

Adressater etter adresseliste

Deres ref:  
Saksbehandler: MAS  
Vår ref: 06/5255-  
Dato: 19.12.2006

## Orientering om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven

1.januar 2007 trer det i kraft endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven, samt endringer i tilhørende forskrifter og ny forskrift om skjerming.

Hovedmålet med endringene er

- å styrke ivaretagelsen av pasientrettighetene i det psykiske helsevernet
- å endre eller presisere bestemmelser i dagens psykisk helsevernlov som har vist seg problematiske å praktisere
- å skape et mer oversiktlig og tilgjengelig regelverk

Sosial- og helsedirektoratet vil med dette gi en orientering om endringene:

- 1) Forholdet til pasientrettighetsloven (s. 2 flg.)
  - a. Reguleringen av samtykke
  - b. Individuell plan
  - c. Valg av pårørende
  - d. Valg av sykehus
- 2) Andre endringer i kap. 1 (s. 5)
  - a. Virkeområde
  - b. Faglig ansvarlig for vedtak
- 3) Nytt kap. 2 – Særlige samtykkebestemmelser (s. 5)
- 4) Nytt kap. 3 – Forenklinger og endringer (s.6 flg.)
  - a. Avskaffelse av tutorordningen
  - b. Konverteringsforbudet
  - c. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold
  - d. Hjemmel for utvidet observasjonstid i unntakstilfeller
  - e. Opphevelse av § 3-9 fjerde ledd
- 5) Endringer i kap. 4 (gjennomføringsreglene) (s.9 flg.)
  - a. Skjerming

### Sosial- og helsedirektoratet

Avd. psykisk helse

Mari S. Vestrheim, Tel: 24 16 35 30

Postadr: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgaten 2, Oslo

Tel: 810 20 050 • Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@shdir.no • www.shdir.no

- b. Alvorlige spiseforstyrrelser
- c. Urinprøvetaking
- d. Fastholding
- e. Tvangsmidler – vedtakskompetanse
- f. Overføring av pasienter under tvungent vern

Lov om endringer i psykisk helsvernloven og pasientrettighetsloven m.v, samt endringene i de tilhørende forskriftene følger vedlagt, og er også tilgjengelige på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no).

Endringene er nærmere omtalt i Ot. prp. nr. 65 (2005-2006).

Direktoratet vil i løpet av 2007 revidere rundskriv I-10/2001 om psykisk helsevernloven med tilhørende forskrifter.

## **1) Forholdet til pasientrettighetsloven**

Etter dagens lovgivning gjelder pasientrettighetsloven bare "så langt det passer" i det psykiske helsevernet (jfr. phvl. § 1-5), og pasientrettighetsloven kap. 4 gjelder bare når dette er sagt direkte i psykisk helsevernloven.

Loven er på dette punkt endret slik at pasientrettighetsloven som hovedregel skal gjelde fullt ut i det psykiske helsevernet (phvl. ny § 1-5). De unntak som er gjort fra dette fremgår uttrykkelig av psykisk helsevernlovens bestemmelser.

Bakgrunnen for endringen er som nevnt ønsket om styrket ivaretagelse av pasientrettigheter i det psykiske helsevernet, og at dagens regulering er blitt oppfattet som uklar.

Endringen har flere konsekvenser:

### **1.a) Reguleringen av samtykke**

#### *Vedrørende pasienter under 16 år*

Etter dagens lovgivning har barn og unge under 16 år ikke kompetanse til å samtykke til psykisk helsevern. For denne gruppen er psykisk helsevern basert på samtykke fra den eller de som har *foreldreansvaret*, jfr, phvl. § 2-1.

Foreldreansvaret er regulert i barneloven. Barnets foreldre har normalt dette ansvaret i behold også i tilfeller der barnevernet har overtatt *omsorgen* for barnet (jfr. barnevernlovenl. §§ 4-12 eller 4-8).

