tvang i tiltaket, selv om det ikke er regnet som et tvangsmiddel. I de mest inngripende tilfellene kan skjerming være tilnærmet like inngripende som isolasjon, bortsett fra at det ved

skjerming ikke vil være anledning til å ha låst dør mellom pasienten og helsepersonellet. Pasienter under frivillig psykisk helsevern skal ikke kunne tilbakeholdes, og skjermingstiltak overfor disse må derfor praktiseres slik at det ikke innebærer utgangshindring. Likevel vil også pasienter under frivillig psykisk helsevern kunne oppleve skjerming som inngripende.

Skjerming og isolasjon har ulikt formål, men i enkelte tilfeller vil det f.eks. kunne være vanskelig å skille mellom hva som er skadeavvergende formål i akuttsituasjoner, hvor tvangsmidler etter § 4-8 skal benyttes, og hva som er behov for skjerming av hensyn til medpasienter.

Etter departementets vurdering tilsier hensynet til pasientens rettssikkerhet at så inngripende tiltak som skjerming kan være, ikke bør kunne gjennomføres så lenge som 48 timer før det treffes vedtak. Dersom det stilles krav til vedtaksfesting vil ulovlig bruk lettere kunne identifiseres. Pasienten vil i mange tilfelle kunne oppleve skjerming over et kortere tidsrom som inngripende. Etter departementets vurdering bør det på denne bakgrunn stilles krav til vedtaksfesting når skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Det foreslås også at fristen for å treffe nytt vedtak senkes fra tre til to uker.

Departementet reiser også spørsmål ved hvorvidt kriteriene for bruk av skjerming er hensiktsmessige, men har ikke foreslått lovendring på dette punktet. Det bes om innspill fra høringsinstansene på om kriteriene ivaretar hensynene bak bestemmelsen.

7.10.3 Regulering av urinprøvetaking

7.10.3.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Det finnes i dag ingen lov- eller forskriftshjemmel etter psykisk helsevernloven for urinprøvetaking av pasienter i det psykiske helsevernet. Slik hjemmel finnes derimot etter reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 vedrørende rusmiddelmisbrukere og for institusjoner hvor barn plasseres etter barnevernloven §§ 4-24 og 4-26.

Det følger av *forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.* av 4. desember 1992 § 5-8 at rusmiddelmisbrukeren kan samtykke til urinprøvetaking. Uavhengig av vedkommendes samtykke kan fylkesnemnda for sosiale saker i forbindelse med tvangsvedtak etter kapittel 6 vedta at urinprøvetaking skal gjennomføres under institusjonsoppholdet, jf. §§ 6-2, annet ledd, 6-2a, første ledd. Etter § 6-3, fjerde ledd kan det stilles som vilkår overfor rusmiddelmisbrukeren før oppholdet tar til at det samtykkes til urinprøvetaking under oppholdet. Etter *forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon* av 12. desember 2002 § 24 er reglene forholdsvis tilsvarende, likevel slik at det etter denne bestemmelsen også kan gis samtykke til urinprøvetaking mens oppholdet pågår.

Som redegjort for i punkt 7.3 forekommer det i en del tilfeller at personer innlegges i institusjon i det psykiske helsevernet på grunnlag av tvangsvedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 6. I disse tilfellene kan det utføres urinprøvetaking i samsvar med det som følger av fylkesnemndsvedtaket. Det vil imidlertid også finnes en del pasienter som er innlagt etter psykisk helsevernloven, men som i tillegg har et rusmiddelmisbruk.

Overfor pasienter innlagt etter psykisk helsevernloven er det derfor ikke hjemmel for å kreve urinprøve under opphold i institusjon. Et slikt tiltak er så inngripende overfor den det gjelder at det heller ikke er anledning til å nedfelle en adgang til dette i husordensreglene ved institusjonen eller basere en slik ordning på pasientens samtykke uten særskilt hjemmel.

7.10.3.2 Problemstilling

Spørsmålet er om det skal lovfestes en adgang til å kreve avlagt urinprøve av pasienter i det psykiske helsevernet. Lovfesting vil innebære at det stilles vilkår til i hvilke tilfeller urinprøve kan kreves, og at det gis klageadgang på vedtaket.

7.10.3.3 Departementets vurdering og forslag

Det var et viktig prinsipp bak vedtakelsen av gjeldende psykisk helsevernlov at bruk av tvang og restriktive tiltak skulle begrenses og kontrolleres gjennom lovfesting. Dette var bakgrunnen for regulering av bl.a. skjerming i § 4-3.

Urinprøvetaking som ledd i kontroll av om pasienten misbruker rusmidler er et tiltak som det må antas å være et behov for ved enkelte institusjoner i det psykiske helsevernet. Behovet er antakelig større etter Rusreformen, som innebærer at tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere er et ansvar for spesialisthelsetjenesten. Dette har resultert i større grad av samlokalisering mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere og psykisk helsevern. Når forholdet er uregulert er risikoen større for at det likevel brukes, for eksempel som en del av husordensreglene, og uten at det er gjenstand for klageadgang og kontroll på samme måte som om det hadde vært stilt lovfestede krav.

På denne bakgrunn mener departementet det er behov for lovfesting som gir institusjonen adgang til å kreve urinprøvetaking. I tråd med hva som gjelder overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven foreslås det at det må bestemmes i forbindelse med inntak i institusjon, enten i form av samtykke eller i forbindelse med tvangsvedtak, at det skal kunne avlegges urinprøve. I begge tilfeller er det et vilkår at det faktisk foreligger mistanke om rusmiddelmisbruk, og forslaget åpner derfor ikke for at det rutinemessig kan bes om samtykke til urinprøvetaking. Det foreslås at de nærmere prosedyrer reguleres i forskrift.

7.10.4 Forbudet mot bruk av isolering og mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år – særlig om fastholding

7.10.4.1 Bakgrunn og gjeldende rett

Etter psykisk helsevernloven § 4-8 kan ikke mekaniske tvangsmidler og isolering brukes på barn og unge under 16 år. Det er med andre ord bare korttidsvirkende beroligende legemidler som kan brukes overfor denne gruppen. Bakgrunnen for dette forbudet var faglige anbefalinger fra Statens helsetilsyn, se Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 8.8.4.6.

I følge Sosial- og helsedirektoratet har forbudet ført til at fastholding synes å være hyppigere benyttet i barne- og ungdomspsykiatrien enn i voksenpsykiatrien. Fastholding er ikke regnet som så inngripende at det er regulert som tvangsmiddel

etter gjeldende rett. I følge Sosial- og helsedirektoratet kan imidlertid fastholding oppleves vel så inngripende som mekaniske tvangsmidler f.eks. av barn som har vært utsatt for fysiske overgrep. Tvangsmiddelforbudet kan derfor føre til at barn og ungdom i enkelte situasjoner blir utsatt for mer inngripende tiltak enn det lovgiver har forutsatt.

Etter *forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon* av 12. desember 2002, § 13 er bruk av kortvarig fastholding i barnevernet tillatt når dette er åpenbart nødvendig som ledd i institusjonens omsorgsansvar.

7.10.4.2 Problemstilling

Etter departementets syn er det grunn til å reise spørsmål ved om forbudet mot mekaniske tvangsmidler overfor barn og unge under 16 år bør opprettholdes. Det er også grunn til lå reise spørsmål ved om fastholding bør lovreguleres.

7.10.4.3 Departementets vurdering – ønske om innspill

Tvangsmidler kan bare benyttes i akuttsituasjoner, og i tråd med grunnleggende prinsipper for bruk av tvang. Det vil si at det minst inngripende tvangsmiddel skal brukes, og det er bare anledning til å anvende det i den utstrekning det er uomgjengelig nødvendig for å avverge skade. Blant annet har det såkalte Gjennombruddsprosjektet om bruk av tvang i regi av Den norske lægeforening har vist at bruken av tvangsmidler kan reduseres betydelig gjennom bl.a. målrettet holdningsskapende arbeid.

Forbudet mot mekaniske tvangsmidler var nytt med gjeldende lov, og ble tatt inn etter anbefaling fra Statens helsetilsyn i forbindelse med høringsrunden. Også departementet vurderte det slik at de aktuelle tvangsmidler var unødvendige i de fleste institusjoner for barn og unge, og at et forbud derfor kunne la seg gjennomføre.

På bakgrunn av innspill som har kommet bl.a. fra Sosial- og helsedirektoratet er departementet i tvil om hvorvidt forbudet bør opprettholdes. Det er svært uheldig, og ikke i tråd med intensjonene bak forbudet dersom det medfører at det blir benyttet tiltak som oppleves som et større inngrep for den det gjelder enn om det hadde vært benyttet mekaniske tvangsmidler.

Departementet har ikke foreslått lovendringer i høringsnotatet, men har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å kartlegge nærmere det faktiske behovet for bruk av mekaniske tvangsmidler overfor barn under 16 år. På denne bakgrunn vil det bli vurdert å oppheve forbudet. Det bes også særskilt om synspunkter fra høringsinstansene på dette spørsmålet.

Når det gjelder spørsmålet om fastholding bør lovreguleres henger dette sammen med spørsmålet om forbudet mot mekaniske tvangsmidler. Dersom fastholding skal benyttes som skadeavvergende tiltak, vil dette kunne fremstå som så inngripende, både subjektivt og objektivt, at det er grunn til å lovregulere dette. Departementet ser imidlertid behov for innspill fra høringsintansene også vedrørende praksis rundt fastholding og behovet for et slikt tiltak, både i barne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien.

