



Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer

Om rundskrivet

Om rundskrivet

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften gjelder for det psykiske helsevernet, som er en del av spesialisthelsetjenesten. Loven og forskriften regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungen psykisk helsevern, både i institusjon og ved poliklinisk behandling.

Mange av bestemmelsene regulerer bruk av tvang. Adgangen til tvangsinngrep er dels begrunnet i hensynet til pasienten selv, dels i hensynet til omgivelsene. Tvangsbruk er et svært alvorlig inngrep i enkeltmenneskers liv og selvbestemmelsesrett. Psykisk helsevernloven og forskriften skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Dette søkes oppnådd ved at det settes vilkår for særlige tiltak og gjennom regler om saksbehandling og kontroll. Videre skal reglene sikre at man ved iverksettelse av tiltak tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet, slik at tiltakene ikke brukes i større grad eller gis et større omfang enn nødvendig.

Psykisk helsevernloven med tilhørende forskrifter trådte i kraft 1. januar 2001. Loven har flere ganger vært gjenstand for endringer; senest ved [lov 10. februar 2017 nr. 6](#) der det ble gjort endringer for å øke pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet. Av særlig betydning er endringer som gir pasienter med samtykkekompetanse rett til å nekte behandling i det psykiske helsevernet, dersom det ikke foreligger fare for eget liv eller andres liv og helse. Endringene trådte i kraft 1. september 2017.

Lovforståelsen har også utviklet seg som følge av rettsavgjørelser og forvaltningspraksis, blant gjennom flere Høyesterettsdommer de senere årene.

Rundskrivet har tatt opp i seg ovennevnte endringer og erstatter rundskriv IS-9/2012.

Forholdet til annet lovverk

Psykisk helsevernloven er bare en av mange lover som regulerer det psykiske helsevernet. Loven må ses i sammenheng med blant annet [pasient- og brukerrettighetsloven](#), [helsepersonelloven](#), [spesialisthelsetjenesteloven](#), [helse- og omsorgstjenesteloven](#) og [rettshjelploven](#).

Bestemmelser om ansvar, plikter og organisering for **virksomheter** i helsetjenesten, det vil si bestemmelser på systemnivå, finnes i tjenestelovene; helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og [tannhelsetjenesteloven](#). Også [helseforetaksloven](#), [helseregisterloven](#) og [pasientjournalloven](#) regulerer plikter og ansvar på systemnivå. Helsepersonelloven regulerer først og fremst **helsepersonells** plikter og ansvar.

En rekke av helsepersonellovens og tjenestelovenes pliktbestemmelser reflekterer eller henviser til rettighetsbestemmelser for pasienter og pårørende som finnes i pasient- og brukerrettighetsloven.

Målgruppe

Rundskrivet primære målgruppe er de som skal initiere eller gjennomføre (tvungen) behandling av pasienter i det psykiske helsevernet; fastleger, legevaktsleger, faglig ansvarlige og annet helsepersonell i psykisk helsevern, kontrollkomisjonene og fylkesmennene. Rundskrivet vil også være relevant for helsepersonell som jobber med psykisk helsearbeid og rus i kommunen, samt for pasienter og deres pårørende.

Ledere i helsetjenesten må være oppmerksom på [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 c](#) som pålegger arbeidsgiver å ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten. Dette rundskrivet må være tilgjengelig i alle virksomheter der det er relevant.

Leseveiledning

Rundskrivet gjengir hver enkelt paragraf i loven og forskriften med tilhørende kommentarer nedenfor.

Forskriften utdyper i stor grad det som er regulert i loven. Det blir derfor noen ganger dobbeltbehandling av temaene i rundskrivet. Det kreves ofte at man leser flere steder i rundskrivet for å få en helhetlig og fullstendig beskrivelse av et tema. For eksempel er tiltaket skjerming regulert og beskrevet både i loven §§ 4-3 og 4-2 med kommentarer og i forskriften §§ 16-18 med kommentarer. Det gis henvisninger og lenkes mellom relevante bestemmelser i loven og forskriften.

I kommentarene finnes også lenker til aktuelle lover, forskrifter, rundskriv og retts- og forvaltningsavgjørelser.

For en grundigere beskrivelse av lovens og forskriftens bestemmelser om kontrollkommisjonens virksomhet, vises til rundskriv [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet](#).

Innholdsfortegnelse

1 Psykisk helsevernloven med kommentarer

- 1.1 Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser
- 1.2 Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser
- 1.3 Kapittel 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern
- 1.4 Kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern
- 1.5 Kap. 4 A. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå
 - 1.5.1 I. Alminnelige bestemmelser
 - 1.5.2 II. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger
 - 1.5.3 III. Særskilte sikkerhetstiltak i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå
- 1.6 Kapittel 5. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern
- 1.7 Kapittel 6. Kontroll og etterprøving
- 1.8 Kapittel 7. Domstolprøving
- 1.9 Kapittel 8. Forskjellige bestemmelser

2 Forskrift til psykisk helsevernloven med kommentarer

- 2.1 Kapittel 1. Øyeblikkelig hjelp, godkjenning av institusjoner og faglig ansvarlig
- 2.2 Kapittel 2. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern m.m.
- 2.3 Kapittel 3. Skjerming, undersøkelse og behandling uten eget samtykke og tvangsmidler
 - 2.3.1 I. Innledende bestemmelse
 - 2.3.2 II. Skjerming
 - 2.3.3 III. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke
 - 2.3.4 IV. Tvangsmidler
 - 2.3.5 V. Generelle bestemmelser
- 2.4 Kapittel 5. Gjennomføring av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon
- 2.5 Kapittel 6. Pasienter i privat forpleining
- 2.6 Kapittel 7. Kontrollkommisjonens virksomhet
 - 2.6.1 I. Generelle bestemmelser
 - 2.6.2 II. Saksbehandlingsregler i klagesaker
 - 2.6.3 III. Etterprøving av vedtak uten klage
 - 2.6.4 IV. Kontroll med pasientens opphold ved institusjonen
 - 2.6.5 V. Godtgjøring m.m.
- 2.7 Kapittel 8. Sluttbestemmelser

1 Psykisk helsevernloven med kommentarer

1.1 Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser

1.1.1 § 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 menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.

Kommentarer til § 1-1:

Paragraf 1-1 er lovens formålsbestemmelse.

I **første ledd første punktum** slås det fast at psykisk helsevernloven skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Se nærmere nedenfor om forholdet til menneskerettighetene. Henvisningen til menneskerettighetene medfører ingen vesentlig innholdsmessig endring ettersom de fleste menneskerettighetene allerede er gjort til norsk lov, men er en påminnelse om at menneskerettighetene legger føringer på lovtolkningen. Grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper sikres ved at bestemmelsene i loven setter vilkår for særlige tiltak, og gjennom regler om saksbehandling og kontroll.

Første ledd andre punktum understreker at selv om psykisk helsevernloven gir hjemmel for å anvende tvang, er det et overordnet mål med loven å forebygge og begrense bruk av tvang.

Annet ledd slår fast at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. I dette ligger et krav om at pasientens kroppslige og psykiske grenser i størst mulig grad skal respekteres. Kravet om at helsehjelpen så langt mulig skal være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett, markerer frivillighetsprinsippet og at bruk av tvang alltid skal være en subsidiær løsning. Det må dermed lages individuelt tilpassede løsninger for hver enkelt pasient.

Nærmere om forholdet til menneskerettighetene

Psykisk helsevernloven anses å være i overensstemmelse med Norges folkerettslige forpliktelser, se forarbeidene i [Ot.prp. nr. 11 \(1998-1999\) kapittel 4](#), [Ot.prp. nr. 65 \(2005-2006\) kapittel 3](#) og [Prop. 78 L \(2015-2016\) kapittel 8.4](#). I tillegg til å påvirke utformingen av bestemmelsene i psykisk helsevernloven, gir menneskerettighetene føringer ved fortolkningen av de ulike bestemmelsene.

Følgende menneskerettigheter er særlig betydning ved bruk av tvang i psykisk helsevern:

- Ingen skal berøves friheten uten i lovbestemte tilfeller, og på den måten som er foreskrevet i nasjonal lovgivning. Frihetsberøvede har rett til rask overprøving av domstol, jf. [Den europeiske menneskerettskonvensjonen \(EMK\) artikkel 5](#) og [Grunnloven § 94](#)
- Krav om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov (legalitetsprinsippet), jf. [Grunnloven § 113](#)
- Retten til privatliv, jf. [EMK artikkel 8](#) og [Grunnloven § 102](#)
- Forbudet mot tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling, jf. [EMK artikkel 3](#) og [Grunnloven § 93](#)

- Diskrimineringsforbudet, det vil si forbud mot usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling, jf. [Grunnloven § 98](#), [EMK artikkel 14](#) og [FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne \(CRPD\)](#)
- Retten til høyest mulig fysisk og psykisk levestandard, jf. [Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter \(ØSK\) artikkel 12](#)

[Menneskerettsloven](#) gjør de sentrale menneskerettskonvensjonene til norsk lov med forrang fremfor annen lov ved motstrid.

[CRPD artikkel 14](#) beskytter den «personlig frihet og sikkerhet» til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det fremgår av artikkel 14 nr. 1 bokstav b at " ...nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse." Norge har avgitt tolkningserklæringer i forbindelse med ratifikasjonen av CRPD, der det fremgår at tvangsreglene i psykisk helsevernloven vurderes å være forenelige med CRPD. Konvensjonen overvåkes av FNs CRPD-komité, som har gått langt i å antyde at tvangspsykiatri er uforenelig med konvensjonen. Høyesterett har uttalt: "Så langt jeg kan bedømme det, er det ikke grunnlag for generelt å konkludere med at konvensjonen forbyr tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, når dette skjer i henhold til de kriterier som følger av psykisk helsevernloven." ([HR-2016-01286-A](#)).

Menneskerettighetene er i stadig utvikling, og psykisk helsevernloven må regelmessig vurderes opp mot utviklingen. Regjeringen nedsatte i juni 2016 et [lovutvalg](#) som skal vurdere tvangslovene på helse- og omsorgsfeltet samlet, herunder forholdet til internasjonale forpliktelser og om det er behov for endringer i regelverket for å imøtekomme disse forpliktelsene. Utvalget har frist til 1. september 2018.

Bruk av tvungent psykisk helsevern varierer mellom helseforetakene, og en av årsakene er antagelig ulik praktisering av loven, både mellom institusjoner og kontrollkommisjoner. Se rapporten [Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne](#). Slik variasjon er uakseptabel dersom den ikke med sikkerhet kan dokumenteres å være faglig nødvendig og fullt ut forsvarlig i henhold til regelverk og standarder for god faglig praksis. Konsekvensene av feil er alvorlige for den enkelte pasient. I tillegg til opplevd krenkelse for den som påføres tvangen, medfører feil bruk av tvang brudd på helseinstitusjoners plikt til å ivareta pasientsikkerheten. Både institusjonene selv, kontrollkommisjonen og fylkesmannen må derfor forholde seg aktivt og kritisk til tvangsbruk i institusjoner innenfor sitt ansvarsområde. Ledelsen for enheter som etter den enkelte kontrollkommisjons vurdering har en omfattende bruk av tvang, bør varsles om dette og eventuelt innkalles til møte med kommisjonen for å diskutere situasjonen og aktuelle tiltak. Ved alvorlige forhold, som gjentatt ulovlig praksis som ikke blir rettet opp, skal kontrollkommisjonen varsle fylkesmannen, som skal følge opp saken.

[Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse](#) overvåker om Norge overholder FNs torturkonvensjon. Enheten bidrar ved sine besøk hos institusjoner i det psykiske helsevernet, til å avdekke svikt i praktiseringen av tvungent psykisk helsevern. Enhetens funn gir grunn til å minne institusjoner og kontrollkommisjoner om

- at pasient og pårørendes har rett til informasjon om vedtak så snart som mulig, herunder begrunnelse og informasjon om klagemuligheter
- at informasjonsmateriell om pasientrettigheter, klageinstanser og klageadgang i institusjonen, herunder informasjon om kontrollkommisjonen og kommisjonens besøk i institusjonen, skal være lett tilgjengelig for pasienter og pårørende
- institusjonens lovpålagte plikt til å dokumentere tvangsvedtak

1.1.2 § 1-1 a. Virkeområde

Bestemmelsene i loven her gjelder for undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet, samt for forutgående undersøkelse med sikte på etablering av tvungent psykisk helsevern.