Samtykke fra den som har foreldreansvaret er også et krav i forbindelse med *somatisk* helsehjelp, jfr. pasrl. § 4-4, men barnet kan i denne sammenheng ha selvstendig samtykkekompetanse når det "følger av tiltakets art", jfr. pasrl. § 4-3 bokstav b. Dessuten er barnevernet gitt samtykkekompetanse i forhold til somatisk helsehjelp i tilfeller der det har overtatt omsorgen for barnet.

Reglene i dagens psykisk helsevernlov har vist seg å kunne skape problemer ved å vanskeliggjøre muligheten for å gi og motta nødvendig helsehjelp, for eksempel når foreldre som har mistet omsorgen for et barn ikke samtykker til dette.

Som følge av endringen i ny phvl. § 1-5 vil pasientrettighetslovens bestemmelser gjelde fullt ut i det psykisk helsevernet. Dette innebærer at barn og unge under 16 år *kan ha selvstendig samtykkekompetanse, jfr. pasrl. § 4-3 bokstav b*, og at *barnevernet kan samtykke til psykisk helsevern når omsorgen er overtatt, jfr. pasrl. § 4-4 annet ledd*.

*Representert samtykke (på vegne av pasienter over 16 år uten samtykkekompetanse)*  
Adgangen til å etablere psykisk helsevern på bakgrunn av representert samtykke er i dag regulert i phvl. §§ 2-1 og 2-2. Bakgrunnen for at dette er særregulert er ønsket om å unngå et tosporet system for innleggelser i det psykiske helsevernet. Hovedregelen er derfor at psykisk helsevern uten eget samtykke skal skje i henhold reglene om tvungent psykisk helsevern.

I phvl. § 2-1 tredje ledd er det gjort unntak fra denne hovedregelen. Bestemmelsen gir hjemmel for at psykisk helsevern overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse *på grunn av psykisk utviklingshemming eller senil demens* kan baseres på representert samtykke. Bakgrunnen for dette unntaket er at disse tilstandene vanligvis ikke vil falle inn under lovens hovedvilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, slik at tvangsreglene ikke utgjør et alternativt rettsgrunnlag. I disse tilfellene legges nærmere angitte bestemmelser i pasientrettighetsloven til grunn. Psykisk helsevern på bakgrunn av slikt representert samtykke forutsetter at pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen.

Dagens regulering er vurdert som problematisk fordi den i noen tilfeller kan hindre nødvendig helsehjelp til pasienter som ikke motsetter seg helsehjelpen, men som mangler samtykkekompetanse, ikke oppfyller vilkårene for bruk av tvang og faller utenfor gruppen som det er gitt adgang til å gi representert samtykke i forhold til.

Det er derfor gjort en *endring i pasrl. § 4-1 tredje ledd som vil gi mulighet til å gi representert samtykke i forhold til pasienter i denne gruppen*. Adgangen til å basere psykisk helsevern på representert samtykke er således utvidet.

Pasienter som ikke har samtykkekompetanse, ikke oppfyller vilkår for bruk av tvang og som motsetter seg helsehjelp, vil fremdeles falle utenfor regelverket. På bakgrunn av ønsket om å unngå et tosporet system er det ikke funnet grunn til å omfatte disse.

I et nytt femte ledd i pasrl. § 4-3 er det presisert at pasienter uten samtykkekompetanse som oppfyller eller mistenkes å oppfylle vilkår for bruk av tvang, eller som motsetter seg helsehjelp, bare kan gis behandling eller undersøkes i henhold til reglene i phvl. kap. 3 (tvungent psykisk helsevern).

### **1.b) Individuell plan**

I dag er det slik at alle pasienter i det psykiske helsevernet skal ha individuell plan, jfr. phvl. § 4-1. Overfor pasienter under frivillig vern kan slik plan imidlertid bare utarbeides med pasientens samtykke.

I somatikken gjelder retten til individuell plan bare for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester (jfr. pasrl. § 2-5).

I forbindelse med arbeidet med lovendringene ble det stilt spørsmål ved om denne ulikheten er hensiktsmessig, og man fant at dette ikke var tilfelle på bakgrunn av et ønske om å unngå stigmatisering og unødvendig byråkrati, samt erfaring med manglende etterlevelse av dagens krav.