7.10.5 Spørsmål om endring i definisjonen av isolering

7.10.5.1 Gjeldende rett og problemstilling

Det følger av § 4-8 i psykisk helsevernloven at isolering innebærer kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale tilstede. Det følger av *forskrift om bruk av tvangsmidler* av 24. november 2000 § 7 at isolering bare skal brukes så kortvarig som mulig, maksimalt i inntil to timer om gangen.

Statistikken som er gjengitt i punkt 5.4.4.3 kan tyde på at praksis har gått over fra å bruke isolering til å bruke skjerming, også for å håndtere akutte nødsituasjoner. Som nevnt er skjerming i forarbeidene forutsatt å ha et annet formål enn isolering, og regnes ikke som et tvangsmiddel.

Som nevnt i punkt 7.3.3 og 7.4.4 er isolering definert annerledes etter forskriftene til sosialtjenesteloven og barnevernloven enn etter psykisk helsevernloven. Etter disse forskriftsbestemmelsene er det ikke anledning til å ha låst dør mellom personale og pasient ved isolering. Dette er det adgang til etter psykisk helsevernloven § 4-8 annet ledd bokstav b.

Det kan synes som at det hersker en oppfatning av at dersom pasienten i forbindelse med en akutt nødsituasjon holdes helt adskilt fra medpasienter, men uten låst dør til personale, er dette å anse som skjerming, og ikke isolering. I en slik situasjon vil imidlertid elementet av tvang som regel være større enn det som gjelder ved skjerming i lovens forstand. For eksempel kan ikke skjerming av frivillig innlagte pasienter praktiseres slik at det innebærer en hindring for pasientene til å forlate institusjonen. I forbindelse med en akutt nødsituasjon vil man derimot kunne treffe vedtak om at også en frivillig innlagt pasient kortvarig kan holdes innelåst, uten mulighet til å forlate institusjonen der og da. Fordi dette er mer inngripende enn skjerming er det viktig at de rettssikkerhetsgarantier som følger av § 4-8 legges til grunn i tilfeller av isolering i forbindelse med akutte nødsituasjoner. Spørsmålet er på denne bakgrunn om det bør foretas endringer i definisjonen av isolasjon i § 4-8 bokstav b.

7.10.5.2 Departementets vurdering

Etter departementets vurdering er det flere forhold som taler for at definisjonen av isolering bør endres. Bakgrunnen for at adgangen til skjerming er videre enn for isolering, og at det ikke stilles de samme krav til vedtaksfesting er både at isolering kan være mer inngripende, men også at skjerming skal ha et behandlingsmessig formål. Det er uheldig at begrepet skjerming blir benyttet på tiltak som i realiteten er isolasjon. Slik lovbestemmelsen lyder i dag kan den imidlertid forstås slik at det bare er de tilfellene hvor pasienten er bak låst dør som defineres som isolasjon.

Dersom definisjonen skal endres foreligger det etter departementets vurdering to alternativer. Det første alternativet er å klargjøre at det også er tale om isolering dersom pasienten i forbindelse med en akutt nødsituasjon blir holdt atskilt fra medpasienter, selv om personalet er til stedet sammen med pasienten. Det andre alternativet er å harmonisere bestemmelsen med forskriftene etter barnevernloven og sosialtjenesteloven, slik at det ikke skal være anledning til å ha avlåst dør mellom pasient og personale. Departementet mener at harmonisering her er et viktig hensyn, men det forutsetter imidlertid at en slik endring forsvarlig lar seg

gjennomføre. Dersom det forekommer situasjoner hvor det er uomgjengelig nødvendig å låse inne pasienten er dette så inngripende at det ikke bør være uregulert. Departementet ser behov for innspill fra høringsinstansene på disse to alternativer før det eventuelt utformes forslag til endret definisjon i § 4-8 første ledd bokstav b.

7.10.6 Overføring mellom institusjoner for pasienter under tvungent psykisk helsevern

7.10.6.1 Innledning og gjeldende rett

Etter § 4-10 er pasient under tvungent psykisk helsevern gitt rett til å klage på vedtak om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av en annen institusjon enn den etableringsvedtaket gjelder. Tilsvarende bestemmelse er gitt i § 5-4 for personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern. En slik klagerett var ny med gjeldende psykisk helsevernlov. Bestemmelsene var foranlediget av den såkalte særreaksjonsreformen. Justisdepartementet presenterte særreaksjonsordningen i Ot. prp. nr. 87 (1993-94) Om lov om endringer i straffeloven m.v (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner). Justisdepartementet uttalte i denne proposisjonen blant annet:

> ”Overføring til og fra døgnopphold i institusjon eller til døgnopphold i annen institusjon er særlig inngripende avgjørelser både for den domfelte og for samfunnet. Slike beslutninger må derfor betraktes som enkeltvedtak. Dette harmonerer også best med det som gjelder for andre pasienters klageadgang, jf. lov om psykisk helsevern § 5 fjerde ledd.”

I Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 8.10 la Sosial- og helsedepartementet til grunn at både pasienter som var innlagt etter dom og andre pasienter under tvungent psykisk helsevern skulle ha klagerett på vedtak om overføring. Departementet uttalte i den forbindelse:

> ”Sosial- og helsedepartementet er enig med Lovutvalget i at spørsmålet om overføringer er svært grunnleggende for personer under tvungent psykisk helsevern. Selv om de i motsetning til domfelte også har mulighet for å få prøvet vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern, har de en selvstendig interesse i å kunne få overføringer prøvet.”

Forarbeidene går ikke nærmere inn på hva som er kriteriene for kontrollkommisjonens overprøving av vedtak om overføring. Departementet har fått flere innspill på at bestemmelsen er vanskelig å praktisere. Dette går bl.a. frem av spørreskjemadataene fra evalueringen av kontrollkommisjonene, se punkt 5.6. Det fremgår der at kravet til at vedtaket ikke skal iverksettes før klagefristen er ute, eller en eventuell klagesak er behandlet, skaper problemer. Det innebærer store vanskeligheter for institusjonenes planlegging. Dersom institusjonene skal avvente iverksettelse til en klagesak er behandlet kan en institusjonsplass bli stående tom i uker. Ofte innebærer dette at pasienten mister en plass som ansvarlig institusjon mener ville være et langt bedre tilbud for pasienten.

7.10.6.2 Problemstilling

Spørsmålet er om det kan foretas lovendringer som både ivaretar hensynet til pasientens rettssikkerhet og som er enklere å praktisere enn § 4-10 i gjeldende psykisk helsevernlov.

7.10.6.3 Departementets vurdering og forslag

Spørsmålet om overprøving av overføringsvedtak er først og fremst et spørsmål om i hvilken grad pasientens ønsker og behov skal tas i betraktning i forbindelse med en overføring. Det er ikke i samme grad et spørsmål om pasientens rettssikkerhet som når det gjelder personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern, jf. straffeloven § 39. Sistnevnte personer har ikke adgang til å fremme klage for kontrollkommisjonen for å få prøvet vilkårene for det tvungne psykiske helsevernet. Pasienter som er innlagt etter psykisk helsevernloven kapittel 3 har derimot en slik adgang. Ett av de vilkår som skal prøves er om institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende person tilfredsstillende behandling og omsorg.

På denne bakgrunn mener departementet det er grunnlag for å foreslå endringer i § 4-10 slik at bestemmelsen blir enklere å praktisere og ikke får de uheldige konsekvenser den har vist seg å få i praksis. Departementet foreslår at spørsmålet om overføring reguleres i to bestemmelser – overføring etter søknad i § 4-10 og annen overføring i § 4-11. Forslaget til § 4-11 er i stor grad en videreføring av någjeldende § 4-10, men det er foreslått lagt en myndighet til kontrollkommisjonens leder til å beslutte at vedtaket likevel ikke skal ha oppsettende virkning dersom vedkommende finner at særlige grunner taler for overføring uten opphold. Slik kan man unngå en del av de tilfeller man har sett etter gjeldende lov hvor pasienter mister en institusjonsplass som ville innebære det beste behandlingsalternativet for pasienten.

7.11 Forslag til endringer i kapittel 6 – Kontrollkommisjonenes overprøvingskompetanse

7.11.1 Innledning og gjeldende rett

Det følger av psykisk helsevernloven § 6-4 femte ledd at kontrollkommisjonen skal prøve ”alle sider av saken”. Dette innebærer at kontrollkommisjonen både skal prøve lovanvendelsen og skjønnsutøvelsen ut fra forholdene på prøvingstidspunktet. Når det gjelder de materielle vilkårene for tvungent psykisk helsevern er det avgjørende hvorvidt disse er innfridd når kontrollkommisjonen prøver saken. Dersom vilkårene ikke er innfridd skal det tvungne psykiske helsevernet opphøre gjennom kontrollkommisjonens vedtak.

”Alle sider av saken” er samme formulering som benyttes i forvaltningsloven § 34 annet ledd og tvistemålsloven § 482. Også i de saker som behandles direkte etter disse lovbestemmelsene har overprøvingsorganet full overprøvingskompetanse som beskrevet ovenfor.

Likevel er det ett spørsmål som har vært beheftet med usikkerhet for kontrollkommisjonenes vedkommende; hva blir konsekvensen for vedtaket når det

er påvist saksbehandlingsfeil i etableringen av det tvungne vernet forut for prøvingen, men de materielle vilkårene for tvungent psykisk helsevern likevel er tilstede?