Dersom en institusjon i det psykiske helsevernet er ansvarlig for et opphold som skjer i medhold av en annen lov, gjelder bestemmelsene i kapittel 4 med unntak av §§ 4-4, 4-4a, 4-5 annet ledd, 4-7 a annet ledd, 4-9 og 4-10 for gjennomføringen av oppholdet. For pasienter innlagt i medhold av [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3](#), skal § 4-7 a annet ledd i loven her likevel gjelde tilsvarende.

Kommentarer til § 1-1 a:

Paragraf 1-1 a definerer psykisk helsevernlovens saklige virkeområde. Se om geografisk virkeområde i [§ 8-1](#).

Første ledd fastslår at loven gjelder for undersøkelse og behandling i det psykiske helsevernet, og for forutgående undersøkelse med sikte på etablering av psykisk helsevern. Se [§ 1-2](#) for definisjon av psykisk helsevern.

Annet ledd: Lovens [kapittel 4](#) om gjennomføring av psykisk helsevern gjelder også for pasienter som har opphold i det psykiske helsevernet med hjemmel i annen lov. Eksempel på dette er pasienter innlagt med hjemmel i [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3](#) eller [barnevernloven § 4-24](#), personer som blir innlagt til rettspsykiatrisk undersøkelse med hjemmel i [straffeprosessloven § 167](#) og rusavhengige som får frivillig behandling i institusjon i det psykiske helsevernet etter henvisning fra sosialtjeneste eller lege.

Formålet med annet ledd er å hindre uheldige forskjeller mellom pasienter som oppholder seg på samme institusjon. Det er likevel gjort unntak for bestemmelsene i psykisk helsevernloven §§ [4-4](#), [4-4 a](#), [4-5 annet ledd](#), [4-7 a annet ledd](#), [4-9](#) og [4-10](#) for personer som er innlagt etter andre bestemmelser enn psykisk helsevernloven.

Av **annet ledd annet punktum** fremgår det at unntaket for rusmiddeltesting, jf. [§ 4-7 a annet ledd](#), ikke gjelder pasienter innlagt med tvang i medhold av [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3](#). Disse kan altså rusmiddeltestes på linje med pasienter som er innlagt til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

For pasienter som har opphold med hjemmel i [straffeprosessloven § 167](#) kan også restriksjoner som er hjemlet i straffeprosessloven benyttes, for eksempel brev- og besøksforbud.

For pasienter som har opphold i det psykiske helsevernet etter dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, gjelder [kapittel 5](#) i tillegg til enkelte av lovens øvrige bestemmelser. Se [§ 5-1](#). Gjennomføring av tvungen omsorg skal skje under ansvar av en fagenhet i spesialisthelsetjenesten som er innrettet for formålet, jf. [straffeloven § 63 annet ledd](#). Per i dag er dette lagt under psykisk helsevern. [Straffeloven § 64](#) angir hvilke regler i psykisk helsevernloven som gjelder ved gjennomføringen av tvungen omsorg.

Kontrollkommisjonen er klageorgan for vedtak som treffes under institusjonsoppholdet med hjemmel i lovens kapittel 4, uavhengig av hjemmelen for oppholdet. Kontrollkommisjonen er imidlertid ikke klageinstans for **etableringsvedtak** etter annen lov enn psykisk helsevernloven. Vedtak etter [helse- og omsorgstjenesteloven](#) kapittel 10 og [barnevernloven](#) treffes av [fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker](#). Eventuell overprøving av tvang/tilbakeholdelse må i disse tilfellene foretas av domstolen ([helse- og omsorgstjenesteloven § 10-7](#) og [barnevernloven § 7-24](#)). Kontrollkommisjonen har heller ingen rolle i overprøving av særreaksjonene dom på tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg.

Dersom fylkesnemnda har truffet vedtak om rusmiddeltesting, regnes dette som en del av etableringsvedtaket

1.1.3 § 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 tvungen observasjon menes slik undersøkelse, pleie og omsorg som nevnt i første ledd, med sikte på å klarlegge om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#).

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#).

Kommentarer til § 1-2:

Første ledd definerer psykisk helsevern til å være spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse. Begrepet omfatter også pleie og omsorg som det er nødvendig at spesialisthelsetjenesten utfører i denne sammenheng.

Psykisk helsevernloven regulerer tjenester som drives av regionale helseforetak og helseforetak, og tjenester drevet av private spesialisthelsetjenester på vegne av slike. Kommunale tilbud reguleres av [helse- og omsorgstjenesteloven](#).

Annet ledd definerer begrepet tvungen observasjon, og innebærer at slik undersøkelse ikke regnes som tvungent psykisk helsevern i lovens forstand, jf. tredje ledd. Henvisningen til [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#) er tatt inn for å presisere at observasjon som er basert på eget eller representert samtykke ikke regnes som tvungen observasjon i lovens forstand.

Tredje ledd definerer begrepet tvungent psykisk helsevern. Henvisningen til [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#) er tatt inn for å presisere at psykisk helsevern som er basert på eget eller representert samtykke, ikke regnes som tvungent psykisk helsevern i lovens forstand.

Ved at pleie og omsorg inngår i definisjonene av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, er det forutsatt at pasienten også uten eget samtykke får slik hjelp til stell og daglig hygiene at vedkommende ikke utsettes for helsefare. Tiltakene må være forholdsmessige og ikke mer omfattende enn nødvendig. Ved behov for somatisk helsehjelp **ut over dette**, hvor pasienten mangler samtykkekompetanse, [kan pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-5, 4-6, 4-6 a, 4-7](#) eller [kapittel 4A](#) gi adgang til å yte slik helsehjelp. Se rundskrivet [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#).

1.1.4 § 1-3. Offentlig myndighet

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

Kongen kan gi forskrifter om hvem som skal anses som offentlig myndighet, samt om utøvelsen av deres kompetanse etter loven her.

Kommentarer til § 1-3:

Første ledd definerer hvem som regnes som offentlige myndigheter i psykisk helsevernlovens forstand.

Offentlig myndighet er pålagt varslings- og bistandsplikt ([§ 3-6](#)). Se [psykisk helsevernforskriften § 7](#) for nærmere beskrivelse av hvilke offentlige myndigheter som kan begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

I **annet ledd** åpnes det for at Kongen kan gi forskrifter til bestemmelsen. En bestemmelse om offentlig myndighet som begjærende instans er gitt i [psykisk helsevernforskriften § 7](#).

1.1.5 § 1-4. Den faglig ansvarlige for vedtak

Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant 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. Kongen kan i forskrifter gjøre unntak fra første ledd.

Kommentarer til § 1-4:

Første ledd fastsetter hvem som kan være faglig ansvarlig for å treffe vedtak eller beslutte å sette i verk tiltak som er nærmere angitt i loven. Med nærmere angitte tiltak menes blant annet beslutning om skjerming før 12- eller 24-timersgrensen ([§ 4-3](#)).

En person som fyller kompetansekravene for å være faglig ansvarlig vil ikke automatisk ha slik myndighet. Faglig ansvarlig utpekes særskilt av den enkelte institusjon, og utpekingen får ingen betydning for ledelsesforholdet ved institusjonen. Vedtakskompetansen må organiseres på en måte som oppfyller [spesialisthelsetjenesteloven](#)s og [helsepersonellovens](#) krav til faglig forsvarlighet på system- og individnivå.

Med hjemmel i **annet ledd** er det gitt en bestemmelse i [psykisk helsevernforskriften § 5](#) om kravene til den faglig ansvarliges kompetanse, samt hjemmel for å dispensere fra disse kravene.

1.1.6 § 1-5. Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven

Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder [pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Kommentarer til § 1-5:

Bestemmelsen fastsetter at [pasient- og brukerrettighetsloven](#) gjelder for pasienter i det psykiske helsevernet. Pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om hvem som skal regnes som pasientens pårørende, om rett til helsehjelp, om pasientens og nærmeste pårørendes rett til medvirkning, informasjon og samtykke til helsehjelp gjelder altså også i det psykiske helsevernet. Unntakene fremgår uttrykkelig av pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser (pasient- og brukerrettighetsloven §§ [1-3 b](#)), [2-1b](#) syvende ledd, [2-2](#) femte ledd, [2-4](#) tredje ledd, [3-3](#) andre ledd, [4-3](#) femte ledd og [4A-2](#) andre ledd).

1.1.7 § 1-6. Forholdet til forvaltningsloven

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

Kommentarer til § 1-6:

[Forvaltningsloven](#) kommer til anvendelse for behandling av saker etter psykisk helsevernloven. Dette gjelder ikke [forvaltningsloven § 12](#); bestemmelser om advokat eller annen fullmektig reguleres i [psykisk helsevernloven § 1-7](#).

Når det fattes enkeltvedtak etter psykisk helsevernloven vil forvaltningsloven supplere de spesielle saksbehandlingsreglene i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften. Det gjelder særlig

[forvaltningsloven](#) kapittel IV om saksforberedelse av enkeltvedtak, kapittel V om vedtaket og kapittel VI om klage og omgjøring.

Enkelte vedtak er av så akutt karakter at det ikke kan stilles samme krav til varsling og utredning som ellers før det fattes vedtak, jf. [forvaltningsloven](#) kapittel IV. Dette gjelder særlig i situasjoner hvor det er aktuelt å treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse ([§ 3-1](#)), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon ([§ 4-6](#)) og bruk av tvangsmidler ([§ 4-8](#)). Saksbehandlingsreglene i [forvaltningsloven](#) kapittel IV og V og psykisk helsevernloven er fleksibelt utformet med egne unntaksbestemmelser, og vil således kunne ivareta de særlige behov for rask avklaring og handling som kan oppstå i krisepregede situasjoner.

[Forvaltningsloven](#) kapittel VI om klage og omgjøring supplerer reglene om overprøving i psykisk helsevernloven, herunder gjelder hovedregelen om tre ukers klagefrist fra tidspunktet underretning om vedtaket er kommet frem til den klageberettigede.

For **pasienten** er fristen for å klage lenger for vedtak om etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Pasienten kan klage på slike vedtak i inntil tre måneder etter at det psykiske helsevernet er opphørt ([§§ 3-2, 3-3 og 3-7](#)).

For vedtak om overføring er klagefristen kortere, nemlig én uke fra klageberettigede får underretning om vedtaket ([§ 4-10](#)).

1.1.8 § 1-7. Rett til å bruke 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 for såvidt 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 tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, saker om overføringer, som nevnt i [§§ 2-1 annet ledd og 2-2 femte \[1\] ledd](#) og ved klage til fylkesmannen over vedtak om undersøkelse og behandling etter [§ 4-4](#), har pasienten rett til fri rettshjelp etter [lov av 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp](#).

Kommentarer til § 1-7:

Bestemmelsen regulerer pasientens rett til advokat eller annen fullmektig.

Første ledd fastslår at pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig i forbindelse med klage til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen på vedtak som er truffet med hjemmel i psykisk helsevernloven. Som det går frem av **annet punktum** kommer [forvaltningsloven § 12 annet og fjerde ledd](#) til anvendelse i denne sammenhengen. Disse bestemmelsene regulerer hvem som kan være fullmektig og fastsetter et krav om skriftlig fullmakt. Advokater trenger ikke å legge frem skriftlig fullmakt.

Annet ledd regulerer hvordan henvendelser mellom pasienten eller eventuell fullmektig og forvaltningsorganet skal foregå.

Tredje ledd fastsetter at pasienten i følgende saker har rett til fri rettshjelp (det vil si gratis advokat) ved klage til kontrollkommisjonen:

- Sak om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (§§ [3-2](#), [3-3](#) og [3-7](#))
- Sak om overføring (§§ [4-10](#) og [5-4](#))
- Sak om undersøkelse eller behandling i institusjon for barn over 12 år som er uenig i tiltaket ([§ 2-1 annet ledd](#))
- Sak om krav om samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i [§ 3-5](#) ([§ 2-2 fjerde ledd](#))

Videre har pasienten rett til fritt rettsråd ved **klage til fylkesmannen** over vedtak om undersøkelse og behandling ([§ 4-4 a](#)). For praktisk informasjon om advokatbistand i forbindelse med klage til fylkesmannen over behandling uten eget samtykke, vises det til kapittel 3 i [Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4 a jf. § 4-4](#)

Kontrollkommisjonen skal på eget initiativ oppnevne advokat for en pasient som fremmer klager som er nevnt, jf. [rettshjelploven § 21](#). Pasienten kan velge advokat selv dersom han eller hun ønsker det.

Fri rettshjelp omfatter utgifter til advokatens salær, samt sideutgifter som for eksempel tolk. Ved klage til fylkesmannen over vedtak etter [§ 4-4 a](#), gis fritt rettsråd i form av stykkpris med fem ganger den offentlige salærsatsen.