*Individuell plan vil derfor etter lovendringen være regulert på samme måte som i somatikken, slik at plikten og retten til individuell plan bare gjelder i forhold til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Videre er det i forskrift om individuell plan § 5 bestemt at plan bare skal utarbeides når pasienten samtykker til det. Dette gjelder også for pasienter under tvungent psykisk helsevern.*

For å sikre etterlevelsen av denne plikten er det i ny § 3-8 annet ledd bestemt at *kontrollkommisjonen ved sin tremånederskontroll skal føre kontroll med at individuell plan foreligger.*

### **1.c) Valg av pårørende**

Pasienters pårørende er tillagt rettigheter med hensyn til informasjon, samtykke og journalinnsyn.

Hvem som er pårørende i forhold til pasienter i det psykiske helsevernet er i dag særskilt regulert i phvl. § 1-3, som detaljregulerer og gir pasienten begrenset valgrett. Reguleringen innebærer at ulike personer kan være pasientens pårørende i ulike sammenhenger.

Dette avviker fra pasientrettighetslovens ordning, der utgangspunktet er at pasienten selv peker ut hvem som er hans pårørende.

*Etter endringen vil valget av pårørende ikke lenger være regulert i psykisk helsvernloven, men som utgangspunkt følge reglene i pasientrettighetsloven.*

*For pasienter under tvungent psykisk helsevern er det gitt en særregel om at den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten gis tilsvarende rettigheter som den pasienten oppgir som nærmeste pårørende, med mindre særlige hensyn taler mot dette (jfr. pasrl. § 1-3 første ledd bokstav b i.f.).*

### **1.d) Valg av sykehus**

Pasienter i det psykiske helsevernet har i dag begrenset rett til valg av sykehus, jfr. phvl. § 1-5.

*Som følge av endringen i phvl. § 1-5 vil retten til valg av sykehus bli regulert i pasientrettighetsloven (pasrl. § 2-4). Pasienten vil således i utgangspunktet ha valgrett, men det er gjort unntak for pasienter under tvungent psykisk helsevern dersom det er "uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med vernet" (pasrl. § 2-4 nytt tredje ledd).*

## **2) Andre endringer i kap. 1**

### **2.a) Virkeområde**

Det er tatt inn en ny bestemmelse i phvl. § 1-1 a som regulerer psykisk helsevernlovens virkeområde i forhold til pasienter som oppholder seg på institusjon i det psykiske helsevernet med hjemmel i annen lov (f. eks. sosialtjenesteloven).

Gjennomføringen av slike opphold følger etter dagens lovgivning reglene i loven som gir hjemmel for oppholdet. Reglene i de aktuelle lovene er annerledes oppbygget og har i noen grad ulikt innhold enn psykisk helsevernlovens gjennomføringsregler (phvl. kap. 4).

*Etter endringen vil utgangspunktet være at alle opphold i institusjon i det psykiske helsevernet reguleres av psykisk helsevernlovens gjennomføringsregler. Formålet med endringen er å hindre uheldige forskjeller mellom pasienter som oppholder seg på samme institusjon.*

Det er gjort unntak for bestemmelser som særskilt gjelder pasienter under tvungent psykisk helsevern, så som hjemmelen for behandling uten eget samtykke (phvl. § 4-4).

### **2.b) Faglig ansvarlig for vedtak**

De fleste vedtak om bruk av tvang skal treffes av den faglig ansvarlige for vedtak.

I dag er hovedregelen at avdelingens overlege er faglig ansvarlig for vedtak, jfr. phvl. § 1-4. Det er imidlertid gjort unntak i forskrift som gjør det mulig at også annen psykiater eller kliniske psykologer med praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift kan være faglig ansvarlig, eller få delegert myndighet til å være det.

Dagens regulering vurderes å være kronglete og lite tilgjengelig, og phvl. § 1-4 første ledd er derfor blitt endret. *Endringen skal presisere gjeldende rettstilstand, og fastsetter at "spesialist i psykiatri eller klinisk psykolog med praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift" kan være faglig ansvarlig.*

Det presiseres i denne sammenheng at det bare er spesialist i psykiatri som kan være faglig ansvarlig for legemiddeltiltak (jfr. forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak ny § 3).