Spørsmålet om hva som skal være konsekvensen av saksbehandlingsfeil når domstolene prøver saken har kommet på spissen for Høyesterett i to dommer, gjengitt i Rt. 1998 s. 937 og Rt. 2002 s. 1646. I sistnevnte dom uttaler Høyesterett følgende:

> Jeg mener at dette kan være et hensiktsmessig utgangspunkt for vurderingen, og legger til grunn at det man i første rekke har siktet til er vedtak som lider av så grove kompetansemangler at de i realiteten må betraktes som en nullitet. I slike tilfeller vil normalt ikke domstolene ha det nødvendige grunnlag for å foreta den realitetsvurdering tvistemålsloven § 482 pålegger.

Premissene i Høyesteretts dommer knytter seg imidlertid til tolkingen av rettens kompetanse etter kapittel 33 i tvistemålsloven, og ikke til kontrollkommisjonenes kompetanse etter psykisk helsevernloven § 6-4.

Ved ordinære forvaltningsorganers klagesaksbehandling er det gitt en særskilt bestemmelse om konsekvensen av saksbehandlingsfeil i forvaltningsloven § 41. Bestemmelsen gjelder direkte bare for brudd på de saksbehandlingsregler som er nedfelt i forvaltningsloven. I følge denne bestemmelsen er vedtaket gyldig når det er grunn til å regne med at feilen ikke kan ha virket bestemmende på vedtakets innhold. Det åpnes med andre ord for at vedtaket kan bli ugyldig dersom feilen faktisk har fått betydning for vedtakets innhold. Dette vil kunne være vanskelig å avgjøre, men det stilles ikke noe krav til sannsynlighetsovervekt.

Når det gjelder kontrollkommisjonenes overprøvingskompetanse er det i Ot. prp. nr. 11 (1998-99) punkt 7.6.4 uttalt:

> Er ikke den riktige framgangsmåten fulgt kan vedtaket måtte anses som ugyldig. Dette gjelder særlig ved grove saksbehandlingsfeil som at det mangler erklæring fra legeundersøkelse eller begjæring om tvungent psykisk helsevern. Konsekvensen av dette må være at pasienten blir utskrevet fra tvungent psykisk helsevern.

Dette tilsier at det er en noe lavere skranke for at kontrollkommisjonene kan komme til at innleggelsesvedtaket er ugyldig enn når domstolene prøver saken etter tvistemålsloven § 33. Etter departementets vurdering følger dette allerede av gjeldende rett. Likevel er det grunn til å vurdere en presisering i loven som synliggjør denne forskjellen i kompetanse mellom kontrollkommisjonene og domstolene.

7.11.2 Departementets vurdering og forslag

Det generelle hensyn som taler mot at saksbehandlingsfeil skal føre til utskrivning er at dette kan ses som ytterligere en forsømmelse overfor pasienten. Dersom vedkommende fyller de strenge materielle vilkårene for tvungent psykisk helsevern vil en utskrivning kunne få svært uheldige konsekvenser for pasienten. Dette er et vektig mothensyn som tilsier at det bare bør være de mer alvorlige saksbehandlingsfeil som skal kunne lede til utskrivning.

Etter departementets vurdering er det likevel flere argumenter som taler for at kontrollkommisjonene i noe større grad enn domstolene skal kunne la alvorligere saksbehandlingsfeil få konsekvenser for gyldigheten av det aktuelle vedtaket. Hensynet til kontrollkommisjonenes tillit som uavhengig overprøvingsorgan tilsier at de ikke bør ”reparere” enhver prosessuell feil begått i forbindelse med etableringen av det tvungne vernet. Kontrollkommisjonenes organisering og funksjon nær institusjonen innebærer en risiko for at de utenfra kan anses å være for å være en del av institusjonen og ”tvangsapparatet”, og at de derfor kan ha sammenfallende interesser.

Kontrollkommisjonenes prøving er den første domstollignende prøving som skjer etter at faglig ansvarlig har truffet etableringsvedtaket. Dette tilsier at kontrollkommisjonene bør være nøye med å føre kontroll med at saksbehandlingen er korrekt. At brudd på saksbehandlingsregler i enkelte tilfeller kan innebære at pasienten blir skrevet ut må antas å være et virkemiddel som bidrar til etterlevelse av regelverket.

Kontrollkommisjonenes prøving vil alltid treffes på et tidligere punkt i forløpet av det tvungne vernet enn domstolenes prøving. Etter departementets vurdering er det større grunn til å reagere mot saksbehandlingsfeilene som er begått for kort tid siden, enn i de tilfeller hvor vedkommende person over lengre tid er holdt under tvungent vern til tross for at det på et tidligere stadium i prosessen er gjort saksbehandlingsfeil.

På denne bakgrunn mener departementet det er grunn til å presisere kontrollkommisjonenes overprøvingskompetanse i loven § 6-4 gjennom å la forvaltningsloven § 41 få anvendelse også for de særskilte saksbehandlingsregler som følger av psykisk helsevernloven.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

Lovendringsforslagene er i hovedsak av lovteknisk art som ikke innebærer økonomiske eller administrative konsekvenser.

Det foreslås større grad av vedtaksfesting med hensyn til skjerming. Dette vil innebære noe merarbeid for institusjonene. På den annen side er det foreslått forenklinger som kan antas å frigjøre noe tid, bl.a. forslag til å oppheve det absolutte krav om tutorbegjæring. Forslagene som fremmes i høringsnotatet antas samlet sett ikke å innebære økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Forslag til endringer i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Endringsforslag er merket med kursiv. Av hensyn til oversikten er det gitt merknader i tilknytning til de enkelte bestemmelser.

I

Ny § 1-1a skal lyde:

§ 1-1a *Virkeområde*

Bestemmelsene i loven her gjelder for behandling under ansvar av institusjon i det psykiske helsevernet. Hvor opphold i medhold av sosialtjenesteloven og barnevernloven gjennomføres under ansvar av institusjon i det psykiske helsevernet gjelder bestemmelsene i kapittel 4 i loven her med unntak av §§ 4-4 og 4-9.

Merknad:

Formålet med bestemmelsen er å fastslå at gjennomføring av opphold i institusjon i det psykiske helsevernet skal følge gjennomføringsreglene i kapittel 4, også i de tilfeller hvor gjennomføringen skjer etter vedtak truffet med hjemmel i barnevernloven og psykisk helsevernloven, se høringsnotatet punktene 7.3.5 og 7.4.6. Ettersom det ikke skal kunne treffes vedtak om tvangsbehandling overfor disse pasientene er det gjort unntak fra fra § 4-4. Det er også gjort unntak fra § 4-9 om kontrollundersøkelser, ettersom det ikke er vilkårene i psykisk helsevernloven som er grunnlaget for tvangsplassering etter barnevernloven og sosialtjenesteloven.

§ 1-2 annet ledd skal lyde:

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at *samtykke foreligger etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4*.

Merknad:

Den foreslåtte lovendring innebærer en presisering av at det kan etableres psykisk helsevern overfor en person under 16 år på grunnlag av samtykke fra den eller de med foreldreansvaret, evt. barnevernet dersom det har skjedd en omsorgsovertakelse. Forslaget i bestemmelsen her innebærer ingen endring av gjeldende rett.

§ 1-3 første, annet og tredje ledd oppheves.

§ 1-3 skal lyde:

§ 1-3 *Offentlig myndighet*

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

Kongen kan gi *utfyllende bestemmelser i forskrift.*

Merknad:

Reguleringen av hvem som er pårørende er tatt ut av bestemmelsen, og foreslås regulert av pasientrettighetsloven. Se drøfting i høringsnotatet punkt 7.2.7.

§ 1-4. *Den faglig ansvarlige for vedtak*

Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, er vedkommende *spesialist i psykiatri eller klinisk psykolog med praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift.*

Kongen kan gi forskrifter om hvem som er den faglig ansvarlige etter første ledd og om delegasjon av dennes *myndighet.*

Merknad:

Bestemmelsen er ikke ment å endre gjeldende rett, men bringe lovens ordlyd i samsvar med slik lov og forskrift er tolket i gjeldende rett. Bestemmelsen stiller et kompetansekrav til den som skal være faglig ansvarlig for vedtak i det psykiske helsevernet. Bestemmelsen innebærer ikke en regulering av ledelsesforhold i institusjoner. Helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet får også betydning for ivaretakelsen av vedtakskompetansen på system og individnivå.

Se for øvrig høringsnotatet punkt 7.7.2.

§ 1-5 skal lyde:

§ 1-5 *Forholdet til lov om pasientrettigheter*

Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern *gjelder pasientrettighetsloven.*

Merknad:

Forbeholdet om at pasientrettighetsloven gjelder ”så langt det passer” er fjernet fra bestemmelsen. Rettslig sett er det ikke nødvendig å ha en egen henvisning til pasientrettighetsloven, men det foreslås likevel av pedagogiske årsaker. Dette er også i samsvar med henvisningen til forvaltningsloven i psykisk helsevernloven § 1-6.

Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser

§ 2-1 oppheves.

Ny § 2-1 skal lyde:

§ 2-1 *Hovedregelen om samtykke*

Psykisk helsevern kan bare ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her.

Har barnet fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen.

Merknad:

Første ledd skal markere den klare hovedregel om samtykke som grunnlag for undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet.