I andre klagesaker etter psykisk helsevernloven, for eksempel klager på vedtak om bruk av tvangsmidler ([§ 4-8](#)) eller skjerming ([§ 4-3](#)), gjelder det ingen automatisk rett til dekning av utgifter til advokatbistand. I slike saker må advokaten eventuelt søke fylkesmannen om fritt rettsråd på vegne av pasienten i henhold til [rettshjelploven § 11 tredje ledd](#). Slik dekning forutsetter i utgangspunktet at pasienten oppfyller de økonomiske vilkårene for å motta fri rettshjelp (inntekts- og formuesgrense). Videre vil fylkesmannen gjøre en vurdering av om saken «objektivt sett berører søker i sterk grad». Det følger av rettshjelploven at slik dekning bare skal innvilges unntaksvis.

Nærmeste pårørende har ikke rett til fri advokatbistand ved klager til kontrollkommisjonen eller fylkesmannen. Dekning av nærmeste pårørendes advokatutgifter vil måtte behøvsprøves etter de generelle reglene i rettshjelploven. Ved domstolsprøving av kontrollkommisjonens vedtak ([§ 7-1](#)), vil nærmeste pårørende få sakens kostnader dekket etter [tvisteloven § 36-8](#).

[1] En feil i loven - korrekt henvisning er fjerde ledd

1.1.9 § 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 pårørende, såfremt vedkommende uttrykkelig har godtatt bruk av elektronisk kommunikasjon.

Kommentarer til § 1-8:

Første punktum fastslår at bestemmelser i eller i medhold av psykisk helsevernloven som forutsetter skriftlighet eller underskrift, ikke er til hinder for bruk av elektronisk kommunikasjon. Forutsetningen for at undertegning kan skje elektronisk, er at det kan gjøres på en måte som sikrer underskriftens autenticitet. Bestemmelsen fastslår således at skriftlig og elektronisk informasjon likestilles, og innebærer at det er unødvendig å ha papirversjoner i tillegg til elektronisk journal. Pasientjournal skal som hovedregel føres elektronisk og kun unntaksvis på papir. Dette følger av [forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg § 3](#).

Av **annet punktum** følger det at bestemmelser om skriftlighet eller underskrift heller ikke vil være til hinder for at meldinger, varslar og lignende til pasienten eller nærmeste pårørende kan skje

elektronisk. Dette gjelder meldinger fra institusjon, så vel som fra kontrollkommisjon eller fylkesmann i forbindelse med klagesaksbehandling.

Dette forutsetter imidlertid at mottakeren uttrykkelig har godtatt bruk av elektronisk kommunikasjon, og at det er benyttet metode som sikrer konfidensialitet og at meldingen kommer fram til mottakeren.

Bestemmelsen er teknologinøytral, hvilket innebærer at den ikke skiller mellom ulike måter å bruke elektronisk kommunikasjon på. Elektronisk kommunikasjon med pasienter må tilpasses etter hvilken teknologi som tas i bruk. For eksempel er sms ikke en teknologi som anses som tilstrekkelig sikker til å utveksle helseopplysninger. Selv om sms i utgangspunktet kun skal brukes til timebestilling eller annen praktisk informasjon, kan bruk av sms i pasientkontakt føre til at det utveksles helseopplysninger. I den grad sms skal brukes i pasientkommunikasjon, skal dette verktøyet kun brukes til utveksling av praktisk informasjon.

Ytterligere informasjon om, og praktiske eksempler på, hvordan slik kommunikasjon kan gjennomføres og organiseres, finnes i bransjenormen [Norm for informasjonssikkerhet kapittel 5.7.5](#), samt [Veileder i bruk av portalløsninger, sms og epost](#).

1.2 Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser

1.2.1 § 2-1. Hovedregelen om samtykke

Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven](#), med mindre annet følger av loven her.

Ved undersøkelse eller behandling med opphold i institusjon for barn som har fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 2-1:

Første ledd: Samtykkereglene i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder med mindre annet følger av psykisk helsevernloven. Se [psykisk helsevernloven kapittel 3](#) som handler om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.

Hovedregelen er at psykisk helsevern ytes på bakgrunn av pasientens eget samtykke (frivillig behandling).

For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1](#).

[Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2](#) regulerer hvilke krav som stilles til samtykkets form. Samtykke kan gis:

- uttrykkelig, skriftlig eller muntlig, eller
- stilltiende

For å kunne legge et stilltiende samtykke til grunn, må pasientens handlemåte og omstendighetene ellers gjør det sannsynlig at vedkommende godtar helsehjelpen. Fravær av motstand er ikke tilstrekkelig til å si at det foreligger et gyldig samtykke.

I tillegg til kravene som er nevnt over, må pasienten ha samtykkekompetanse for å avgi et gyldig samtykke, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#).

Helsepersonell i det psykiske helsevernet må alltid vurdere hvorvidt en pasient har samtykkekompetanse, fordi:

- Samtykkekompetanse er en forutsetning for behandling basert på pasientens samtykke (frivillig behandling, jf. over).
- Pasientens nærmeste pårørende får selvstendige rettigheter til informasjon og medvirkning der pasienten mangler samtykkekompetanse jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd](#) og [§ 3-3 annet ledd](#).
- Manglende samtykkekompetanse er et vilkår for bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Se kapittel 1 nedenfor.

Representert samtykke:

For samtykke på vegne av **barn og unge under 16 år** er det gitt bestemmelser i [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4](#). Kun unntaksvis kan barn under 16 år samtykke selv. Undersøkelse og behandling av pasienter under 16 år skjer på bakgrunn av samtykke fra foreldrene eller andre med foreldreansvaret, eller barneverntjenesten. Barnet har uttale- og medvirkningsrett. Foreldre/barnevern-samtykke kan gi grunnlag for både etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, selv om barnet motsetter seg. Se nærmere om barn- og unges klagerett i § 2-1 annet ledd med kommentarer nedenfor. Overfor denne pasientgruppen skal det dermed ikke fattes vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern eller tvungen behandling. Dersom foreldrene ikke samtykker til innleggelse og nødvendig behandling, må det vurderes om det skal inngis melding til barneverntjenesten, som deretter kan vurdere tiltak etter barnevernloven.

For samtykke på vegne av **barn og unge mellom 16 og 18 år uten samtykkekompetanse** er det gitt bestemmelser i [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5](#). Ved undersøkelse og behandling av psykiske lidelser for ungdom mellom 16 og 18 år som motsetter seg helsehjelpen eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, kan helsehjelpen kun gis med hjemmel i [psykisk helsevernloven kapittel 3](#), jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd](#).

For en **myndig pasient som ikke er samtykkekompetent og ikke motsetter seg helsehjelpen**, er det gitt regler i [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6](#) om hvem som kan ta avgjørelser om helsehjelp på vegne av pasienten. Denne bestemmelsen gjelder som utgangspunkt også for beslutninger om å yte helsehjelp for psykiske lidelser. Den får imidlertid ikke anvendelse om det foreligger en alvorlig sinnslidelse eller om pasienten motsetter seg helsehjelpen, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd](#). I så fall må helsehjelpen skje etter reglene i psykisk helsevernloven.

For utfyllende beskrivelse av bestemmelsene om samtykke til helsehjelp, se [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#) og rundskrivet [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#). Se også [e-læringsprogram om samtykke til helsehjelp](#). Kurset gir en innføring i reglene om samtykke til helsehjelp og vurdering av samtykkekompetanse. Kurset er beregnet på helsepersonell, og kan anvendes både som en introduksjon til temaet og som en oppfriskning av kunnskaper.

I kapittel 1-4 nedenfor gis en nærmere omtale av vurdering av samtykkekompetanse i psykisk helsevern.

I **§ 2-1 annet ledd** fremgår at dersom et barn har fylt 12 år og ikke selv ønsker behandling med opphold i institusjon, må spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen. Barnet/ungdommen kan også senere be om at vernet skal opphøre ([psykisk helsevernforskriften § 60 annet ledd](#)).

Prøvelsesretten er begrenset til «opphold i institusjon». Begrunnelsen for at adgangen ble begrenset til tilfeller med døgnopphold i institusjon, var at institusjonsopphold generelt sett vil oppleves mer inngripende enn for eksempel en konsultasjon på poliklinikk ([Ot.prp. nr. 65 \(2005-2006\) s. 58](#)). Etter

Helsedirektoratets vurdering vil også døgkontinuerlig behandling etter en type arenaflexibel modell omfattes av prøvelsesretten, selv om pasienten i hovedsak sover hjemme og mottar behandling gjennom dagen på ulike arenaer. Avgjørende må være grad av intensitet i behandlingsopplegget, og om den kan anses like inngripende som en tradisjonell døgninnleggelse.

Adgangen til å bringe saken inn for kontrollkommisjonen er begrenset til barn som har fylt 12 år. Noe av begrunnelsen for adgangen var et ønske om å gi barnet adgang til å fremme sine synspunkter og til å fremme barnets mulighet til å bli hørt. Barns uttale- og medbestemmelsesrett er siden styrket i både internasjonal og norsk rett, senest gjennom en ny bestemmelse i [Grunnloven § 104](#). Det settes ingen aldersgrense, men det slås fast at barnets mening skal vektlegges i overensstemmelse med alder og modenhet. På denne bakgrunn, og i lys av at etablering av psykisk helsevern kan fremstå inngripende for barn og unge og kun er basert på samtykke fra foreldre eller barnevern, bør kontrollkommisjonen vurdere i hvert enkelt tilfelle hvorvidt barnets alder og modenhet tilsier at det gis rett til å overprøve etablering også før fylte 12 år. Det antas uansett kun å være aktuelt hvis barnet nærmer seg 12 år.

Fordi barnet/ungdommen er innlagt med grunnlag i samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret, skal kontrollkommisjonen ikke foreta prøving av lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern. I disse sakene skal kontrollkommisjonen ta 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 være naturlig å se hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern, og å vurdere om det foreligger et gyldig samtykke til behandlingen ([pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4](#)).

Barnet/ungdommen har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel ([psykisk helsevernloven § 1-7](#)).

1. Nye regler om krav om manglende samtykkekompetanse ved bruk av tvang etter psykisk helsevernloven

Etter endringer i psykisk helsevernloven med virkning fra 1. september 2017, er det et vilkår at pasienten må mangle samtykkekompetanse følgende vedtak:

- tvungen observasjon ([psykisk helsevernloven § 3-2](#))
- tvungent psykisk helsevern ([psykisk helsevernloven § 3-3](#))
- undersøkelse og behandling uten eget samtykke ([psykisk helsevernloven § 4-4](#))

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse kommer i tillegg til de vilkårene som allerede oppstilles i disse tre bestemmelsene (for eksempel «alvorlig sinnslidelse» og tilleggsvilkår).

Ordlyden i det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse er likelydende i de tre bestemmelsene: «Det er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#). Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.»

Endringen innebærer en overgang fra fokus på diagnose til fokus på funksjonsnivå, og bringer vilkårene for psykisk helsehjelp i bedre samsvar med det som ellers er hovedprinsippene for helsehjelp; pasientens selvbestemmelse og samtykke som vilkår før helsehjelpen ytes. Beslutningsgrunnlaget for bruk av tvang blir bredere når avgjørelsen skal bygge på pasientens samtykkekompetanse i tillegg til diagnose og helsefaglige vurderinger om behov for behandling.

Endringene er en styrking av pasientens selvbestemmelsesrett og rettsikkerhet, og en viktig tilpasning til de prinsippene som ligger til grunn for [FN-konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne \(CRPD\)](#). Konvensjonen gir uttrykk for en internasjonal utvikling med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering.

Kravet om manglende samtykkekompetanse gjør også at reglene om bruk av tvang i psykisk helsevern harmonerer bedre med reglene om tvungen somatisk behandling i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A](#).

Endringen betyr at pasienter som har samtykkekompetanse kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, kan avslutte behandlingen etter eget ønske. Retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonellet mener at pasienten trenger behandling. Pasienten har ikke bare rett til å avslutte behandlingen, men kan også ha rett til å fortsette denne på frivillig grunnlag. Se kapittel 5 nedenfor.

I tillegg til her i kommentarene til § 2-1 første ledd, omtales endringene følgende steder i rundskrivet:

- Krav om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke der pasienten utgjør en "nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse". Se nærmere om dette unntaket i kommentarene til [psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4](#).
- Forholdet mellom samtykkekompetanse og vilkåret "alvorlig sinnslidelse". Se kommentarene til [psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3](#).

2. Hvem som har samtykkekompetanse, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#)?

I vurderingen av pasientens samtykkekompetanse skal reglene i [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#) legges til grunn. Bestemmelsen regulerer hvem som har rett til å samtykke til helsehjelp.