## **3) Nytt kap. 2 – Særlige samtykkebestemmelser**

I phvl. kap. 2 er det foretatt endringer som følge av de ovennevnte endringer vedrørende pasientrettighetslovens anvendelsesområde. Kapittelet vil etter endringen inneholde to bestemmelser som er videreføringer av deler av dagens kapittel 2.

§ 2-1 fastslår at psykisk helsevern som hovedregel skal baseres på samtykke, og at barn (under 16 år) har rett til å påklage etablering av psykisk helsevern på bakgrunn av foreldresamtykke til kontrollkommisjonen.

§ 2-2 viderefører retten til å oppstille vilkår om samtykke til tidsbegrenset tilbakehold i institusjon i forbindelse med frivillig psykisk helsevern.

#### **4) Nytt kap. 3 – Forenklinger og enkelte endringer**

Kapittel 3 i dagens psykisk helsevernlov har vært oppfattet som vanskelig tilgjengelig. Det nye kapittel 3 er ment å gjøre loven klarere og lettere å finne frem i.

De fleste bestemmelsene i kapittelet foreslås videreført uten innholdsmessige endringer – herunder grunn- og tilleggsvilkåret for tvungent psykisk helsevern (dagens § 3-3).

De viktigste materielle endringene er:

- avskaffelse av krav om innleggelsesbegjæring (tutorordningen), jfr. dagens phvl. § 3-8, jfr. § 3-7,
- lovfesting av offentlig myndighets varslingsplikt
- innføring av snevert unntak fra konverteringsforbudet

##### **4.a) Avskaffelsen av tutorordningen**

I dag er begjæring fra offentlig myndighet eller pasientens nærmeste (tutorerklæring) en av flere forutsetninger for tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Ordningen er ment å fungere som en rettsikkerhetsgaranti ved at bruk av tvang bare skal kunne skje på bakgrunn av flere separate vurderinger.

Opprinnelig var det en forutsetning at noen som kjente pasienten skulle uttale seg. Samfunnsutviklingen har medført at offentlig myndighet (herunder politiet) ofte blir bedt om å gi begjæring for bruk av tvang i forhold til personer som er ukjente for dem. Dette har sammenheng med at pårørende ofte opplever det som en belastning eller ikke ønsker å begjære innleggelse.

Dette har medført at tutorordningen i praksis har liten rettsikkerhetsmessig betydning i praksis. Den vesentligste rettsikkerhetsgarantien i forbindelse med tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ligger i kravet om to uavhengige legeundersøkelser.

På bakgrunn av dette er loven vedtatt endret slik at *kravet om tutor fjernes som et absolutt vilkår*.

Endringen må ses i sammenheng med at det samtidig *innføres en varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet*. Dette innebærer at offentlig myndighet har plikt til å fremme begjæring om innleggelse i tilfeller der de har kjennskap til en person som de mener har behov for hjelp og sannsynligvis oppfyller vilkårene for tvungent vern. Videre har offentlig myndighet plikt til å gi helsetjenesten nødvendig bistand i denne sammenheng.

I tilfeller der offentlig myndighet fremsetter begjæring vil de få klagerett på samme måte som etter dagens regelverk.

#### 4.b) Konverteringsforbudet

Dagens psykisk helsevernlov nedsetter som kjent et forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern (phvl. § 2-3). Bakgrunnen for dette er at pasienter skal kunne oppsøke hjelp uten å frykte at "bordet fanger", samt å sikre tillit til tjenesten og at pasienter skal oppleve å bli behandlet med respekt og verdighet.

Pasienter som er frivillig innlagte kan med andre ord når som helst kreve seg utskrevet, og det følger av Høyesteretts praksis at det må være foretatt en *reell* utskrivelse før det eventuelt kan etableres tvungent psykisk helsevern.

Det har knyttet seg tolkningstvil og praktiseringsproblemer til dagens bestemmelse, særlig i forhold til situasjoner hvor utskrivelse vurderes å innebære fare for pasienten og/eller andre.