Annet ledd viderefører den adgang barn mellom 12 og 16 år har til å få prøvet spørsmålet om etablering av tvunget psykisk helsevern. I disse tilfellene er det ikke tale om etablering av tvungent psykisk helsevern, og det er derfor ikke en prøving av lovens vilkår for bruk av tvang som er gjenstand for overprøving. I disse sakene vil det være naturlig at kontrollkommisjonen tar stilling til om pasientens nektelse bør respekteres ut fra en helhetsvurdering av pasientens tilstand og alder, pasientens grunner for å nekte, samt behandlingens planlagte varighet og intensitet. I vurderingen vil det videre være naturlig å se hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern.

§ 2-2 annet ledd oppheves.

§ 2-2 skal lyde:

§ 2-2 *Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i §3-3*

Person som søker psykisk *helsevern kan*, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene etter *§ 3-3* i inntil tre uker fra etableringen av vernet. Samtykket innebærer ikke samtykke til anvendelse av § 4-4 eller §4-5 annet *ledd.*

For barn under 16 år kreves slikt samtykke *etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven § 4-4.*

Grunnen til begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige. Gjelder det psykisk utviklingshemmede eller senil demente, undertegner den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne. Gjelder det barn under 16 år, undertegner den faglig ansvarlige og den eller de *som samtykker på vegne av barnet*.

Den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, kan bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, den nærmeste eller den som handler på pasientens vegne. Gjelder beslutningen barn som har fylt 12 år, og barnet selv ikke er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen.

Merknad:

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett, men med enkelte justeringer som følge av endringer i andre bestemmelser, særlig § 1-5.

§ 2-3 *Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern* blir ny § 3-2

Nytt kapittel 3.

Kapittel 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

Merknad til kapittel 3

Det er foreslått å oppheve kapittel 3 i gjeldende psykisk helsevernlov, og erstatte dette med et nytt. Dette gjøres av lovtekniske hensyn, ettersom det foreslås en rekke endringer. De fleste endringsforslagene er av redaksjonell karakter, men det foreslås også enkelte viktige materielle endringer. Av hensyn til oversikten er de viktigste endringer i forhold til gjeldende psykisk helsevernlov kapittel 3 kursivert.

§ 3-1 *Vilkår for tvungent psykisk helsevern*

Før tvungent psykisk helsevern kan etableres må følgende vilkår være tilstede:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.

2. Vedkommende person er undersøkt personlig av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon.

3. Ansvarlig institusjon er faglig og materielt i stand til å tilby vedkommende person tilfredsstillende behandling og omsorg.

4. Vedkommende person har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

5. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Merknad:

Vilkårene for tvungent psykisk helsevern er plassert samlet og i begynnelsen av kapitlet av pedagogiske årsaker.

Den viktigste endringen i forhold til gjeldende rett er at det ikke er tatt inn et krav til begjæring fra pasientens nærmeste eller offentlig myndighet for at vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern skal kunne treffes. Se også merknad til forslaget § 3-6.

Første ledd, nr. 2 er formulert annerledes enn tidligere, men er ikke ment å endre gjeldende rettstilstand. Etter gjeldende rett skal det skje en legeundersøkelse utenfor institusjonen etter § 3-4, og ved den ansvarlige institusjon etter § 3-8, femte ledd, før vedtak om tvungent psykisk helsevern treffes av faglig ansvarlig. Kravet til at den ene legen er uavhengig av den ansvarlige institusjon anses som en rettssikkerhetsgaranti.

§ 3-2 *Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern*

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke kan ikke overføres til tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår. *Dette gjelder likevel ikke hvor utskrivning åpenbart innebærer at pasienten kan være til alvorlig fare for seg selv eller andre.*

Merknad:

Bestemmelsen er flyttet fra gjeldende § 2-3. Forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern videreføres som den klare hovedregel. Det åpnes for et snevert unntak i tilfeller hvor det er hevet over tvil at utskrivning innebærer at pasienten kan være til alvorlig fare for seg selv eller andre. Med alvorlig fare menes her fare for liv eller alvorlig helseskade, og vil derfor ikke favne videre enn de tilfeller hvor tilbakeholdelse ville være rettmessig ut fra nødrettslige betraktninger. Hensynet bak unntaksbestemmelsen er å bidra til pasientens rettssikkerhet i slike tilfeller. Unntaket bør ikke anvendes hvor faresituasjonen er av svært kortvarig karakter. I slike situasjoner kan pasienten holdes tilbake ut fra nødrettslige betrakninger.

§ 3-3 *Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte*

Tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette formål.

Dersom det er nødvendig av hensyn til faglig forsvarlig helsehjelp kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i annen institusjon. Godkjent institusjon skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet.

Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. *Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med.* Tvungent psykisk helsevern kan *da bare* omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhentingen gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold i institusjon.

Merknad:

Bestemmelsen viderefører gjeldende rett ved at tvungent psykisk helsevern både kan skje med og uten døgnopphold i institusjon.

I *annet ledd* foreslås en ny bestemmelse. Formålet med denne bestemmelsen er sikre at pasienten kan gis opphold ved en institusjon som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern i tilfeller hvor dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Dette er ment som et snevert unntak som kan benyttes hvor pasienten for eksempel har en slik helsetilstand at det er behov for avansert medisinsk overvåkning som ikke kan tilbys i en psykiatrisk institusjon godkjent for bruk av tvang. Etableringen av tvungent psykisk helsevern skal under enhver omstendighet

skje under ansvar av godkjent institusjon. Den godkjente institusjonen vil også ha et særskilt ansvar for oppfølgningen av den psykiatriske undersøkelsen og behandlingen av pasienten.

I *fjerde ledd* er det foreslått at hensynet til pårørende pasienten bor sammen med skal hensyntas i vurderingen av om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold skal benyttes. Det vil kunne innebære en betydelig belastning for pårørende at pasienten bor hjemme, selv om dette isolert sett fremstår som den beste løsningen for pasienten. Se høringsnotatet punkt 7.9.4.

I samme ledd er det også foreslått å ta ut kravet til at tvungent psykisk døgnopphold bare kan finne sted mens pasienten har opphold på egen bopel. Dette innebærer at pasienten i prinsippet også kan ha opphold på institusjon i kommune- eller spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid et vilkår at tvungent vern uten døgnopphold skal være et bedre alternativ for pasienten enn døgnopphold i godkjent institusjon. Dette innebærer også at denne formen for tvang ikke kan anvendes overfor bostedsløse pasienter.

§ 3-4 *Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet*

Offentlig myndighet skal gjennom varsling av helsetjenesten og bistand som beskrevet i loven her bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Kongen kan gi utfyllende bestemmelser i forskrift.

Merknad:

Bestemmelsen presiserer det ansvar offentlig myndighet har for å bidra til at alvorlig psykisk syke personer som ikke selv søker kontakt med det psykiske helsevernet skal bli undersøkt av lege. Dersom offentlig myndighet mener tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er nødvendig, skal det fremmes begjæring om dette i samsvar med hva som gjelder i dag. Begjæringen gir offentlig myndighet klageadgang på manglende innleggelse og opphør av tvungent psykisk helsevern.

§ 3-5 *Tvungen undersøkelse*

Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i *§ 3-1, første ledd, nr. 2,* men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste, vedta at det skal foretas personlig undersøkelse av lege for å bringe dette på det rene. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang. Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand.

Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedtaket kan påklages til fylkesmannen uten oppsettende virkning.

Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse.

Kongen gir forskrifter om delegasjon av kommunelegens myndighet.

Merknad:

Bortsett fra endret paragrafhenvisning i første ledd videreføres bestemmelsen uendret i forhold til gjeldende psykisk helsevernlov § 3-5.

§ 3-6 *Vedtak om videre undersøkelse (observasjon) og vedtak om tvungent psykisk helsevern*

Den faglig ansvarlige vedtar på grunnlag *av de* framlagte opplysninger og uttalelser fra legeundersøkelsene, om vedkommende skal undersøkes videre (observeres) eller tas under tvungent psykisk helsevern etter *§ 3-3*.

Den videre undersøkelse kan også vedtas gjennomført ved institusjonen uten at vedkommende gis døgnopphold.

Videre undersøkelse kan ikke vare utover 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten vedkommendes samtykke. Overføring til tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.

Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand for å få vedkommende til videre undersøkelse eller bringe vedkommende under tvungent psykisk helsevern, og kan om nødvendig anvende tvang.

Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Den som begjæres videre undersøkt eller tatt under tvungent psykisk helsevern, samt hans eller hennes nærmeste og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring *etter § 3-4*, kan påklage vedtak etter denne paragrafen til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.

Merknad:

Bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av § 3-8. Likevel er det foreslått en viktig endring i første ledd ved at kravet til begjæring før vedtak om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern treffes foreslås opphevet.

Selv om det absolutte kravet til begjæring foreslås opphevet er likevel rettsvirkningene av at det er fremsatt slik begjæring beholdt for de tilfeller hvor dette faktisk gjøres, se punkt 7.9.2.

I punkt 7.9.5 har departementet reist spørsmål ved om det bør åpnes for et unntak fra 10- dagersfristen for observasjon i særlige tilfeller, men har ikke foreslått konkret lovendring.

§ 3-7 *Begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern*

Ingen kan beholdes under tvungent psykisk helsevern etter *§ 3-3* uten at *vilkårene etter § 3-1* fremdeles er oppfylt.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, og treffer vedtak om opphør av vernet dersom *vedkommende* finner at de krav og vilkår som nevnt i første ledd ikke lenger er tilstede.