Utgangspunktet er at personer over 16 år har samtykkekompetanse i helsespørsmål.

Samtykkekompetanse er en forutsetning for å kunne gi et gyldig samtykke. For at samtykke skal være gyldig, må pasienten forstå hva samtykket omfatter. I hvilke tilfeller samtykkekompetansen bortfaller, går frem av bestemmelsens andre ledd:

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Bestemmelsen stiller krav til årsaken til den manglende forståelsen. Samtykkekompetansen kan bare bortfalle dersom det skyldes "fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming". Ved behandling av psykiske lidelser, vil bortfall som følge av "psykiske forstyrrelser» ofte være det aktuelle.

2.1 Beviskravet

Det er et krav at pasienten **åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter**. Det skal med andre ord en del til for at samtykkekompetansen bortfaller. Er helsepersonellet i tvil, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt å nekte å motta behandling. Siden beviskravet («åpenbart») er så høyt, vil mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, vurderes som samtykkekompetente.

Det er de samme krav til personlige forutsetninger ved å samtykke til helsehjelp som ved å nekte helsehjelp. Det sentrale er hvorvidt pasienten klarer å ta en beslutning som ikke i for stor grad er påvirket av den psykiske lidelsen. Både for å samtykke og for å nekte kreves det et visst nivå av konsekvensinnsikt.

Det er tilstrekkelig med en såkalt alminnelig forståelse, det vil si at det ikke kan stilles spesielle eller strenge krav til forståelsen. Pasienten kan ha samtykkekompetanse selv om vedkommende ikke forstår medisinske prosedyrer eller årsakssammenhenger. For å vurderes som samtykkekompetent kan det være tilstrekkelig at pasienten forstår nødvendigheten av helsehjelpen. På samme måte trenger ikke pasienten fullt ut forstå alle konsekvenser av å nekte behandling.

Beviskravet er det samme ved tvungen observasjon som ved tvungent psykisk helsevern. Det vil si at kravet om at pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, ikke er mindre strengt ved tvungen observasjon enn ved tvungent vern.

2.2 Hvem avgjør spørsmålet om samtykkekompetanse?

Det går frem av [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd](#) at det er det helsepersonellet som yter helsehjelp som avgjør om pasienten har samtykkekompetanse. Med dette forstås den som har det faglige ansvaret for behandlingen. Dette innebærer at det er den som er faglig ansvarlig for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke som skal vurdere om pasienten har eller mangler samtykkekompetanse. Faglig ansvarlig vil være en psykiater eller psykologspesialist ([psykisk helsevernloven § 1-4](#)). Ved frivillig innleggelse eller behandling skal samtykkevurderingen foretas av den som beslutter innleggelsen eller behandlingen. Det vil vanligvis være en lege. Det presiseres at også andre helsepersonellgrupper som er ansvarlige for helsehjelp, må vurdere samtykkekompetansen dersom det er behov for det, eller sørge for at det blir innhentet en kompetent vurdering.

Vedtak om behandling uten eget samtykke ([psykisk helsevernloven § 4-4 a](#)) skal faglig ansvarlig fatte i samråd med «annet kvalifisert helsepersonell».

2.3 Nærmere om formkrav til selve avgjørelsen

Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd](#) skal være begrunnet og skriftlig, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 fjerde ledd](#). I begrunnelsen bør det gå fram hvilke faktiske forhold avgjørelsen bygger på. Det vil si at det blant annet må fremgå hvordan samtykkekompetansen er undersøkt, herunder en kort oppsummering av spørsmål og svar fra den kliniske samtalen, og hva som er gjort for å informere pasienten. Ved bruk av hjelpeverktøy (se kapittel 3 nedenfor), skal oppsummeringen av denne enten inngå i, eller henvises til, i avgjørelsen.

I avgjørelsen skal det også fremgå hvem som er faglig ansvarlige og vedkommendes endelige vurderinger og konklusjon.

Avgjørelsen skal videre, om mulig, straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. At avgjørelsen er godt begrunnet og straks skal gjøres kjent, er viktig for pasientens rettsikkerhet.

Opplysninger om pasientens samtykke, herunder selve vurderingen av samtykkekompetanse, skal nedtegnes i pasientjournalen, jf. [forskrift om pasientjournal § 8 første ledd bokstav c og j](#).

Kravene til skriftlighet, begrunnelse, og informasjon til pasienten er sammenfallende med krav til vedtak i psykisk helsevernloven. Vurderingen av samtykkekompetanse bør fremgå både i selve tvangsvedtaket og i løpende journal. Årsaken til at vurderingen av akkurat dette vilkåret **også** bør gå frem i løpende journal, er at avgjørelsen er relevant også i andre sammenhenger enn for tvangsvedtaket, for eksempel for nærmeste pårørendes rettigheter.

Når det gjelder beslutning om manglende samtykkekompetanse, skal avgjørelsen alltid legges frem for nærmeste pårørende, selv om pasienten motsetter seg dette.

3. Sentrale momenter i vurderingen av samtykkekompetanse, herunder verktøy med hjelpespørsmål

[Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#) beskriver når samtykkekompetansen kan falle bort, hvem som beslutter dette og formkrav. Bestemmelsen sier imidlertid ingenting om **hvordan selve vurderingen skal gjøres**.

Samtykkekompetanse **skal vurderes konkret** i forhold til den helsehjelpen som skal gis. Selv om en pasient vurderes å mangle samtykkekompetanse vedrørende innleggelse, kan vedkommende likevel være samtykkekompetent til å vurdere for eksempel legemiddelbehandling. Et annet eksempel er at en pasient som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold og som mangler samtykkekompetanse i relasjon til tvungent vern og behandling med legemidler, likevel kan ha kompetanse til å samtykke til et frivillig opphold i institusjon: Vedkommende mangler forståelse for og anerkjennelse av egen psykoselidelse og behov for legemiddelbehandling, men erkjenner en sykdomsfølelse eller en tilstand (for eksempel uro, angst) som han/hun av erfaring vet kan dempes med et opphold i trygge institusjonsrammer, og vedkommende kan uttrykke et rasjonelt begrunnet ønske om et institusjonsopphold for å hjelpe på tilstanden.

Vurderinger av samtykkekompetanse kan noen ganger være utfordrende, på samme måte som vurderingen av de øvrige vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Andre ganger er det åpenbart for helsepersonellet om pasienten er samtykkekompetent eller mangler samtykkekompetanse.

Det er utviklet verktøy for hjelp ved vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter. Se nedenfor. Verktøyene er blant annet utviklet gjennom empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis. Det er i de tilfellene helsepersonellet er i tvil at det er nødvendig med en grundigere vurdering, herunder eventuell bruk av slike verktøy.

Verktøyene er ikke utviklet for å gi et eksakt svar, men mer for å hjelpe faglig ansvarlig til en strukturert dialog med pasienten. Disse vil kun være et supplement i en helhetsvurdering.

Verktøyene fokuserer som regel på følgende fire områder:

- evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp.
- evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsoalternativene
- evnen til å resonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene
- evnen til å uttrykke et valg

Evnen til å «forstå relevant informasjon» handler om evnen til å ta imot opplysninger og forstå den informasjonen som blir gitt.

I vurderingen av pasientens evne til «anerkjennelse eller anvendelse av informasjonen i egen situasjon» er vurderingen orientert mot pasientens opplevelse av egen situasjon, og erkjennelse av hjelpebehov. Det er i denne sammenheng viktig at informasjonen som gis er knyttet til pasientens egen situasjon og at pasienten klarer å bruke denne informasjonen. Dersom pasienten ikke erkjenner lidelsen og at vedkommende har det vanskelig, og ikke vurderer eller føler at det er behov for hjelp, vil informasjonen ofte ikke kunne sies å være anerkjent i den aktuelle situasjonen.

Evnen til «å resonnere med relevant informasjon» dreier seg om vurdering av fordeler og ulemper knyttet til ulike handlingsalternativer. Denne evnen er særlig viktig for å kunne treffe et informert valg i en situasjon med flere ulike handlingsalternativer, der disse innebærer fordeler og ulemper som må holdes opp mot hverandre. Avveininger av slike alternativer vil avhenge av en rekke verdier og prioriteringer hos pasienten. Pasientens verdier og beslutninger kan stride mot helsepersonellens oppfatning av hva som er «til det beste for pasienten».

Evnen til å «uttrykke et valg» er rettet mot pasientens beslutning om behandling. At en pasient ikke kan snakke, er ikke ensbetydende med at vedkommende ikke kan kommunisere en avgjørelse. Noen kan gi uttrykk for et valg på ikke-verbal måte, ved skrift, eller respons med hender eller øyne. På den annen side kan ikke en pasient vurderes samtykkekompetent bare fordi vedkommende klarer å si «ja» eller «nei». I vurderingen må det da også sees hen til om pasienten klarer å foretrekke ett av flere alternativer, på bakgrunn av tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at dette utgjør et kvalifisert valg.

Nedenfor følger eksempler på aktuelle spørsmål som kan være til hjelp ved vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Det bør tilstrebes at spørsmålene besvares mer utdypende enn med ja eller nei.

Spørsmål for å vurdere pasientens evne til å forstå sin helsetilstand og det som foreslås av helsehjelp.

- Hva tenker du om din situasjon/tilstand?
- Hvilke muligheter finnes i din situasjon/for din tilstand?
- Hva tenker du om nytten av behandling og sannsynligheten for at behandling vil hjelpe deg?
- Hva er risiko ved behandlingen og hva er sannsynligheten for at du kan få bivirkninger eller et uønsket resultat?
- Hva tror du vil skje med deg hvis ingenting blir gjort?

Spørsmål for å vurdere pasientens evne til å anerkjenne hvordan denne informasjonen angår hans eller hennes egen situasjon:

- Fortell meg hva du egentlig tenker om din medisinske tilstand.
- Hvorfor tror du legen har anbefalt [navn på behandling eller undersøkelse] for deg?
- Tror du [navn på behandling/undersøkelse] er den beste behandlingen/undersøkelsen for deg? Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Hva tror du egentlig vil skje med deg hvis du sier ja til denne behandlingen? Hvis du sier nei?

Spørsmål for å vurdere pasientens evne til å resonnerer med denne informasjonen på en måte som er konsistent med fakta og pasientens egne verdier:

- Hvilke faktorer/tema er mest viktig for deg for å kunne ta en beslutning om din behandling? Hva er det du tenker på når du vurderer hva du vil?
- Hvordan vurderer du fordelene opp mot ulempene ved behandlingen?
- Stoler du på legen din? Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Hva tror du vil skje med deg nå?

Spørsmål for å vurdere pasientens evne til å kommunisere og uttrykke et valg klart:

- Du har fått mye informasjon om din tilstand. Har du bestemt deg for hvilke behandling som er best for deg akkurat nå?
- Vi har diskutert flere ulike alternativ, hva ønsker du å gjøre?

MacCAT-T er et verktøy som er utviklet for vurdering av samtykkekompetanse (i Grisso og Appelbaum, 1998). Det er ikke oversatt til norsk. [ACE \(Aid to Capacity Evaluation\)](#) er en enklere versjon som kan gjennomføres på 5-10 minutter. Den er oversatt til norsk av Dahlberg og Pedersen, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

Det er mange misforståelser knyttet til å vurdere pasienters samtykkekompetanse, for eksempel:

- "pasienter som ikke følger legens råd har redusert samtykkekompetanse"
- "pasienter som er tvangsinnlagt eller er demente mangler samtykkekompetanse"
- "når samtykkekompetanse mangler så mangler den for alle beslutninger om helsehjelp"
- "mangel på samtykkekompetanse er permanent"
- «alle som er psykotiske/har diagnosen schizofreni mangler samtykkekompetanse»

Det er viktig at helsepersonell påser at slike «kjappe konklusjoner» og misforståelser ikke får påvirke vurdering av samtykkekompetanse.

4. Nærmere om vurdering av samtykkekompetanse ved alvorlige psykiske lidelser

4.1 Praktisk gjennomføring av vurdering av samtykkekompetanse, herunder innhenting av

nødvendig informasjon

Vurderingen inkluderer skjønnsmessige og etiske overveielser og krever tid til refleksjon og diskusjon, blant annet for å unngå vilkårlige variasjoner i skjønnsutøvelsen og for å begrense tvangsbruk. Beslutningene i den enkelte sak kan med fordel kvalitetssikres ved en tverrfaglig vurdering i team som representerer et bredt kunnskapsgrunnlag. Samtidig er det et krav om at vedtak om tvungen observasjon og tvungent vern skal treffes innen 24 timer.