Bestemmelsen er nærmere omtalt i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-18/2004, der det blant annet presiseres at en pasient som ber om å bli utskrevet kan holdes tilbake i en akutt nødrettssituasjon, men at det må foretas utskrivelse så snart faren er over. Dette kan være svært problematisk i situasjoner der utskrivelse vurderes som uforsvarlig. Videre kan faremomentet i noen tilfeller være tilstede over lengre tid og således begrunne langvarig tilbakeholdelse. Den rettslige situasjonen ved tilbakeholdelse med hjemmel i nødrett er uklar og rettssikkerhetsmessig problematisk i og med at phvl. kap. 3 og 4 ikke kommer til anvendelse. Dessuten vil pasienten kunne oppleve en utskrivelse som fiktiv hvis det går kort tid før tvungent vern etableres, noe som er uheldig med tanke på ønsket om tillit til helsetjenesten.

I den endrede loven er konverteringsforbudet regulert i *ny § 3-4*. Forbudet opprettholdes som den klare hovedregel, men av hensyn til pasientens rett til forsvarlig helsehjelp er det *gjort unntak for nærliggende og alvorlige faresituasjoner*.

*Det presiseres at unntaket bare innebærer at det gjøres unntak fra kravet om at utskrivelsen fra frivillig vern må være reell. Etableringen av tvungent psykisk helsevern må skje i henhold til de vanlige regler, herunder må pasienten undersøkes av en lege som er uavhengig av den ansvarlige institusjon, jfr. ny phvl. § 3-3 punkt 2.*

Unntak fra konverteringsforbudet bør bare gjøres hvor det foreligger en faretilstand som må antas å vare over noe tid. I tilfeller der pasienten bare vurderes å være til alvorlig fare for seg selv eller andre i en kort periode, for eksempel et par døgn på grunn av spesiell hendelse, vil det være mer naturlig at pasienten holdes tilbake på nødrettslig grunnlag så lenge faresituasjonen består.

Hvorvidt det skal gjøres unntak fra konverteringsforbudet må vurderes av den faglig ansvarlige for vedtak. I tilfeller der det gjøres unntak må vedkommende ved skriftlig redegjørelse gjøre kontrollkommisjonen særskilt oppmerksom på dette, jfr. ny phvl. § 3-4 annet ledd.

#### **4.c) Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold**

Tvungent psykisk helsevern *uten* døgnopphold kan benyttes i tilfeller der det vurderes som et bedre alternativ for pasienten enn tvungent vern med døgnopphold, jfr. phvl. § 3-1 annet ledd. Hvorvidt dette er tilfelle må avgjøres på bakgrunn av en konkret helhetsvurdering der det må ses hen til om pasienten har behov for døgkontinuerlig omsorg og behandling i institusjon, eller om vernet kan ivaretas i tilstrekkelig grad og på forsvarlig måte uten innleggelse.

Vedtak om tvungent vern uten døgnopphold begrenser seg til å gi pasienten pålegg om å møte frem til behandling. Medikamentell behandling forutsetter pasientens samtykke eller at det treffes eget vedtak om det med hjemmel i phvl. § 4-4.

Direktoratet har mottatt en rekke henvendelser vedrørende hva tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan innebære i henhold til dagens regelverk. Det gjennomgående spørsmålet har vært hvor pasienten kan oppholde seg mens vedkommende er under slikt vern, jfr. lovens krav om "opphold på egen bopel" (phvl. § 3-1 annet ledd). Begrepet "egen bopel" er tolket til å omfatte kommunal pleie- og omsorgsinstitusjon, men ikke institusjon i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid har dagens regelverk ikke vært ansett å være til hinder for at pasienter som ønsker det kan ha midlertidige opphold i slik institusjon, for eksempel i akutte forverringssituasjoner.

For å unngå uklarheter rundt dette er *bopelsbegrepet fjernet* fra den endrede lovens regulering av tvungent vern uten døgnopphold (ny phvl. § 3-5 tredje ledd).