Den som er under tvungent psykisk helsevern eller hans eller hennes nærmeste, kan når som helst be om at dette vernet opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken.

Pasienten eller hans eller hennes nærmeste eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungent psykisk helsevern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak etter annet og tredje ledd til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt. *Kontrollkommisjonens leder kan beslutte utsatt iverksetting av vedtak som nevnt i annet ledd.*

Merknad:

Bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av § 3-9 i gjeldende psykisk helsevernlov.

I *fjerde ledd* er det foreslått en lovendring. Etter bestemmelsens annet ledd har faglig ansvarlig for vedtak en plikt til å treffe vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern dersom vedkommende finner at vilkårene ikke lenger er tilstede. Etter gjeldende rett skal klage på et slikt vedtak automatisk medføre at det gis oppsettende virkning, dvs. at vedtaket ikke skal gjennomføres før klagesaken er avgjort. At vedtaket gis oppsettende virkning kan være problematisk hvor andre enn pasienten selv klager. Pasienten kan da holdes tilbake i institusjon uten at den faglig ansvarlige for vedtak finner lovens vilkår for bruk av tvang innfridd. Det kan likevel være forhold som tilsier at vedtaket bør gis oppsettende virkning, for eksempel dersom det er grunn til å tro at det ligger en ressursmessig begrunnelse bak vedtaket om opphør av det tvungne vernet. Det er derfor foreslått at kontrollkommisjonens leder skal ha kompetanse til å beslutte at vedtaket skal ha oppsettende virkning. For at bestemmelsen skal ha reell betydning er det viktig at pasient, pårørende og eventuelt offentlig myndighet varsles så tidlig som mulig om at vedtak vil bli fattet, og dermed gis mulighet til å fremme klage og evt. anmodning om oppsettende virkning.

§ 3-8 *Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern*

Når noen blir undergitt tvungent psykisk helsevern, skal underretning sendes kontrollkommisjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvisse seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene etter § 3-1 .

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern *og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten.*

Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan forlenge vernet med inntil ett år av gangen.

Merknad:

I annet ledd er det foreslått at kontrollkommisjonene som ledd i tremånederskontrollen skal påse at det foreligger en individuell plan for pasienten. Denne legalkontrollen kommer i tillegg til det tilsyn som skal føres med etterlevelsen av regelverket om individuelle planer av tilsynsmyndighetene.

§ 3-9 *Rett til å uttale seg*

Før vedtak fattes etter dette kapittel, skal den person saken direkte gjelder, gis anledning til å uttale seg. Retten til å uttale seg gjelder blant annet spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Også vedkommendes nærmeste og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg.

§3-10 *Forskrifter om tvungent psykisk helsevern*

Kongen kan gi nærmere forskrifter om hvordan etablering av tvungent psykisk helsevern gjennomføres.

Kongen i statsråd kan dessuten gi forskrifter om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være ansvarlige for tvungent psykisk helsevern etter loven § 3-3 og om de nærmere vilkårene for slik godkjenning.

§ 3-11 *Klage til Sosial- og helsedirektoratet* oppheves

Kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern

§ 4-1 skal lyde:

§ 4-1 *Individuell plan*

Ansvarlig institusjon skal utarbeide en individuell plan for pasienter i det psykiske helsevernet. Ved frivillig psykisk helsevern skal ikke planen utarbeides uten vedkommendes samtykke. Dersom en person er under tvungent psykisk helsevern skal det søkes å oppnå et samarbeid med vedkommende om planleggingen.

Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om planens innhold.

Merknad:

Plikten for ansvarlig institusjon til å utarbeide en individuell plan for alle pasienter i det psykiske helsevernet foreslås videreført. I likhet med hva som gjelder i dag kan individuell plan for pasienter som frivillig har oppsøkt det psykiske helsevernet bare utarbeides etter vedkommendes samtykke. For øvrig er bestemmelsen harmonisert med spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, slik at det tydeligere skal fremgå at kravet til planens innhold er i samsvar med øvrig lovgivning, se høringsnotatet punkt 7.2.6.

§ 4-3, første ledd skal lyde:

§ 4-3 *Skjerming*

Dersom pasienten under opphold i en enhet lider av sterk uro eller har utagerende atferd, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Når skjerming opprettholdes over *24* timer skal det treffes vedtak i saken. Vedtak om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil *to* uker om gangen.

Merknad:

Av hensyn til pasientens rettssikkerhet er det foreslått at fristen hvor lenge skjerming kan opprettholdes uten at det treffes vedtak reduseres fra 48 til 24 timer, og at den maksimale lengden på skjermingsvedtak før nytt vedtak evt. må treffes reduseres fra tre til to uker. I punkt 7.10.2 er det også særskilt bedt om innspill fra høringsinstansene om hvorvidt kriteriene for

skjerming – ”sterk uro” eller ”utagerende adferd” - ivaretar formålet med bestemmelsen.

§ 4-4, første og annet ledd skal lyde:

§ 4-4 *Behandling uten eget samtykke*

Pasient under tvungent psykisk helsevern som beskrevet i § *3-3*, kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

a. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

b. Som ledd i behandling av pasient som er under tvungent psykisk helsevern på grunn av alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring med bruk av tvang så fremt dette fremstår som det mest forsvarlige behandlingsalternativ.

Merknad:

I bokstav b er det tatt inn et unntak fra forbudet mot undersøkelse og behandling som innebærer et ”alvorlig inngrep”. Unntaket gjelder behandling av alvorlig spiseforstyrrelse. Bestemmelsen innebærer at ernæring med bruk av tvang skal kunne gjennomføres som ledd i behandlingen dersom dette anses som det mest forsvarlige behandlingsalternativ. Dette gjelder selv om det oppleves som svært inngripende av pasienten.

§ 4-7 a Urinprøve

Dersom det foreligger mistanke om at vedkommende har et rusmiddelmisbruk kan den som oppsøker institusjon i det psykiske helsevernet gi samtykke til at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk under oppholdet. Grunnen til begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige.

Dersom det foreligger mistanke om at vedkommende har et rusmiddelmisbruk kan faglig ansvarlig i forbindelse med etablering av tvungent psykisk helsevern treffe vedtak om at det kan tas urinprøve for å avdekke rusmiddelmisbruk under

oppholdet. Vedtaket kan påklages av pasienten eller av vedkommendes nærmeste til kontrollkommisjonen.

Kongen gir nærmere forskrift om prosedyrer rundt avleggelsen av urinprøve.

Merknad:

Bestemmelsen er ny. I tråd med hva som gjelder overfor rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven foreslås det at det må bestemmes i forbindelse med inntak i institusjon, enten i form av samtykke eller i forbindelse med tvangsvedtak, at det skal kunne avlegges urinprøve. I begge tilfeller er det et vilkår at det faktisk foreligger mistanke om rusmiddelmisbruk, og bestemmelsen åpner derfor ikke for at det rutinemessig kan bes om samtykke til urinprøvetaking. Det foreslås at de nærmere vilkår reguleres i forskrift. Se for øvrig omtale under punkt 7.10.3.

§ 4-8 femte ledd skal lyde:

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av *faglig ansvarlig*, med mindre en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med *vedkommende* ikke er mulig. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste.

Merknad:

I femte ledd foreslås det at faglig ansvarlig skal ha kompetanse til å treffe vedtak om bruk av tvangsmiddel, mens denne kompetansen etter gjeldende rett er lagt til lege. I tråd med hva som følger av gjeldende *forskrift om faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet* vil bare lege kunne være faglig ansvarlig for vedtak om bruk av enkeltstående bruk av korttidsvirkende beroligende legemidler. Se drøfting i punkt 7.7.2.

§ 4-9, første ledd skal lyde:

§ 4-9 *Kontrollundersøkelser*

Når pasient er under tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige sørge for at det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om *vilkårene* for vernet etter *§ 3-1* fremdeles er til stede. Vurderingene skal nedtegnes i journalen.

Merknad:

Det er kun foreslått en justering i forhold til øvrige endringsforslag. Endringene i bestemmelsen her er uten materiell betydning.

§ 4-10 oppheves

Ny § 4-10 skal lyde:

§ 4-10 *Overføring etter søknad*

Den som er under tvungent psykisk helsevern eller vedkommendes nærmeste kan søke ansvarlig institusjon om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-3. Ansvarlig institusjon skal sørge for at søknaden videreformidles til angjeldende institusjon snarest mulig. Angjeldende institusjon skal behandle søknaden i henhold til pasientrettighetsloven § 2-4, første ledd. Dersom pasienten gis tilbud ved angjeldende institusjon har vedkommende krav overføring, med mindre overføring ville være uforsvarlig eller i betydelig grad svekke formålet med det tvungne vernet. Faglig ansvarlig treffer vedtak i saken.

Avslag på søknad om overføring truffet av faglig ansvarlig kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller vedkommendes nærmeste.

Merknad:

Overføring etter søknad må ses i sammenheng med retten til valg av behandlingssted etter pasientrettighetsloven § 2-4. Pasienten selv skal slippe å begrunne valg av behandlingssted, og mottakende institusjon skal behandle søknaden iht. pasientrettighetsloven § 2-4. Det vil likevel være anledning for mottakende institusjon til å begrunne et avslag med at institusjonen ikke er faglig og materielt i stand til å tilby vedkommende person tilfredsstillende behandling og omsorg, jf. lovforslaget § 3-1, første ledd nr. 3. Helsetilsynet i fylket er klageinstans dersom pasienten ikke gis et tilbud av mottakende institusjon.