På systemnivå bør vurdering av samtykkekompetanse tematiseres for eksempel i interne fagmøter, refleksjonsgrupper og i drøftinger med kliniske etikk-komiteer.

Personlig undersøkelse og samtale med pasienten

Faglig ansvarlig må gjennom personlig undersøkelse og samtale med pasienten skaffe tilstrekkelig kjennskap til og kontakt med pasienten slik at avgjørelsen kan tas på et forsvarlig grunnlag.

Pasientens forutsetninger for å kunne samtykke må optimaliseres. Det er et lovpålagt krav at helsepersonellet ut fra pasientens alder, modenhet, erfaring og tilstand skal legge forholdene best mulig til rette for at pasienten kan forstå og selv treffe avgjørelse om helsehjelp, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd](#).

Pasienten må få muntlig informasjon, men det kan også brukes bilder og skriftlig materiell som hjelpemidler der dette er hensiktsmessig (dette kan for eksempel være aktuelt for pasienter som i tillegg til den psykiske lidelsen har en demens eller psykisk utviklingshemning). Når det gjelder nektelse av helsehjelp, må det gis informasjon om hvilke helsemessige konsekvenser det kan få at psykisk helsehjelp ikke gis. Pasienten må få god og tilpasset informasjon om helsepersonells vurderinger av diagnose, behandlingsmuligheter, virkninger og bivirkninger, og prognose med og uten behandling og noe om sannsynligheten for de ulike effektene. I tillegg må man spørre om hva pasienten tenker om det samme, og hvorfor pasienten tenker slik. Se for øvrig kapittel 3 ovenfor.

Pasientens historikk og tidligere uttalelser

En pasient som har erfaring med hvordan et konkret legemiddel eller en annen behandlingsform virker, vil lettere ha kompetanse – både til å si ja og nei – enn der det er snakk om (for vedkommende) nye behandlingstiltak.

Ved historikk med gjentatte tilbakefall hvor pasienten har avsluttet behandling og raskt blitt psykotisk, bør pasientens erkjennelse og refleksjon rundt tidligere erfaringer være med i vurderingen av samtykkekompetansen.

Det kan også være relevant å se hen til hva pasienten tidligere har ment om aktuelle tiltak. Etter [psykisk helsevernloven § 4-2 tredje ledd](#) skal blant annet tvangsbehandling evalueres sammen med pasienten i etterkant. Slike tidligere evalueringer vil kunne hjelpe behandler i forståelsen av om pasientens uttalelser er utslag av aktiv sykdom eller dennes ønske uavhengig av sykdomsfase.

For pasienter med gjentatte innleggelser bør det utarbeides en kriseplan som er skrevet i en periode hvor pasienten er samtykkekompetent. I planen kan det fremgå hva pasienten selv ønsker av tiltak dersom vedkommende igjen skulle bli syk.

Selv om en «forhåndserklæring» ikke vil være bindende for helsepersonell, vil den kunne være nyttig for vurderingen av samtykkekompetanse.

Informasjon fra nærmeste pårørende og eventuelt annet helsepersonell

Nærmeste pårørende har rett til å uttale seg før vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern treffes, jf. [psykisk helsevernloven § 3-9](#). Nærmeste pårørende kan bidra med viktige

opplysninger knyttet til pasientens sykdomshistorie.

Når «annet kvalifisert helsepersonell» skal inn i vurderingen av behandling uten ([§ 4-4 a](#)), vil denne også kunne bidra til et bredere grunnlag for vurderingen. Ved vurderingen av samtykkekompetanse, vil det være en fordel å ha kjennskap til pasienten over tid, gjerne også fra bedrefungerende perioder. Se for øvrig om krav til dokumentasjon av vedtak i [kommentarer til § 3-3 a første ledd](#).

4.2 Forholdet mellom samtykkekompetanse og sykdomsinnsikt

Samtykkekompetanse har noen elementer felles med begrepet sykdomsinnsikt, som har stått sentralt i begrunnelsen for tvang i psykisk helsevern. Det er derfor relevant å se disse to begrepene i sammenheng.

Redusert sykdomsinnsikt kan være en følge av en alvorlig psykisk lidelse. Redusert sykdomsinnsikt er imidlertid ikke ensbetydende med manglende samtykkekompetanse. I motsetning til tidligere enten/eller-tenkning, er det nå vanligere å betrakte sykdomsinnsikt som noe flerdimensjonalt, der sentrale dimensjoner er individets erkjennelse av å ha en psykisk lidelse, gjenkjenning av symptomer som patologiske, og det å innse behovet for behandling.

En pasient kan ha samtykkekompetanse, selv om vedkommende har mangelfull sykdomsinnsikt. Pasienten kan for eksempel erkjenne sykdomsfølelse eller annerledeshet og ønske bistand eller hjelp av annen art enn det behandleren primært anbefaler. Når pasienten selv skjønner at noe er unormalt og ber om helsehjelp, er vedkommende oftest samtykkekompetent. En pasient som **ikke har noen grad av sykdomsinnsikt**, vil sjelden vurderes å ha samtykkekompetanse, da vedkommende ikke vil forstå informasjon om den aktuelle helsehjelpen og konsekvenser av å nekte denne.

Skepsis til diagnoser og legemidler kan være velbegrunnet og referere seg til manglende virkning eller bivirkning, og ikke til mangelfull sykdomsinnsikt.

4.3 Forhold som kan påvirke samtykkekompetansen

Mange med alvorlig psykisk lidelse kan ha høyt funksjonsnivå og leve godt med lidelsen, mens andre kan få et stort funksjonstap. Ved vurdering av om det foreligger samtykkekompetanse ved alvorlig psykisk lidelse må det gjøres en individuell og konkret vurdering ut fra den aktuelle situasjonen, erfaringer fra tidligere, og andre forhold som kan påvirke samtykkekompetansen, som sykdomsfase, grad av symptomtrykk, rusmiddelbruk, legemiddelbruk og forekomst av samtidige lidelser (komorbiditet).

Sykdomsforløp ved alvorlig psykisk lidelse

Samtykkekompetanse er i utgangspunktet diagnoseuavhengig, men noen lidelser vil i større grad enn andre kunne medføre redusert samtykkekompetanse.

De fleste pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil ha sin samtykkekompetanse i behold det meste av tiden. For noen kan sykdomsforløpet være fluktuerende eller svingende og utvikle seg i faser. Symptomer kan øke og minske i grad, avhengig av ulike faktorer, blant annet opplevd stressnivå.

Det kan være perioder hvor samtykkekompetanse mangler, og da kun korte perioder, som ved akutte episoder med uttalte psykosesyntomer. Unntaksvis kan noen pasienter mangle samtykkekompetanse i en lengre periode.

Behandler må vurdere hvilken sykdomsfase pasienten er i. I en aktiv ubehandlet fase vil noen pasienter ikke være samtykkekompetente. Noen vil da kunne ha symptomer som realitetsbrist i form av hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og mani. Disse symptomene kan påvirke personens evne til å ta til seg informasjon, bearbeide av denne, relatere den til seg selv og formidle et valg.

For vurderingen av samtykkekompetanse, vil det være avgjørende hvor sterke symptomene er og omfanget av dem. Jo flere og sterkere symptom(er), jo mer vil de kunne påvirke pasientens handlingsmønster (atferd og tenkemåte).

For eksempel kan en pasient med avgrensede hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger være samtykkekompetent. En person som har en mer omfattende realitetsbrist, for eksempel i form av sterke vrangforestillinger av paranoid karakter, og som handler ut fra disse, har ofte manglende evne til å forstå informasjon knyttet til helsehjelp og bearbeide denne.

Pasienter som på grunn av en alvorlig spiseforstyrrelse vurderes å ha en alvorlig sinnslidelse, og ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, må som hovedregel anses å mangle samtykkekompetanse. Ved vurdering av samtykkekompetanse hos pasienter med en alvorlig spiseforstyrrelse er det særlig evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene som mangler. Det kan foreligge en manglende forståelse av, eller benekning av, at det foreligger en egentlig sykdomstilstand som krever behandling.

I Rt-2015-913 la Høyesterett til grunn at anoreksi i enkelte tilfeller kan karakteriseres som en "alvorlig sinnslidelse". Høyesterett la til grunn av vedkommende på grunn av sin sykdom hadde en "alvorlig svikt i evnen til å foreta en realistisk vurdering av egen kropps utseende, vekt og fungering og av de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn hun trenger. Hennes vrangforestillinger er så dominerende og styrende at hun, om hun får anledning, tar til seg så lite næring at det er livstruende".

Høyesteretts uttalelser gjaldt spørsmålet om alvorlig sinnslidelse, men er relevant ved vurderingen om manglende samtykkekompetanse.

Andre ytre og indre forhold kan også påvirke samtykkekompetansen. For eksempel kan det å være i en akutt stress- eller krisesituasjon, der en person er sterkt følelsesmessig i ubalanse, gjøre at vedkommende tar valg som han eller hun ikke ville gjort under rolige og vanlige forhold. Manglende søvn, somatisk sykdom og smerter kan også påvirke samtykkekompetansen. I denne forbindelse viser vi til kravet om at helsepersonell skal legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelpen.

Kognitive vansker ved alvorlig psykisk lidelse

Kognitive vansker kan ses ved alvorlig psykisk lidelse. Kognitive vansker kommer vanligvis til uttrykk som problemer med å ta inn og bearbeide informasjon om omverdenen. Kognitive vansker ved alvorlig psykisk lidelse er ikke det samme som nedsatt evnenivå eller intelligens.

Kognitive vansker kan påvirke for eksempel evne til å forstå og resonnere så mye at man kommer til at samtykkekompetanse mangler, men kognitive vansker er isolert sett ikke grunnlag for manglende samtykkekompetanse. Redusert kognisjon på visse områder, som svake verbale evner, kan dekke over faktisk samtykkekompetanse. Også i denne sammenheng er det viktig å minne om at forholdene skal legges best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til eller nekte å motta helsehjelp.

Ved demens og symptomer på alvorlig psykisk lidelse vil flere forhold kunne påvirke samtykkekompetansen. Pasienter med demens og vrangforestillinger vil kunne mangle samtykkekompetanse både på grunn av den kognitive svikten i seg selv, som alvorlig svekket vurderingsevne, og/eller på grunn av sine vrangforestillinger, for eksempel om å bli forgiftet eller om å bli utsatt for et komplott.

Noen pasienter med demens vil i en tidlig fase kunne være plaget med synshallusinasjoner, men med full eller delvis innsikt i at dette ikke er reelle fenomener. De vil derfor kunne være samtykkekompetent med tanke på for eksempel medikamentell behandling av disse hallusinasjonene. I tillegg kan pasienter med en slik diagnose ha fluktuerende kognitiv svikt. De kan mangle samtykkekompetanse på ett

tidspunkt av dagen, men ha samtykkekompetanse på et annet tidspunkt samme dag.

Pasienter med noen former for demens kan ofte virke mentalt redusert med uttalte hukommelsesproblemer, men med litt hjelp og tips kommer de ofte på det de blir spurt om. Det blir derfor ekstra viktig å bruke god tid på vurderingen av samtykkekompetansen hos slike pasienter.

Legemidlers virkning på samtykkekompetansen

Legemidler med antipsykotisk eller stemningsstabiliserende effekt kan ha god virkning på symptomer. Dersom en pasient vurderes å mangle samtykkekompetanse, kan behandling med legemidler redusere symptomer slik at samtykkekompetansen gjenvinnes. I hvilken grad og hvor fort symptomene reduseres, vil variere fra person til person, og være avhengig av blant annet hvilket legemiddel som er brukt, dosering og administrasjonsform. Normalt vil virkningen inntreffe i løpet av en tid fra dager eller uker til få måneder. Se [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser kapittel 8.13](#). Det må derfor gjøres individuelle vurderinger, og vurderinger bør skje fortløpende sammen med vurdering av effekt av legemiddel og eventuelle bivirkninger.

En rekke legemidler kan redusere den kognitive funksjonen som igjen kan medvirke til redusert samtykkekompetanse. Dette vil gjelde både legemidler som påvirker den kognitive funksjonen mer akutt, som bedøvende, søvngivende og beroligende legemidler, men det gjelder også bruk av legemidler som er en del av behandlingen for den psykiske lidelsen, som antipsykotika. Dersom slik bruk medfører redusert samtykkekompetanse, må det fortløpende vurderes om ønsket effekt av legemiddelbruken kan oppnås ved annen behandling.