*Endringen innebærer at pasienter under tvungent vern uten døgnopphold som utgangspunkt kan ha opphold på institusjon hvis de ønsker det, uavhengig av om institusjonen er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern. Det understrekes imidlertid at kravet om at tvungent vern uten døgnopphold må anses som den beste løsning for pasienten er til hinder for at slikt vern benyttes overfor pasienter som har behov for opphold på godkjent institusjon. For slike pasienter må det treffes vedtak (evt. overføringsvedtak) om tvungent vern med døgnopphold.*

I tillegg er det presisert i lovteksten at det ved vurderingen av om tvungent vern uten døgnopphold skal *benyttes skal tas hensyn til pårørende som bor sammen med pasienten.*

#### **4.d) Hjemmel for utvidet observasjonstid i unntakstilfeller**

Dersom det etter at en person er undersøkt av lege fortsatt er uklart om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, kan det som kjent treffes vedtak om tvungen observasjon (jfr. phvl. § 3-6).

Under forberedelsen av dagens lov ble lengste tillatte observasjonstid forkortet fra tre uker til ti dager på bakgrunn av rettsikkerhetshensyn.

Erfaring har vist at ti dager i enkelte tilfeller er for kort tid til å foreta en tilstrekkelig utredning, særlig i forhold til dobbeldiagnoser. Som følge av dette har noen pasienter blitt "svingdørspasienter" som skrives inn og ut fra det psykiske helsevernet uten å få den hjelpen de har behov for.



På bakgrunn av at det anses uheldig at det i noen tilfeller ikke blir rom for en forsvarlig utredning innen fristen er det innført en *unntaksbestemmelse som gir adgang til å utvide observasjonstiden med ti dager i tilfeller der dette anses som strengt nødvendig av hensyn til pasientens tilstand (ny phvl. § 3-2 tredje ledd)*. Dette forutsetter at kontrollkommisjonsleder samtykker til utvidelsen.

Det bemerkes i denne sammenheng at i tilfeller der det anses aktuelt å be om forlengelse bør kontrollkommisjonslederen kontaktes en viss tid før første tidagersfrist utgår, slik at vedkommende får anledning til å vurdere spørsmålet på en forsvarlig måte. Lederen bør kontaktes innenfor normal arbeidstid, og det bør tas hensyn til fridager. Forespørsel om forlenget observasjonstid skal bare skje på bakgrunn av en konkret vurdering av at dette er nødvendig i det enkelte tilfelle, og skal således ikke fremsettes rutinemessig.

#### **4.e) Opphevelse av § 3-9 fjerde ledd – Oppsettende virkning ifbm klage**

Dagens phvl. § 3-9 fjerde ledd, som gir oppsettende virkning i forbindelse med klage på vedtak om utskrivning uten klage fra pasienten, oppheves. Bakgrunnen for dette er at det anses som rettssikkerhetsmessig problematisk å tilbakeholde en pasient på bakgrunn av klage fra andre når den faglig ansvarlige for vedtak finner at lovens vilkår for tilbakeholdelse ikke er oppfylt. Det er imidlertid gitt adgang til at kontrollkommisjonen *kan* beslutte at en klage skal ha oppsettende virkning.

### **5) Endringer i kap 4 (gjennomføringsreglene)**

#### **5.a) Skjerming**

Phvl. § 4-3 gir i dag hjemmel for at pasienter som lider av sterk uro eller har utagerende adferd kan holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og helsepersonell som ikke deltar i undersøkelse, behandling eller omsorg for pasienten. Dersom tiltaket opprettholdes utover 48 timer må det treffes eget vedtak. Vedtaket kan bare treffes for tre uker av gangen. Hvis det er behov for å opprettholde skjerming utover tre uker må det således treffes nytt vedtak om dette.

På bakgrunn av at skjerming anses å kunne være svært inngripende overfor pasienten er det *foretatt endringer i phvl. § 4-3 som innebærer en strengere regulering av tiltaket*.

For det første er det satt *kortere frister for når vedtak må treffes*. Som hovedregel må vedtak treffes ved bruk av skjerming utover 24 timer, og vedtaket kan bare treffes for to uker av gangen. Ved overføring til skjermet enhet eller lignende som innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet må vedtak treffes innen 12 timer.