Selv om pasienten gis et tilbud ved mottakende institusjon må det også foretas en vurdering av den institusjon som er ansvarlig for det tvungne vernet av pasienten, mao den institusjon pasienten ønsker seg fra. Det er faglig ansvarlig som treffer vedtak om dette ved den ansvarlige situasjonen. Overføring vil for eksempel kunne være uforsvarlig dersom pasienten er i behov av særlige sikkerhetstiltak som ikke finnes på den institusjon vedkommende søker seg til. Overføring vil i slike tilfeller kunne være både uforsvarlig og i strid med farekriteriet. Et annet eksempel er at pasienten vurderes å ha sterkt behov for kontakt med pårørende eller annet nettverk i nærheten av institusjonen, og at en flytting vil medføre at pasienten blir vesentlig dårligere. Overføring vil i slike tilfeller både kunne være uforsvarlig og i strid med behandlingskriteriet. Se nærmere beskrivelse i høringsnotatet punkt 7.10.6.

Ny § 4-11 skal lyde:

§ 4-11 Annen overføring

Faglig ansvarlig treffer vedtak om overføring av pasient under tvungent psykisk helsevern til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-3.

Vedtaket kan påklages av pasienten eller vedkommendes nærmeste.

Vedtak om overføring settes ikke i verk før klagefristen er ute, med mindre:

a) det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget eller

b) kontrollkommisjonens leder finner at særlige grunner taler for at overføring skjer uten opphold.

Dersom vedtaket påklages gjennomføres det ikke før klagesaken er avgjort, med mindre kontrollkommisjonens leder finner at særlige grunner taler for at overføring skjer uten opphold.

Merknad:

Bestemmelsen bygger på gjeldende lov § 4-10. Endringen innebærer at kontrollkommisjonens leder kan beslutte om det skal gjøres unntak fra hovedregelen om at vedtaket ikke kan iverksettes før klagefristen er ute. Terskelen for å gjøre unntak fra hovedregelen er noe lavere enn etter gjeldende rett. For eksempel vil kontrollkommisjonens leder etter en helhetsvurdering av den oppfølgning som er planlagt av pasienten og institusjonens behov for å benytte den aktuelle plassen til en annen pasient, kunne komme til at kravet til særlige grunner er innfridd.

Kapittel 5. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

§ 5-1, første ledd skal lyde:

§ 5-1. *Forholdet til de øvrige bestemmelsene i loven her*

Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39 gjelder bestemmelsene i loven her så langt de passer, med unntak av *3-4 til 3-10.*

Merknad:

Det er kun paragrafnummerering som er endret.

§ 5-4, første ledd skal lyde:

§ 5-4 *Klage til kontrollkommisjonen*

Etter at tre ukers døgnopphold i institusjon etter § 5-3 er gjennomført, kan alle vedtak om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i *§ 3-3*, påklages til kontrollkommisjonen. Vedtakene meddeles de

klageberettigede, som er den domfelte selv, hans eller hennes nærmeste samt påtalemyndigheten.

Merknad:

Det er kun paragrafnummerering som er endret.

Kapittel 6 Kontroll og etterprøving

Ny § 6-4, femte ledd

Kontrollkommisjonen skal prøve alle sider av saken. *Forvaltningsloven § 41 får tilsvarende anvendelse for særskilte saksbehandlingsregler etter loven her.*

Merknad:

Bestemmelsen innebærer at saksbehandlingsfeil som er begått i forbindelse med etableringen av det tvungne vernet kan føre til at kontrollkommisjonen opphever tvangsvedtaket.

Nytt § 6-4 åttende ledd skal lyde:

Kontrollkommisjonens leder kan beslutte utsatt iverksetting av vedtak etter §§ 3-7 og 4-11.

Merknad:

Det vises til merknader til §§ 3-7 og 4-11.

Kapittel 7. Domstolprøving

§ 7-1 skal lyde:

§ 7-1 *Domstolprøving*

Kontrollkommisjonens vedtak i sak om videre undersøkelse, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ *3-6* og *3-7*, kan av pasienten eller hans eller hennes nærmeste bringes inn for retten etter reglene i lov av 13. august 1915 om rettergangsmåten for tvistemål kapittel 33. Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. *§4-11* og 5-4.

Merknad:

Det er kun paragrafnummerering som er endret.

II

Forslag til endringer i lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Nytt tredje ledd i § 2-4 skal lyde:

§ 2-4 *Rett til valg av sykehus*

For pasienter under tvungent psykisk helsevern gjelder retten etter første ledd unntatt hvor dette vil være uforsvarlig eller betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Dersom tvungent psykisk helsevern allerede er etablert får psykisk helsevernloven § 4-10 anvendelse.

Merknad:

Kriteriene for unntak fra retten til valg av behandlingssted er sammenfallende med forslaget til ny § 4-10.

Nytt § 4-1 tredje ledd skal lyde:

Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan bare skje med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern dersom mangelen på samtykkekompetanse skyldes en alvorlig sinnslidelse.

Merknad:

Bestemmelsen innebærer at reglene om representert samtykke i pasientrettighetsloven kapittel 4 ikke kan benyttes i forbindelse med undersøkelse og behandling av den psykiske lidelsen overfor personer med en alvorlig sinnslidelse. I disse tilfellene vil undersøkelse og behandling måtte skje etter de særskilte tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven.

III

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer.

Vedlegg – komplett utkast til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Av hensyn til oversikten vedlegges utkast til komplett psykisk helsevernlov med innarbeidede endringsforslag.

Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser

§ 1-1 *Formål*

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.

§ 1-1a *Virkeområde*

Bestemmelsene i loven her gjelder for behandling under ansvar av institusjon i det psykiske helsevernet. Hvor opphold i medhold av sosialtjenesteloven og barnevernloven gjennomføres under ansvar av institusjon i det psykiske helsevernet gjelder bestemmelsene i kapittel 4 i loven her med unntak av §§ 4-4 og 4-9.

§ 1-2 *Psykisk helsevern*

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at *samtykke foreligger etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4*.

§ 1-3 *Offentlig myndighet*

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

Kongen kan gi *utfyllende bestemmelser i forskrift.*

§ 1-4. *Den faglig ansvarlige for vedtak*

Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, er vedkommende *spesialist i psykiatri eller klinisk psykolog med praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift.*

Kongen kan gi forskrifter om hvem som er den faglig ansvarlige etter første ledd og om delegasjon av dennes *myndighet.*

§ 1-5 *Forholdet til lov om pasientrettigheter*

Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern *gjelder pasientrettighetsloven.*

§ 1-6 *Forholdet til forvaltningsloven*

For behandlingen av saker etter loven her gjelder forvaltningsloven. Forvaltningsloven § 12 gjelder likevel bare der dette er uttrykkelig nevnt.

§ 1-7 *Rett til advokat eller annen fullmektig*

Ved klage til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen over vedtak etter loven her, har pasienten rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig. Om fullmektig og fullmakt gjelder forvaltningsloven § 12 annet og fjerde ledd tilsvarende.

Alle henvendelser i en klagesak kan gjøres ved fullmektig, og alle meddelelser og henvendelser fra forvaltningsorganet skal skje til pasientens fullmektig forsåvidt forholdet dekkes av fullmakten. Når det finnes hensiktsmessig, kan pasienten også underrettes direkte. Pasienten kan kreve å bli underrettet i tillegg til eller i stedet for fullmektigen.

Ved saker om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt saker om overføringer, har pasienten rett til advokat etter lov av 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp.

§ 1-8 *Bruk av elektronisk kommunikasjon*

Bestemmelser i eller i medhold av loven her som krever eller forutsetter skriftlighet eller underskrift, er ikke til hinder for bruk av elektronisk kommunikasjon. Dette gjelder også meldinger, varsel og lignende til pasient eller dennes nærmeste, såfremt vedkommende uttrykkelig har godtatt bruk av elektronisk kommunikasjon.

Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser

§ 2-1 *Hovedregelen om samtykke*

Psykisk helsevern kan bare ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her.

Har barnet fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen.

§ 2-2 *Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-3*

Person som søker psykisk *helsevern kan*, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene etter *§3-3* i inntil tre uker fra etableringen av vernet. Samtykket innebærer ikke samtykke til anvendelse av § 4-4 eller § 4-5 annet *ledd.*

For barn under 16 år kreves slikt samtykke *etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven § 4-4.*

Grunnen til begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige. Gjelder det psykisk utviklingshemmede eller senil demente, undertegner den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne. Gjelder det barn under 16 år, undertegner den faglig ansvarlige og den eller de *som samtykker på vegne av barnet*.

Den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, kan bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, den nærmeste eller den som handler på pasientens vegne. Gjelder beslutningen barn som har fylt 12 år, og barnet selv ikke er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen.

Kapittel 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

§ 3-1 *Vilkår for tvungent psykisk helsevern*

Før tvungent psykisk helsevern kan etableres må følgende vilkår være tilstede:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.

2. Vedkommende person er undersøkt personlig av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon.

3. Ansvarlig institusjon er faglig og materielt i stand til å tilby vedkommende person tilfredsstillende behandling og omsorg.

4. Vedkommende person har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

5. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

§ 3-2 *Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern*

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke kan ikke overføres til tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår. *Dette gjelder likevel ikke hvor utskrivning åpenbart innebærer at pasienten kan være til alvorlig fare for seg selv eller andre.*

§ 3-3 *Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte*

Tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette formål.