Rusmidlers virkning på samtykkekompetansen

En pasient med en rusutløst psykose vil kunne ha manglende samtykkekompetanse under den akutte fasen. Dersom det ikke foreligger en underliggende primærpsykose vil symptomene ofte være kortvarige og pasienten vil gjenvinne samtykkekompetansen relativt raskt.

[Psykisk helsevernloven § 4-4 femte ledd](#) har bestemmelser om obligatorisk undersøkelsestid før vedtak om tvangsmedisinering kan fattes. Gjeldende bestemmelse er utvidet slik at undersøkelsestiden som hovedregel skal være minst fem døgn (tidligere tre døgn). Bakgrunnen for forlengelsen er å kunne forhindre unødig oppstart av legemiddelbehandling, der for eksempel en rusutløst psykose etter noen dager uansett går over og samtykkekompetanse gjenvinnes.

4.4 Hvor hyppig bør samtykkekompetansen vurderes?

Samtykkekompetansen kan være raskt skiftende. Se kapittel 4.3 ovenfor.

Ved manglende samtykkekompetanse vil denne ofte gradvis gjenvinnes som følge av den behandlingen som gis. Som en konsekvens, må det gjøres løpende vurderinger (se også [§ 3-7 første ledd](#)). I praksis vil det foreligge naturlige stopp- og startpunkter i et behandlingsforløp hvor samtykkevurderingen naturlig vil høre inn. Det vesentlige er at samtykkekompetansen vurderes på tidspunkter der pasientens tilstand og/eller fungering synes endret. Ved mistanke om rusutløste tilstander, der man har vurdert at samtykkekompetanse ikke foreligger, bør det foretas løpende vurderinger etter hvert som virkningen av rusmiddelet avtar.

Pasientens samtykkekompetanse skal vurderes når det fattes vedtak om tvungen observasjon, tvungent vern og tvungen behandling. Status for samtykkekompetansen må også vurderes ved tre måneders kontroller ([§ 4-9](#)) og i forbindelse med søknad om ett års forlengelser ([§ 3-8 tredje ledd](#)). Det vil også være naturlig å vurdere samtykkekompetansen når det fattes overføringsvedtak ([§ 4-10](#)).

5. Oppfølging av pasienter ved økt selvbestemmelse

Innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang, vil medføre at færre kan underlegges tvungent vern og tvangsbehandling. Dette vil kunne medføre en større belastning på pasienters pårørende. Det blir da svært viktig at pårørende involveres og får den informasjon og støtte de har krav på. Det vises til [Veileder for pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#).

Dersom pasienten vurderes samtykkekompetent, må helsepersonell respektere pasientens beslutning om ikke å motta eller å avslutte behandlingen, med mindre unntaket om fare er oppfylt ([se kommentarene til psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 4](#)). Dette gjelder selv om helsepersonell vurderer beslutningen som svært uheldig. **Det er da svært viktig at helsetjenesten fremdeles tilbyr behandling og støtte, selv om pasienten ikke (lenger) ønsker den behandlingsformen som er behandlerens anbefaling.** Økt selvbestemmelsesrett vil gi helsetjenesten en større oppfordring til å kartlegge pasientens ønsker og behov og et sterkere insentiv til å nå frem med hjelpen ved frivillighet, for eksempel ved ambulerende eller aktivt oppsøkende hjelp. Forutsatt at pasienten samtykker, kan samarbeid med pårørende eller andre i pasientens nettverk bidra til å skape tillit.

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#). Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelig og forsvarlig undersøkelses- og behandlingsmetoder. Brukermedvirkning er et bærende prinsipp i behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser og øker pasientens opplevelse av kontroll og bidrar til å sikre verdighet.

Dette innebærer ikke at pasienten gis rett til å velge et alternativ som ikke er faglig forsvarlig, jf. [helsepersonelloven § 4](#). Hva som ligger innenfor det forsvarlige, vil bero på pasientens helsetilstand og hvilke behandlingsalternativer som er tilgjengelige. Hovedkravet til forsvarlig behandling er at den metoden som anvendes er egnet til å gi kurativ eller lindrende effekt. Valg av behandlingsmetoder beror på faglig skjønnsmessig avveining. Viktige hensyn vil være pasientens sykdom, alder, allmenntilstand, inngrepets omfang og behandlingsutsikter.

Noen pasienter ønsker behandling uten legemidler. Dette var bakgrunnen for at alle regionale helseforetak i 2016 ble pålagt å etablere tilbud for medikamentfri behandling for pasienter i psykisk helsevern. De som ikke ønsker antipsykotiske legemidler, har oftest erfart at virkningen av legemidlene ikke oppveier for ubehaget av bivirkningene. Flere brukere har erfart at trygge rammer, omsorg og struktur i hverdagen hjelper godt for å redusere den kaotiske opplevelsen en psykose kan være. Det finnes flere andre behandlingsmetoder enn legemidler å velge imellom, se [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#).

Tjenestene som tilbys personer med alvorlig psykisk lidelse, skal være kunnskapsbaserte og av god kvalitet. Uavhengig av valg av behandlingsmetode eller oppfølging, er viktige elementer en tillitsfull relasjon, og et forløp preget av kontinuitet, forutsigbarhet, samtidige og helhetlige tjenester. Mange av tjenestene skal gis i kommunal helsetjeneste, og ikke nødvendigvis i spesialisthelsetjenesten.

Det vises for øvrig til direktoratets faglige retningslinjer for behandling av psykiske lidelser:

- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser](#)

Praktisk

Spørsmålene under kapittel 3 er hentet fra Marc Tunzi: "Can the Patient Decide? Evaluating Patients Capacity in Practice". Artikkel publisert i American Family Physician, 2001, oversatt til norsk av Reidar Pedersen, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

1.2.2 § 2-2. Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5

Person som søker psykisk helsevern kan, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene etter [§ 3-5](#) 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 [pasient- og brukerrettighetsloven § 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 personer som på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, undertegner den faglig ansvarlige og den som eventuelt handler på pasientens vegne, med de begrensninger som følger av [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#). 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 pårørende 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.

Kommentarer til § 2-2:

Første ledd gir hjemmel for, i forbindelse med etablering av frivillig psykisk helsevern, å stille vilkår om pasientens samtykke til å være underlagt reglene om tvungent psykisk helsevern ([§ 3-5](#)) i inntil tre uker. Slik samtykkebasert tvangsinnleggelse kan bare etableres i forbindelse med innleggelsen, ikke underveis i innleggelsen eller behandlingsforløpet. Samtykket innebærer ikke at det kan fattes vedtak om behandling uten eget samtykke ([§ 4-4 a](#)) eller at det kan vedtas innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen ([§ 4-5 annet ledd](#)).

Vedrørende krav til samtykkekompetanse, se [kommentarer § 2-1](#). Merk imidlertid at samtykket skal være skriftlig, jf. tredje ledd.

Det må utvises tilbakeholdenhet med å kreve et slikt samtykke. Et krav kan for eksempel være berettiget overfor en pasient som har varierende behandlingsmotivasjon på grunn av avhengighet av rusmidler. Muligheten til å stille vilkår om tidsbegrenset tilbakeholdelsesrett vil kunne være et alternativ til etablering av tvungent vern, som er mer inngripende. Muligheten må imidlertid ikke brukes i utide for å hindre en pasients rett til å begjære seg utskrevet fra psykisk helsevern.

Tidsgrensen på tre uker tilsier at det bør gå noe tid mellom hver gang en begjæring blir fremsatt. Hvor lang tid, må vurderes konkret.

I **annet ledd** kommer det frem at for barn under 16 år kreves slikt samtykke etter bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4](#). Se kommentarer til forrige bestemmelse.

I **tredje ledd** kommer det frem at begrunnelsen for å kreve samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av faglig ansvarlig og pasienten.

Dersom en pasient er ute av stand til å samtykke, men verken motsetter seg helsehjelpen eller kvalifiserer til grunnvilkåret om alvorlig sinnslidelse, kan faglig ansvarlig skrive under, sammen med den som handler på pasientens vegne. Sistnevnte vil omfatte både advokat, annen fullmektig og pasientens nærmeste pårørende.

Dersom pasienten begjærer seg utskrevet, og det ikke vurderes som nødvendig å benytte seg av retten til å holde pasienten tilbake, kan pasienten utskrives selv om den aktuelle tidsperioden ikke er utløpt.

Fjerde ledd fastslår at den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke kan bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, nærmeste pårørende 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.

Vurderingstemaet ved kontrollkommisjonens prøving av slik klage, vil være om faglig ansvarlig hadde rimelig grunn til å stille krav til pasientens om å samtykke til å være underlagt reglene i [§ 3-5](#) eller ikke. Kontrollkommisjonen bør se hen til om en slik avtale er til det beste for pasienten av behandlingsmessige grunner. Det er ikke tilstrekkelig at det fremstår som den mest hensiktsmessige løsning for helsetjenesten. Pasientens fordel av psykisk helsevern i denne formen må stå i rimelig forhold til helsetjenestens behov for forutsigbarhet.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel ([§ 1-7](#)).

1.3 Kapittel 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

1.3.1 § 3-1. Legeundersøkelse

Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt. Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse.

Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang.

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

Kongen gir forskrifter om delegering av kommunelegens myndighet.

Kommentarer til § 3-1:

Første ledd: Det vil i mange tilfeller være slik at en persons sinnstilstand og atferd kan gi grunn til å tro at vedkommende oppfyller vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette er imidlertid ikke nok til å få etablert slikt vern. Det kreves i tillegg at den antatte syke er personlig undersøkt av lege, og at legen skriver en uttalelse i saken.

Formålet med undersøkelsen er å avklare om vilkårene for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er til stede, det vil si om den antatt sykes sinnstilstand er i overensstemmelse med vilkårene etter §§ [3-2](#) og [3-3](#). Ved undersøkelsen kan legen blant annet kontrollere om lidelsen skyldes en somatisk tilstand som først og fremst krever somatisk behandling, eller om den skyldes påvirkning av rusmiddel, som ikke krever oppfølging fra det psykiske helsevernet.

Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan ikke skje uten at det er foretatt en slik forutgående legeundersøkelse **uavhengig av institusjonen** der slikt tiltak eventuelt skal

etableres (§§ [3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)).

Legeundersøkelsen kan komme i stand ved at pasienten selv oppsøker lege, eller bringes til lege av sine pårørende eller andre. Legen skal foreta en personlig undersøkelse av vedkommende.

Undersøkelsen kan utføres av enhver lege med autorisasjon eller lisens til å utføre legevirksomhet i Norge, herunder turnuslege eller lege i LS1- stilling. Legen vil vanligvis være tilknyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men det er i utgangspunktet ikke noe i veien for at undersøkelsen foretas av lege som er ansatt i spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved en psykiatrisk poliklinikk. Legen må i så tilfelle være **uavhengig** av institusjonen som skal etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, se kommentarer til [§ 3-3 nr. 2](#).

Hvis legen etter undersøkelsen konkluderer med at det er grunnlag for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal det gis skriftlig uttalelse om dette.

Uttalelsen skal blant annet inneholde legens vurdering av om de materielle vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern i [§ 3-3 nr. 3](#) er oppfylt, eller om det er overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt) at vilkårene er oppfylt, slik at det kan etableres tvungen observasjon (jf. [§ 3-2 første ledd nr. 4](#)). Legen må også vurdere pasientens samtykkekompetanse, jf. §§ [3-2 første ledd nr. 3](#) og [3-3 nr. 4](#). Det må være åpenbart for undersøkende lege at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Undersøkende lege vil imidlertid ha kortere tid og mindre informasjon tilgjengelig for sin vurdering enn den faglig ansvarlige legen for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan derfor ikke kreves like stor grad av sikkerhet og grundighet hos undersøkende lege. Undersøkende lege skal ikke treffe avgjørelse om samtykkekompetansen, men avgi en *uttalelse*. Avgjørelsen skal treffes av innleggende lege. Se nærmere om vurderingen av samtykkekompetanse under § 2-1.

Undersøkende lege må presisere om det henvises til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan imidlertid være vanskelig for legen etter en relativt kortvarig undersøkelse å være sikker på hva som er riktig alternativ. Dersom legen er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, men likevel finner det overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt) at pasienten fyller vilkårene, vil det riktige være å henvise til tvungen observasjon. Hvis legen derimot kjenner til pasienten fra tidligere konsultasjon, og symptomer på alvorlig sinnslidelse er tydelige, vil det (når også øvrige vilkår etter lovens [§ 3-3 nr. 3](#) vurderes oppfylt) være riktig å henvise til etablering av tvungent vern.

Ytterligere krav til uttalelsen er fastsatt i [psykisk helsevernforskriften § 8](#). Uttalelsen skal sendes eller følge med pasienten til institusjonen der observasjonen eller vernet søkes etablert.