For det andre er det gjort *endringer i kriteriet for bruk av skjerming* slik at tiltaket i tillegg til uro- og utageringssituasjoner også kan være aktuelt i tilfeller der en pasient er suicidal eller kataton ("Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig...").

Det vil også bli fastsatt en *egen forskrift* om skjerming som har til hensikt å gi nærmere veiledning om hva skjerming kan omfatte og i hvilke situasjoner det er adgang til å benytte tiltaket. Denne vil tre i kraft samtidig som lovendringene.

### **5.b) Bruk av tvang ved behandling av alvorlige spiseforstyrrelser**

Det har tidligere blitt ansett som uklart om psykisk helsevernloven i dag gir hjemmel for bruk av tvang ved behandling av pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. I forbindelse med lovendringsarbeidet har dette spørsmålet blitt vurdert på nytt med det resultat at loven anses å kunne gi slik hjemmel (phvl. § 4-4).

Phvl. § 4-4 forutsetter at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern, og for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser knytter det seg særlige spørsmål i forhold til hovedvilkåret for etablering av slikt vern ("alvorlig sinnslidelse", jfr. phvl. § 3-3). Begrepet omfatter 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 (jfr. juridisk teori). En spiseforstyrrelsesdiagnose vil ikke i seg selv være tilstrekkelig til å oppfylle vilkåret, men i enkelte tilfeller kan pasientens kroppsoppfatning, selvbilde og/eller virkelighetsoppfatning være så fordreiet at vilkåret kan være oppfylt. Dette må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering.

Videre gir phvl. § 4-4 bare hjemmel for behandling av *psykisk lidelse*. Forskning viser at pasienter ved alvorlig undervekt har en redusert glukosemetabolisme som svekker deres kognitive funksjoner. Tilføring av ernæring kan i slike tilfeller innvirke på glucosemetabolismen og dermed øke hjernens funksjoner. På bakgrunn av dette kan næringstilførsel anses som behandling av pasientens alvorlige sinnslidelse.

Dagens § 4-4 oppstiller et forbud mot "alvorlige inngrep" som setter en skjønnsmessig og uklar grense for når næringstilførsel kan gjennomføres. Videre skaper kravet om om at behandling skal gjennomføres på godkjent institusjon problemer i tilfeller der det er behov for å gjennomføre behandlingen i somatisk avdeling.

Phvl. § 4-4 er vedtatt endret for å skape et tydelig og tilpasset rettsgrunnlag for gjennomføring av tvangsernæring. *Tiltaket er særskilt regulert i phvl. § 4-4 annet ledd bokstav b.*

Phvl. § 4-4 annet ledd bokstav b gjør *unntak fra forbudet mot alvorlige inngrep*, men oppstiller et vilkår om at næringstilførsel mot pasientens vilje fremstår som "det mest forsvarlige behandlingsalternativ". Dette innebærer at terskelen for inngrep ligger høyt, men at det vil være anledning til å iverksette behandling uten at det foreligger en ren nødrettssituasjon. For eksempel kan ernæring uten samtykke fremstå som strengt nødvendig av hensyn til pasientens videre prognose.

Det er fortsatt en forutsetning at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern (jfr. phvl. § 4-4 første ledd).

I phvl. ny § 3-5 annet ledd er det gjort *unntak fra kravet om opphold i godkjent institusjon* dersom midlertidig opphold i annen institusjon er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp. Med andre ord kan det være anledning til å gjennomføre

behandlingen på somatisk avdeling. I slike tilfeller skal den godkjente institusjonen likevel ha et overordnet ansvar for det tvungne psykiske helsevernet.

### **5.c) Regulering av urinprøvetaking for å avdekke rusmiddelmissbruk**

Psykisk helsevernloven gir i dag ikke hjemmel for urinprøvetaking ved mistanke om bruk av rusmidler. Erfaring har imidlertid vist at slike prøver tas i praksis, og det er derfor ansett nødvendig å lovregulere tiltaket.