Dersom det er nødvendig av hensyn til faglig forsvarlig helsehjelp kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i annen institusjon. Godkjent institusjon skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet.

Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. *Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med.* Tvungent psykisk helsevern kan *da bare* omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhentingen gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold i institusjon.

§ 3-4 *Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet*

Offentlig myndighet skal gjennom varsling av helsetjenesten og bistand som beskrevet i loven her bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av

lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Kongen kan gi utfyllende bestemmelser i forskrift.

§ 3-5 *Tvungen undersøkelse*

Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i § 3-1, første ledd, nr. 2, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste, vedta at det skal foretas personlig undersøkelse av lege for å bringe dette på det rene. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang. Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand.

Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedtaket kan påklages til fylkesmannen uten oppsettende virkning.

Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse.

Kongen gir forskrifter om delegasjon av kommunelegens myndighet.

§ 3-6 *Vedtak om videre undersøkelse (observasjon) og vedtak om tvungent psykisk helsevern*

Den faglig ansvarlige vedtar på grunnlag *av de* framlagte opplysninger og uttalelser fra legeundersøkelsene, om vedkommende skal undersøkes videre (observeres) eller tas under tvungent psykisk helsevern etter *§ 3-3*.

Den videre undersøkelse kan også vedtas gjennomført ved institusjonen uten at vedkommende gis døgnopphold.

Videre undersøkelse kan ikke vare utover 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten vedkommendes samtykke. Overføring til tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.

Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand for å få vedkommende til videre undersøkelse eller bringe vedkommende under tvungent psykisk helsevern, og kan om nødvendig anvende tvang.

Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnes.

Den som begjæres videre undersøkt eller tatt under tvungent psykisk helsevern, samt hans eller hennes nærmeste og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring *etter § 3-4*, kan påklage vedtak etter denne paragrafen til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.

§ 3-7 *Begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern*

Ingen kan beholdes under tvungent psykisk helsevern etter *§ 3-3* uten at *vilkårene etter § 3-1* fremdeles er oppfylt.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, og treffer vedtak om opphør av vernet dersom han finner at de krav og vilkår som nevnt i første ledd ikke lenger er tilstede.

Den som er under tvungent psykisk helsevern eller hans eller hennes nærmeste, kan når som helst be om at dette vernet opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken.

Pasienten eller hans eller hennes nærmeste eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungent psykisk helsevern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak etter annet og tredje ledd til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt. *Kontrollkommisjonens leder kan beslutte utsatt iverksetting av vedtak som nevnt i annet ledd.*

§ 3-8 *Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern*

Når noen blir undergitt tvungent psykisk helsevern, skal underretning sendes kontrollkommisjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvisse seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene etter § 3-1.

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern *og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten.*

Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan forlenge vernet med inntil ett år av gangen.

§ 3-9 *Rett til å uttale seg*

Før vedtak fattes etter dette kapittel, skal den person saken direkte gjelder, gis anledning til å uttale seg. Retten til å uttale seg gjelder blant annet spørsmålet om etablering av tvungent psykisk helsevern samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Også vedkommendes nærmeste og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg.

§3-10 *Forskrifter om tvungent psykisk helsevern*

Kongen kan gi nærmere forskrifter om hvordan etablering av tvungent psykisk helsevern gjennomføres.

Kongen i statsråd kan dessuten gi forskrifter om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være ansvarlige for tvungent psykisk helsevern etter loven § 3-3 og om de nærmere vilkårene for slik godkjenning.

Kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern

§ 4-1 *Individuell plan*

Ansvarlig institusjon skal utarbeide en individuell plan for pasienter i det psykiske helsevernet. Ved frivillig psykisk helsevern skal ikke planen utarbeides uten vedkommendes samtykke. Dersom en person er under tvungent psykisk helsevern skal det søkes å oppnå et samarbeid med vedkommende om planleggingen.

Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om planens innhold.

§ 4-2 *Vern om personlig integritet*

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket.

Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å bestemme over seg selv blir ivaretatt.

Med de begrensninger som er nevnt, skal forholdene legges til rette for at pasientene får:

a. delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient,

b. anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer,

c. tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene,

d. anledning til daglige uteaktiviteter.

Det skal også tas hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle bakgrunn.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om husordensreglement for institusjoner for psykisk helsevern.

§ 4-3 *Skjerming*

Dersom pasienten under opphold i en enhet lider av sterk uro eller har utagerende atferd, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av

behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Når skjerming opprettholdes over *24* timer skal det treffes vedtak i saken. Vedtak om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil *to* uker om gangen.

Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om vilkårene for skjerming og gjennomføringen av den.

§ 4-4 *Behandling uten eget samtykke*

Pasient under tvungent psykisk helsevern som beskrevet i § *3-3*, kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

a. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

b. Som ledd i behandling av pasient som er under tvungent psykisk helsevern på grunn av alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring med bruk av tvang så fremt dette fremstår som det mest forsvarlige behandlingsalternativ.

Undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak 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.

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke skal nedtegnes uten opphold.

Vedtak etter paragrafen her kan påklages til fylkesmannen av pasienten og hans eller hennes nærmeste.

Kongen i statsråd gir forskrifter om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

§ 4-5 *Forbindelse med omverdenen*

Den som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern, har rett til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker.

For den som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i retten som nevnt i første ledd for inntil 14 dager, i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig. Er det vedtatt slike restriksjoner, skal institusjonen sørge for at pasienten får nødvendig informasjon om sine pårørende og forhold utenfor institusjonen som er av betydning for pasienten.

Utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensreglement, kan det ikke vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med kontrollkommisjonen, departementet, Statens helsetilsyn, Helsetilsynet i fylket, fylkesmannen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, Pasientombud, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptrer på pasientens vegne i en klagesak.

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt innført til en pasient, kan den faglig ansvarlige vedta at pasientens post skal åpnes og kontrolleres med henblikk på dette. Om mulig skal dette skje i pasientens nærvær.

Vedtak om inngrep som er nevnt i annet og fjerde ledd, skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om adgangen til å foreta slike inngrep som er omtalt i paragrafen her.

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

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnopphold, kan den faglig ansvarlige med henblikk på dette vedta at pasientens rom og eiendeler skal undersøkes samt at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten. Dersom det er mulig, skal undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skje i pasientens nærvær eller i nærvær av den nærmeste eller en annen person som pasienten har utpekt.

Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke tillatt.

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om adgangen til å foreta slike inngrep som er omtalt i paragrafen her.

§ 4-7 *Beslag*

Den faglig ansvarlige kan vedta at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand som blir funnet ved inngrep som nevnt i §§ 4-5 fjerde ledd og 4-6 første ledd, skal beslaglegges. Den faglig ansvarlige kan dessuten vedta at medikamenter, rusmidler eller farlig gjenstand som vedkommende ikke rettmessig kan inneha, skal tilintetgjøres.

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen. Vedtak om tilintetgjøring kan ikke gjennomføres før klagesaken er avgjort.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om adgangen til å bruke tiltak som nevnt i paragrafen her.

§ 4-7 a Urinprøve

Dersom det foreligger mistanke om at vedkommende har et rusmiddelmisbruk kan den som oppsøker institusjon i det psykiske helsevernet gi samtykke til at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk under oppholdet. Grunnen til begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige.

Dersom det foreligger mistanke om at vedkommende har et rusmiddelmisbruk kan faglig ansvarlig i forbindelse med etablering av tvungent psykisk helsevern treffe vedtak om at det kan tas urinprøve for å avdekke rusmiddelmisbruk under oppholdet. Vedtaket kan påklages av pasienten eller av vedkommendes nærmeste til kontrollkommisjonen.

Kongen gir nærmere forskrift om prosedyrer rundt avleggelsen av urinprøve.

§ 4-8 *Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold*

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Som tvangsmiddel kan anvendes:

a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.

b. kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede.

c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke tvangsmidler som nevnt i bokstavene a og b i foregående ledd.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av *faglig ansvarlig*, med mindre en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med *vedkommende* ikke er mulig. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om bruk av tvangsmiddel.

§ 4-9 *Kontrollundersøkelser*

Når pasient er under tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige sørge for at det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om *vilkårene* for vernet etter *§ 3-1* fremdeles er til stede. Vurderingene skal nedtegnes i journalen.

§ 4-10 *Overføring etter søknad*

Den som er under tvungent psykisk helsevern eller vedkommendes nærmeste kan søke ansvarlig institusjon om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-3. Ansvarlig institusjon skal sørge for at søknaden videreformidles til angjeldende institusjon snarest mulig. Angjeldende institusjon skal behandle søknaden i henhold til pasientrettighetsloven § 2-4, første ledd. Dersom pasienten gis tilbud ved angjeldende institusjon har vedkommende krav overføring, med mindre overføring ville være uforsvarlig eller i betydelig grad svekke formålet med det tvungne vernet. Faglig ansvarlig treffer vedtak i saken.

Avslag på søknad om overføring truffet av faglig ansvarlig kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller vedkommendes nærmeste.

§ 4-11 Annen overføring

Faglig ansvarlig treffer vedtak om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-3.

Vedtaket kan påklages av pasienten eller vedkommendes nærmeste.

Vedtak om overføring settes ikke i verk før klagefristen er ute, med mindre:

c) det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget eller

d) kontrollkommisjonens leder finner at særlige grunner taler for at overføring skjer uten opphold.

Dersom vedtaket påklages gjennomføres det ikke før klagesaken er avgjort, med mindre kontrollkommisjonens leder finner at særlige grunner taler for at overføring skjer uten opphold.