Den faglig ansvarlige legen ved innleggelsesinstitusjonen er ikke bundet av den undersøkende legens konklusjon. Faglig ansvarlig kan etablere tvungen psykisk helsevern selv om legen ved den forutgående legeundersøkelsen bare finner at det er grunnlag for tvungen observasjon. På samme måte kan faglig ansvarlig etablere tvungen observasjon selv om legen ved forutgående legeundersøkelse finner grunnlag for tvungent psykisk helsevern.

Annet ledd: Mange vil selv oppsøke helsehjelp dersom de får en psykisk lidelse. I andre tilfelle vil det være pårørende, nære venner eller andre nærstående personer som sørger for å formidle kontakt med lege. Hvis en person med antatt psykisk lidelse i ord eller handling motsetter seg en undersøkelse, gir [§ 3-1 annet ledd](#) hjemmel for at kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Bakgrunnen for denne hjemmelen er at alvorlig psykisk syke personer kan mangle eller ha redusert sykdomsinnsikt, og derfor ikke forstå at det er behov for legeundersøkelse. Situasjonen vil da være at den antatte syke unndrar seg legeundersøkelse.

Undersøkelsen bør gjennomføres av en annen enn den som fatter vedtak om tvungen legeundersøkelse ([psykisk helseforskriften § 9 tredje ledd](#)).

Kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse ved behov, det vil si når vedkommende ut fra foreliggende opplysninger har grunn til å tro at vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

Kommunelegen kan treffe vedtaket av eget tiltak, eller etter begjæring fra offentlig myndighet ([§ 3-6 første ledd](#), jf. [§ 1-3](#)) eller pasientens nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)).

Personen som saken gjelder, skal som hovedregel få mulighet til å uttale seg før vedtak treffes ([§ 3-9](#) og [forvaltningsloven § 16](#)). Hvis varsling kan medføre at undersøkelsen ikke kan gjennomføres, eller innhenting av uttalelse av andre grunner ikke er mulig, kan dette være omstendigheter som gjør at forhåndsvarsling kan unnlates, jf. [forvaltningsloven § 16 siste ledd](#).

Dersom den som skal undersøkes motsetter seg undersøkelsen, til tross for at det er truffet vedtak om tvungen legeundersøkelse, kan vedkommende hentes og undersøkes ved bruk av tvang. Offentlig myndighet har plikt til å bistå for å sikre at legeundersøkelse blir gjennomført i henhold til lovens bestemmelser ([§ 3-6 annet ledd](#)).

Tredje ledd fastsetter saksbehandlingsregler for vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Vedtaket skal straks nedtegnes, og begrunnelsen for tiltaket skal fremgå av vedtaket. Vedtaket skal også opplyse om hvem som eventuelt har fremsatt begjæring om tvungen undersøkelse og gitt uttalelse i saken ([psykisk helsevernforskriften § 7](#)).

Pasienten kan klage på vedtak om tvungen legeundersøkelse. Klagen rettes til fylkesmannen. Klagen har ikke oppsettende virkning. Det betyr at iverksettelse av tiltaket ikke må utsettes mens man venter på at fylkesmannen behandler klagen.

Fjerde ledd gir hjemmel for at det kan gis forskrift om delegering av kommunelegens myndighet. Dette er gjort i [psykisk helsevernforskriften § 9](#).

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [15/6818-3](#)

1.3.2 § 3-2. Vilkår for vedtak om tvungen observasjon

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter [§ 3-1](#), foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen observasjon er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. [§ 3-1](#).
3. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
4. Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-3](#) nr. 3.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til [§ 3-5](#).

6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. [§ 3-9](#).

7. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungen observasjon 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.

Tvungen observasjon kan ikke vare ut over 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkomisjonens leder. Overføring til tvungent psykisk helsevern kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.

Kommentarer til § 3-2:

Bestemmelsen fastsetter vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungen observasjon. Se også psykisk helsevernloven §§ [10](#) og [11](#).

I bestemmelsens **første ledd** fastsettes de generelle vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungen observasjon. Vilkaene sammenfaller med vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, og for det nærmere innholdet i de enkelte vilkårene vises det derfor til kommentarene til [§ 3-3](#).

Vedtak om tvungen observasjon treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Opprettholdelse av vedtaket forutsetter at vilkårene til enhver tid er oppfylt, og faglig ansvarlig må således vurdere dette fortløpende ([§ 3-7 første ledd](#)).

Formålet med tvungen observasjon er å skaffe forsvarlig grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt ([§ 3-3](#)). Det er ikke anledning til å benytte tvungen observasjon som hjemmelsgrunnlag for å holde tilbake pasienter som vurderes å ha behov for innleggelse (for eksempel på grunn av suicidalitet), dersom det ikke er overveiende sannsynlig at vilkårene er oppfylt. I denne sammenheng bemerkes at tilbakeholdelse i helt spesielle tilfeller vil kunne hjemles i nødrettslige betraktninger. I løpet av observasjonstiden skal det utredes om pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)). Observasjonen vil innebære at lege/psykiater, psykolog og annet personell vurderer pasientens mentale og fysiske tilstand. Observasjonen kan gjennomføres i eller utenfor institusjon, eksempelvis ved at pasienten bor hjemme og møter til observasjon ved en poliklinikk.

Pasienter som er underlagt tvungen observasjon, kan ikke underlegges behandling med mindre de samtykker til det. Bestemmelsen i loven [§ 4-4](#) kommer ikke til anvendelse.

Første ledd nr. 3: Etter lovendringer i psykisk helsevernloven i 2017 er det et vilkår for tvungen observasjon at pasienten mangler samtykkekompetanse. Se kommentarer til [§ 3-3 nr. 4](#), samt nærmere om vurderingen av samtykkekompetanse under kommentarene til [§ 2-1](#).

Første ledd nr. 4: Bestemmelsen fastsetter som vilkår for tvungen observasjon at det må være "overveiende sannsynlig" at vilkårene i [§ 3-3 nr. 3](#) er oppfylt. Dette innebærer at det må foreligge alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn 50 prosent sannsynlig) for at vilkårene er oppfylt (alvorlig sinnslidelse og ett tilleggsvilkår).

Annet ledd første punktum fastsetter at tvungen observasjon som utgangspunkt ikke kan vare lenger enn ti dager. Observasjonstiden regnes i kalenderdager, uavhengig av helligdager og lignende, fra det klokkeslett vedtaket om tvungen observasjon ble truffet.

Tvungen observasjon skal ikke opprettholdes lenger enn det som er strengt nødvendig for å bringe på

det rene om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Tiltaket må således avbrytes så snart forholdene tilsier det, enten ved at det treffes vedtak om opphør, eller ved at det etableres tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) før eller ved utløpet av denne fristen. Det må i tilfelle treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-3](#).

Annet ledd annet punktum gir hjemmel for å forlenge observasjonstiden med ytterligere ti dager i tilfeller der dette anses strengt nødvendig av hensyn til pasientens tilstand. Dette kan bare gjøres dersom kontrollkommisjonens leder samtykker til det. Kontrollkommisjonens avgjørelse kan ikke påklages, verken ved forlengelse eller nektet forlengelse av observasjonstiden.

Begrepet "strengt nødvendig" innebærer at det skal mye til for forlengelse av observasjonstiden, og forespørsel om dette bør således kun fremsettes i spesielle tilfeller. Observasjonstiden er gjort kort av hensyn til pasientens rettssikkerhet. Observasjon gjennomføres fordi man ikke er sikker på at vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger. I tråd med [Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 5](#) bør derfor observasjonstiden være kortest mulig. Forlengelse vil særlig være aktuelt hvor pasienten har både rusrelaterte og psykiske lidelser, og hvor det er uklarhet rundt årsakssammenhengen. Forlengelse kan også være aktuelt der det kan foreligge en symptomoppblomstring som følge av bråseponering av antipsykotika (rebound-effekt).

Forespørsel bør helst gjøres skriftlig og bør fremsettes så tidlig at kontrollkommisjonens leder får anledning til å vurdere spørsmålet på forsvarlig måte. Ved tidsnød kan en skriftlig forespørsel eventuelt ettersendes. Lederen bør kontaktes innenfor normal arbeidstid.

1.3.3 § 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Pasienten 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.
4. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
7. 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.

Kommentarer til § 3-3:

Bestemmelsen fastsetter vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Se også [psykisk helsevernforordningen §§ 10 og 11](#).

Vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern kan bare treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Opprettholdelse av vedtaket forutsetter at vilkårene er oppfylt, og faglig ansvarlig må således vurdere dette fortløpende ([§ 3-7 første ledd](#)).

Nr. 1 - Frivillighet

Første ledd nr. 1 slår fast at tvungent psykisk helsevern som hovedregel ikke kan etableres uten at det først er forsøkt å få til frivillig behandling av den aktuelle psykiske lidelsen. Det er gjort unntak for tilfeller der dette har vært forsøkt uten å føre frem, for eksempel på grunn av manglende oppfølging fra pasientens side. Det er også gjort unntak dersom det anses som åpenbart formålsløst å forsøke frivillig vern. Sistnevnte alternativ er aktuelt når en pasient ikke ønsker behandling eller mangler samtykkekompetanse, se kommentarer til denne bestemmelsens nr. 4 og [§ 2-1](#).

Spørsmålet om frivillighet vurderes som et selvstendig vilkår ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Ved vurdering av opprettholdelse/forlengelse/opphevelse av vernet vurderes spørsmålet om frivillighet som en del av helhetsvurderingen (Rt. 2001 s.1481).

Nr. 2 – To legeundersøkelser

Bestemmelsen fastsetter et krav om at pasienten skal undersøkes av to leger, og at den ene av legene må være uavhengig av institusjonen der det tvungne vernet eventuelt skal etableres. Begrunnelsen for dette, er hensynet til pasientens rettsikkerhet. Også i de unntaksvis tilfeller der pasienten kommer direkte til institusjon, må vedkommende undersøkes av lege uavhengig av institusjonen.

Lovens system legger opp til at den første legeundersøkelsen vanligvis skal foretas av en lege utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kravet om uavhengighet er imidlertid ikke til hinder for at undersøkelsen kan foretas av lege som er ansatt i det psykiske helsevern, for eksempel ved en psykiatrisk poliklinikk eller ved et distriktpspsykiatrisk senter. Hvorvidt denne legen er uavhengig av den ansvarlige institusjon må vurderes konkret. Det avgjørende er om poliklinikken eller senteret er organisert på en slik måte at den eksterne legen ikke har samme nærmeste overordnede som faglig ansvarlig for vedtak. Også andre andre forhold kan føre til at uavhengighetskravet ikke er oppfylt, for eksempel tett kontakt og/eller avhengighetsforhold mellom enhetene der de to legene arbeider. Eksempler på dette kan være stor grad av felles lokaler og fasiliteter, og/eller løpende fellesmøter. Den legen som undersøker pasienten først, bør heller ikke konferere med aktuelle faglig ansvarlig om sin vurdering av om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Så lenge dette ikke er tilfelle, er det ikke noe i veien for at tvungent psykisk helsevern kan etableres på bakgrunn av undersøkelser foretatt av to leger som er tilknyttet samme helseforetak.

Se også lovens [§ 3-1](#), som regulerer gjennomføringen av legeundersøkelsen utenfor institusjon, og kommentarene til denne.

Den andre legeundersøkelsen skal foretas av lege ved institusjonen der det tvungne vernet skal etableres. Undersøkelsen foretas i praksis ofte av faglig ansvarlig i forbindelse med dennes personlige undersøkelse av pasienten, jf. [§ 3-3 a første ledd](#). Dersom faglig ansvarlig er psykolog, må pasienten i tillegg undersøkes av en lege ved institusjonen.

Nr. 3 – Hovedvilkåret - "alvorlig sinnslidelse"

Hovedvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en "alvorlig sinnslidelse". Begrepet er videreført fra psykiatriloven av 1961, og forarbeider og rettspraksis til denne loven er derfor fremdeles relevante for tolkningen av begrepet.

Begrepet "alvorlig sinnslidelse" er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Psykoser (herunder rusutløste psykoser) faller inn under begrepets kjerneområde.

Også enkelte andre tilstander enn psykose omfattes av lovens hovedvilkår. Når det gjelder hvilke grensetilfeller dette gjelder, vil man stå overfor en helhetsvurdering der ikke bare selve sykdomstilstanden, men også utslagene den gir seg, må tillegges vekt. Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand.