*Phvl. ny § 4-7a gir hjemmel for å be om samtykke til eller treffe vedtak om urinprøvetaking.* Dette forutsetter blant annet at det foreligger mistanke om rusmiddelmissbruk, og at det anses som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen at slik prøve tas. Bestemmelsen gir således ikke hjemmel for rutinemessig urinprøvetaking.

### **5.d) Lovregulering av fastholding**

Bruk av tvangsmidler er i dag uttømmende regulert i phvl. § 4-8. Fastholding omfattes ikke av bestemmelsen. Bakgrunnen for dette er at fastholding ved vedtakelsen av dagens lov ikke ble ansett som like inngripende som tvangsmidlene som er nevnt i § 4-8.

Erfaring viser at fastholding brukes i betydelig omfang i psykisk helsevern for barn og ungdom.

På bakgrunn av rettsikkerhetshensyn er det vedtatt at *adgangen til å benytte fastholding skal reguleres. Fastholding er regulert som tvangsmiddel i phvl. § 4-8 ny bokstav d, og bruken av tiltaket er dermed undergitt reglene for bruk av tvangstiltak i § 4-8.* Hva som skal regnes som fastholding i lovens forstand er nærmere omtalt i forskrift om tvangsmidler og merknadene til denne.

### **5.e) Vedtakskompetanse for bruk av tvangsmidler**

Vedtak om bruk av tvangsmidler skal etter dagens regelverk som hovedregel treffes av lege (jfr. phvl. § 4-8). I tilfeller der dette ikke er mulig kan vedtak treffes av den ansvarshavende ved avdelingen. I slike tilfeller skal legen snarest mulig underrettes og ta standpunkt til om tiltaket skal opprettholdes.

Dette er endret slik at *vedtakskompetansen som hovedregel tillegges den faglig ansvarlige for vedtak* (phvl. § 4-8 nytt femte ledd). Bakgrunnen for dette er at kliniske psykologer med videreutdanning som fastatt i forskrift i utgangspunktet vurderes som like godt egnet til å foreta den aktuelle vurderingen. Klinisk psykolog kan imidlertid ikke treffe vedtak om bruk av korttidsvirkende legemiddel, jfr. ny § 3 i forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak.

### **5.f) Pasienter under tvungent vern - Overføring**

Vedtak om overføring til opphold i annen institusjon eller til annen tvangsform (fra tvungent vern *uten* døgnopphold til tvungent vern *med* døgnopphold, eller omvendt) kan etter dagens regelverk påklages til kontrollkommisjonen, jfr. phvl. § 4-10. Vedtaket

kan ikke gjennomføres før eventuell klagesak er avgjort, med mindre det vurderes som uomgjengelig nødvendig at overføringen skjer uten opphold.

Det har knyttet seg en del spørsmål til i hvilke tilfeller det må treffes vedtak om overføring og til hva som er vurderingstemaet ved kontrollkommisjonens behandling av klager etter phvl. § 4-10. Videre har klagefristen og muligheten for klage med oppsettende virkning skapt praktiske problemer for helsetjenestens planlegging av bruk av ressurser.

Phvl. § 4-10 er derfor blitt endret, og den endrede bestemmelsen *presiserer at det ikke skal treffes vedtak om overføring ved overføring til døgnopphold i avdeling innen samme institusjon, for eksempel fra akuttavdeling til langtidsavdeling. Videre er klagefristen redusert til én uke, og det fremgår at kontrollkommisjonen bare skal kunne underkjenne vedtaket dersom det ut fra hensynet til pasienten, plasseringsalternativer og forholdene "fremstår som urimelig".*

For ytterligere informasjon om endringene, vennligst ta kontakt med rådgiver Mari S. Vestrheim (tlf. 24 16 35 30 / [mas@shdir.no](mailto:mas@shdir.no)) eller rådgiver Vårin Hellevik (tlf. 24 16 33 43 / [vhe@shdir.no](mailto:vhe@shdir.no)).

Med vennlig hilsen

Gunn-Elin Aa. Bjørneboe e.f.  
ass. direktør

Ellinor F. Major  
fung. divisjonsdirektør