Kapittel 5. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

§ 5-1 *Forholdet til de øvrige bestemmelsene i loven her*

Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter straffeloven § 39 gjelder bestemmelsene i loven her så langt de passer, med unntak av *3-4 til 3-10.*.

Straffeloven § 39 b gir regler om opphør av reaksjonen.

§ 5-2 *Vedtak om behandlingsansvaret*

Det regionale helseforetaket i domfeltes bostedsregion avgjør hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret for den domfelte. Kongen kan ved forskrift overføre kompetansen etter denne bestemmelsen til en annen myndighet.

Det regionale helseforetaket har ansvaret for at det tvungne psykiske helsevernet settes i verk umiddelbart etter at dommen er rettskraftig.

§ 5-3 *Gjennomføring*

Den som er overført til tvungent psykisk helsevern, skal de første tre ukene ha døgnopphold i en institusjon. Den faglig ansvarlige bør i denne perioden rådføre seg med de rettspsykiatrisk sakkyndige som har observert den domfelte.

Den faglig ansvarlige bestemmer deretter hvordan det tvungne psykiske helsevernet til enhver tid skal gjennomføres. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til behandling av den domfelte, og særlig på behovet for å beskytte samfunnet mot faren for nye alvorlige lovbrudd.

§ 5-4 *Klage til kontrollkommisjonen*

Etter at tre ukers døgnopphold i institusjon etter § 5-3 er gjennomført, kan alle vedtak om overføring til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-3, påklages til kontrollkommisjonen. Vedtakene meddeles de klageberettigede, som er den domfelte selv, hans eller hennes nærmeste samt påtalemyndigheten.

Vedtak om overføring fra døgnopphold i en institusjon til psykisk helsevern uten døgnopphold eller til døgnopphold i en annen institusjon, settes ikke i verk før klagefristen er ute eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget. Vedtaket

gjennomføres ikke før klagesaken er avgjort, med mindre den domfeltes tilstand gjør det uomgjengelig nødvendig at overføring skjer raskt.

§ 5-5 *Begjæring om endring i gjennomføringen*

De klageberettigede etter § 5-4 kan begjære slike endringer i gjennomføringen som er nevnt der. Er det tidligere gitt avslag på en slik begjæring etter klage til kontrollkommisjonen, kan ingen av de klageberettigede sette fram ny klage på grunnlag av de samme faktiske omstendigheter før seks måneder etter at det forrige vedtaket var endelig.

§ 5-6 *Overføring til anstalt under kriminalomsorgen*

Etter begjæring fra den faglig ansvarlige, jf. § 5-3, kan retten bestemme at den domfelte skal overføres fra tvungent psykisk helsevern til anstalt under kriminalomsorgen, når særlige grunner taler for det. Overføring kan bare skje når den domfeltes sinnstilstand ikke lenger er som beskrevet i straffeloven § 44 første ledd. Vilkåret om gjentakelsesfare i straffeloven § 39 nr. 1 eller nr. 2 må fortsatt være oppfylt.

Påtalemyndigheten fremmer saken for tingrett, som avgjør den ved dom. Behandlingen av saken skal påskyndes.

Finner retten at vilkåret om gjentakelsesfare i straffeloven § 39 nr. 1 eller nr. 2 ikke er oppfylt, skal reaksjonen opphøre, jf. straffeloven § 39b.

§ 5-7 *Opphør av reaksjonen og prøveløslatelse der domfelte er overført til anstalt under kriminalomsorgen*

Er den domfelte overført til anstalt under kriminalomsorgen i medhold av § 5-6, gjelder reglene i straffeloven § 39 b om opphør av reaksjonen så langt de passer. I stedet for opphør kan retten i slike tilfeller beslutte prøveløslatelse etter reglene i straffeloven §§ 39 f og 39 g.

§ 5-8 *Tilbakeføring til tvungent psykisk helsevern fra anstalt under kriminalomsorgen*

Dersom den domfeltes sinnstilstand etter overføring til kriminalomsorgen igjen blir som beskrevet i straffeloven § 44 første ledd, skal den domfelte tilbakeføres til tvungent psykisk helsevern.

Ved uenighet om vilkåret for tilbakeføring er oppfylt, bringes saken inn for Sosial- og helsedirektoratet for avgjørelse.

§ 5-9 *Forskrifter*

Kongen kan gi forskrifter om gjennomføringen av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter dette kapitlet.

Kapittel 6. Kontroll og etterprøving

§ 6-1 *Kontrollkommisjonen*

Hvor noen er under psykisk helsevern etter loven her, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den.

I den utstrekning det er mulig, skal kontrollkommisjonen også føre den kontroll den finner nødvendig for pasientenes velferd. Den kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, pasientens nærmeste eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Helsetilsynet i fylket.

Kontrollkommisjonen oppnevnes av departementet, som også bestemmer hvilket område som skal være tillagt hver kommisjon.

Departementet har det overordnede ansvar for at det i hvert område er en fungerende kommisjon.

§ 6-2 *Kontrollkommisjonens sammensetning*

Kontrollkommisjonen skal ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer, og ellers bestå av en lege og to andre medlemmer, alle med personlige varamedlemmer. Av de to sistnevnte faste medlemmer skal det oppnevnes en person som selv har vært under psykisk helsevern eller er eller har vært nærstående til pasient eller som har representert pasientinteresser i stilling eller verv.

Medlemmene oppnevnes for 4 år om gangen. Ved første oppnevning etter lovens ikrafttredelse oppnevnes to av medlemmene for 2 år. Ingen kan gjenoppnevnes mer enn en gang i samme kontrollkommisjon.

Ingen kan være medlem av en kontrollkommisjon som skal føre tilsyn med tiltak og institusjoner for psykisk helsevern som vedkommende har noe ansvar for i sin vanlige stilling.

§ 6-3 *Kontrollkommisjonens uavhengighet*

Kontrollkommisjonen er uavhengig i sin virksomhet.

Lederen skal påse at kommisjonen ikke følger arbeidsrutiner som undergraver kommisjonens uavhengighet.

§ 6-4 *Særlige saksbehandlingsregler*

Før kontrollkommisjonen avgjør sak om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt sak om overføring, skal pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, gis adgang til å uttale seg.

Kontrollkommisjonen skal sørge for at saken blir best mulig opplyst. Enhver har plikt til å møte for kommisjonen som vitne eller sakkyndig etter de regler som gjelder for hovedforhandling ved tingrett.

Kontrollkommisjonen kan begjære bevisopptak ved tingretten, hvis et vitne ikke har møteplikt for kommisjonen eller hvis frammøte for kommisjonen ville være forbundet med uforholdsmessig omkostning eller ulempe, eller hvis et slikt bevisopptak av andre grunner må anses særlig praktisk.

Advokater har rett til å bli kjent med alle opplysninger i saken og til å være til stede under parts- og vitneavhør. I den utstrekning kontrollkommisjonen finner det tilrådelig, gjelder dette også pasienten selv eller den som handler på hans eller hennes vegne.

Kontrollkommisjonen skal prøve alle sider av saken. *Forvaltningsloven § 41 får tilsvarende anvendelse for særskilte saksbehandlingsregler etter loven her.*

Kommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen to uker etter at saken ble brakt inn for den. Kan denne frist ikke overholdes, skal grunnen til dette opplyses i vedtaket.

Vedtaket treffes i møte av fulltallig kommisjon. I tilfelle av stemmelikhet gjør lederens stemme utslaget. Reglene om ugildhet i domstolsloven kapittel 6 gjelder tilsvarende for kommisjonens medlemmer. Lederen fastsetter godtgjørelsen til oppnevnt advokat.

Er en klage blitt avslått av kontrollkommisjonen, kan ikke tilsvarende klage framsettes før minst seks måneder er gått.

Kontrollkommisjonens leder kan beslutte utsatt iverksetting av vedtak etter §§ 3-7 og 4-11.

For utskrifter og attester som gis av kontrollkommisjonen eller av tingretten, betales ikke gebyr. Heller ikke betales gebyr for bevisopptak. Den som i medhold av paragrafen her møter for å forklare seg for kontrollkommisjonen, har krav på samme godtgjøring som vitner og sakkyndige.

Ved underretning om vedtaket skal kontrollkommisjonen gjøre pasienten, eller den som handler på hans eller hennes vegne, kjent med reglene om domstolprøving, jf. § 7-1 i loven her.

§ 6-5 *Forskrifter om saksbehandlingen*

Kongen kan gi forskrifter om den nærmere saksbehandlingen i kontrollkommisjonen.

Kapittel 7. Domstolprøving

§ 7-1 *Domstolprøving*

Kontrollkommisjonens vedtak i sak om videre undersøkelse, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ *3-6* og *3-7*, kan av pasienten eller hans eller hennes nærmeste bringes inn for retten etter reglene i lov av 13. august 1915 om rettergangsmåten for tvistemål kapittel 33. Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. § *4-11* og 5-4.

Kapittel 8. Forskjellige bestemmelser

§ 8-1 *Forskrifter*

Kongen gir forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold.

§ 8-2 *Ikrafttredelse*

Loven her trer i kraft fra den tid Kongen i statsråd bestemmer. Kongen i statsråd kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid. Kapittel 5 trer i kraft i henhold til egen lov.

Fra lovens ikrafttredelse oppheves lov av 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern.

§ 8-3 *Endringer i andre lover*

Fra den tid loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover: - - -