Som eksempel på tilfeller der hovedvilkåret kan være oppfylt uten at pasienten er psykotisk, nevnes alvorlige grader av spiseforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Ved den konkrete vurderingen av om en pasient med slik lidelse oppfyller lovens hovedvilkår, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringsevne og eventuelle andre psykiske symptomer. I tillegg kan det legges vekt på sykdommens alvorlighetsgrad og hvor lenge tilstanden har vart.

Det vil altså være art og grad av psykiske symptomer som avgjør om hovedvilkåret er oppfylt. I denne vurderingen er det ikke relevant om symptomene er utløst av rusmiddelmisbruk eller andre årsaker.

For pasienter med kroniske psykoselidelser kan vilkåret være oppfylt også på tidspunkter der pasienten ikke har psykotiske symptomer. Dette følger av rettspraksis, som sier at lovens hovedvilkår sikter til grunnlidelsen, og at lovens hovedvilkår vil være oppfylt også i situasjoner der en pasients psykose blir holdt i sjakk av antipsykotisk medikasjon. (Rt. 1993 s. 249 og Rt. 2001 s.1481). Disse synspunktene er blitt kritisert i juridisk teori, som mener at rettspraksis har forskjøvet begrunnelsen for tvang fra funksjonssvikt til diagnose (Georg Høyer i "Tilbakeslag for psykiatriske pasienters autonomi og rettsikkerhet", Lov og Rett 1995 og Bjørn-Henning Østenstad i [NOU: 2011: 9, vedlegg 3 side 302](#)). Den praktiske betydningen av denne rettspraksisen, svekkes med innføringen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern. Dette fordi en pasient som er behandlet en periode og blitt helt eller delvis symptomfri, ofte vil ha gjenvunnet samtykkekompetansen og derfor ikke lenger oppfyller vilkåret for tvungent vern. Se nr. 4 nedenfor.

Selv om vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt, kan man likevel vurderes å ha samtykkekompetanse. Se kommentaren til [§ 2-1](#).

Nr. 3 bokstav a og b oppstiller to tilleggsvilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, hver med to alternativer. Det er tilstrekkelig at ett av disse fire alternativene er oppfylt.

Nr. 3 bokstav a – Behandlingsvilkåret

Behandlingsvilkåret har to alternative vilkår.

Det første alternativet - behandlingsvilkårets positive side - forutsetter at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert.

Begrepet "vesentlig bedring" må forstås slik at det kreves at pasientens tilstand vil bli merkbart bedre. Med "i betydelig grad redusert" menes det at må dreie seg om en reduksjon i utsiktene som vil få store og merkbare konsekvenser for pasienten.

Ved vurderingen av om behandlingsvilkårets positive side er oppfylt, vil vurderingstemaet være hvordan pasientens sinnstilstand vil utvikle seg dersom vedkommende kommer under tvungent psykisk helsevern, sammenlignet med hvordan utviklingen vil bli uten slikt vern. Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at pasienten klart forventes å bli langt bedre med tvungen psykiatrisk behandling enn uten.

Rettsikkerhetsmessige hensyn tilsier at den aktuelle helbredelse eller bedring må oppstå i forholdsvis nær fremtid for at vilkåret skal være oppfylt, men det er ikke oppstilt et tidskrav her på samme måte som for behandlingsvilkårets negative side, se nedenfor.

Det andre alternativet - behandlingsvilkårets negative side - forutsetter at det vurderes å være stor sannsynlighet for at pasienten uten tvungent vern i meget nær fremtid vil få sin tilstand vesentlig forverret. Dette er et strengt vilkår. Bruk av tvang overfor pasienter som er godt eller optimalt behandlet vurderes å være et svært inngripende tiltak og skal kun benyttes innenfor snevre rammer. Vilkåret vil vanligvis være mest aktuelt etter at pasienten har vært under tvungent psykisk helsevern en stund (som grunnlag for å opprettholde vernet).

Også ved vurderingen av om dette vilkåret er oppfylt, må det foretas en sammenligning av pasientens prognose med og uten tvungent psykisk helsevern.

Kravet om "stor sannsynlighet" innebærer at det kreves mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt for vesentlig forverring innenfor lovens tidsperspektiv.

Kravet om at pasienten må få sin tilstand "vesentlig forverret" innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern må bli merkbart verre, og at dette derfor vil få store konsekvenser for vedkommende.

Når det gjelder kravet om at forverringen må skje i løpet av "meget nær fremtid", er det i lovens forarbeider antydning en grense på to måneder frem i tid. Dette er blitt modifisert gjennom rettspraksis, men samtidig har Høyesterett uttalt at seks måneder vil være for lang tid i forhold til lovens krav (Rt. 2001 s. 752).

Høyesterett har i to dommer der pasienten fikk antipsykotika i **depotform**, lagt til grunn at forverring innen tre til fire måneder oppfylte tidskravet (Rt. 2014 s.801 og HR-2016-1286-A). Dommene likestiller første- og andregenerasjons antipsykotika i depotform, selv om andregenerasjon har noe lenger virketid. Høyesterett utelukker ikke en ytterligere utstrekking av grensen avhengig av virketiden for legemidlet og det individuelle reaksjonsmønsteret for den enkelte pasient, men uttaler samtidig at grensen på tre til fire måneder bør gjelde hovedtyngden av pasienter med depotmedikasjon og utstrekking kan bare skje i mer spesielle tilfeller. Noe vesentlig ut over tre til fire måneder kan det ikke være tale om når hensyn tas til den relativt snevre rammen som følger av lovens ordlyd (Rt. 2014 s. 801).

Ved behandling med antipsykotika i **tablettform** er virketiden for legemiddelet kortere, og det må da også legges til grunn en kortere tidsfrist for forverring. En tidsramme på inntil to til tre måneder er i samsvar med lagmannsrettspraksis (LF-2015-035392 og LG-2015-129513). Det må foretas en sammensatt, faglig vurdering av tilfeller hvor tabletter benyttes, hvor det er tatt hensyn til individuelle forskjeller, virketid for tabletter og betydningen av andre tiltak.

Utgangspunktet for beregningen av hvor lang tid forverringen tar, er tidspunktet da vurderingen foretas, for eksempel ved etablering av tvungent vern eller ved vurdering av om slikt vern skal opprettholdes. Utgangspunktet er altså **ikke** det tidspunktet det antas at pasienten vil slutte å ta antipsykotika

Innimellom kan det godtgjøres at pasienten vil fortsette behandlingen frivillig en tid, men senere seponere tablettene eller unndra seg depot mot helsefaglige råd. Her må det vurderes konkret hvor lang tid det vil gå før en vesentlig forverring inntreffer. Legges det til grunn at det vil gå særlig mer enn henholdsvis to-tre måneder (tablettmedikasjon) eller tre-fire måneder (depotmedikasjon) før en vesentlig forverring inntreffer, inkludert den tiden pasienten frivillig tar tabletter eller får depotmedikasjon, vil tidskravet ikke være oppfylt. Dette kan i praksis bety at dersom en pasient er villig til å ta én depotsprøyte frivillig etter opphør av tvungent vern, vil tidskravet ikke være oppfylt.

I tilfeller der behandlingsvilkårets negative side er det eneste aktuelle tilleggsvilkåret, vil

helhetsvurderingen komme sterkt inn. Se nr. 7 nedenfor. Faglig ansvarlig og kontrollkommisjonen må ved vurderingen av disse pasientene dessuten være særsilt oppmerksomme på at de, som følge av den behandlingen de har fått, kan ha gjenvunnet samtykkekompetansen, og derfor ikke oppfyller vilkåret for tvungent vern i § 3-3 nr. 4 (manglende samtykkekompetanse). Se nærmere under kommentarene til [§ 2-1](#).

Nr. 3 bokstav b – Farevilkåret (farevurderinger)

Også farevilkåret har to alternativer. Pasienten må utgjøre en nærliggende og alvorlig fare enten for **eget eller for andres liv eller helse**.

Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at det vurderes å være årsakssammenheng mellom pasientens sinnslidelse og faremomentet. Et eksempel på manglende årsakssammenheng kan være en pasient med selvmordsrisiko, der risikoen knytter seg til langt fremskreden somatisk lidelse og ikke har sammenheng med sinnslidelsen.

Som ved behandlingsvilkåret, må det også ved vurderingen av om farevilkåret er oppfylt, foretas en sammenligning av pasientens sinnstilstand med og uten tvungent psykisk helsevern. Farevilkåret kan være oppfylt selv om pasienten som er under tvungent psykisk helsevern, er så godt behandlet at vedkommende under disse forholdene ikke anses å utgjøre en fare. Det sentrale er om vedkommende **uten** tvungent psykisk helsevern vil utgjøre en fare.

Med "fare for liv" menes både fare for suicid og fare for livstruende voldshandlinger mot andre.

Med "fare for helse" menes i **utgangspunktet** både fare for fysisk og psykisk helse, men ved fare for pasientens **egen** psykiske helse vil man benytte behandlingsvilkåret som tilleggsvilkår. Fare for psykisk helse hos **andre** vil kunne være fare for psykiske reaksjoner som følge av trusler, stalking og lignende. Det vil også kunne gjelde psykisk overlast hos barn som følge av foreldres handlemåter i psykotisk tilstand. Skaden skal være mer enn bagatellmessig. Fare for egen fysiske helse omfatter ikke bare selvskading, men også fare for at vedkommende forkommer eller lider overlast på en slik måte at det foreligger nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse.

Fare for ødeleggelse av materielle verdier omfattes ikke av farevilkåret.

Faren må for det første vurderes som "alvorlig". Dette vil si at den må innebære et kvalifisert skadepotensiale.

For det andre må faren vurderes som "nærliggende". Dette innebærer i henhold til rettspraksis at den må vurderes som reell, konkretiserbar og påregnelig. Dette betyr at faren må ha vist seg tidligere eller være dokumenterbar på annen måte. Ved vurderingen vil det blant annet være naturlig å se hen til eventuelle tidligere episoder med selvskading, vold eller trusler, og hvordan pasienten forholder seg til slike handlinger på vurderingstidspunktet.

Det følger av rettspraksis at det ikke kreves at faren vil oppstå innen en klart begrenset tidshorisont (Rt. 2001 s. 1481). Tidsmomentet er likevel relevant ved vurderingen av den konkrete påregneligheten for at kvalifiserte faresituasjoner vil oppstå. Desto lenger frem i tid, desto mindre blir påregneligheten for at faren vil materialisere seg.

God dokumentasjon knyttet til fare er viktig.

Når det gjelder vurderingen av selvmordsrisiko, vises det til [Nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#). Faglig ansvarlig må være oppmerksom på at spesielt mer kronisk selvmordsfare kan være vanskelig å bedømme, og det foreligger en risiko for at pasienter holdes tilbake på tvang i lengre tid enn det rettslig sett er grunnlag for.

Dersom det foreligger opplysninger som tilsier at pasienten kan utgjøre en fare for andres liv og helse,

er det viktig at det gjøres systematiske voldsrisikovurderinger, for eksempel ved hjelp av verktøy som HCR-20 eller V-risk. Det vises til [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser](#).

Begrunnelse og dokumentasjon for fare kan være mangelfull. Erfaringsmessig gjelder det særlig for voldshistorikk utenfor institusjon. Dette svekker pasientens rettsikkerhet. Samtidig er det en trussel for samfunnsvernet dersom pasienter feilaktig vurderes til **ikke** å utgjøre en fare fordi relevant dokumentasjon mangler.

Betydningen av tilstrekkelige farevurderinger blir satt på spissen med innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern fra 1. september 2017 (se § 3-3 nr. 4). En kan anta at faglig ansvarlig, kontrollkommisjonene og domstolene frem til nå har unnlatt å vurdere farevilkåret eller lagt mindre vekt på dette vilkåret, dersom fare har vært mangelfullt dokumentert og pasienten uansett har oppfylt behandlingsvilkåret. Samtykkekompetente pasienter vil etter lovendringen ikke kunne holdes tilbake i tvungent vern med grunnlag i behandlingsvilkåret, og det blir derfor avgjørende med tilstrekkelig dokumentasjon og vurdering av fare dersom det foreligger opplysninger om at farevilkåret kan være oppfylt.

Dersom det foreligger opplysninger om at pasienten utgjør en fare, men opplysningene er usikre eller ikke i tilstrekkelig grad belyser hvorvidt pasienten utgjør en "nærliggende og alvorlig fare", må faglig ansvarlig innhente ytterligere opplysninger. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, offentlige myndigheter og pårørende kan ha informasjon om farepotensialet.

Se mer om helsepersonells adgang til å utveksle pasientopplysninger med nærmeste pårørende, helsepersonell politi og andre offentlige instanser under kommentarene til [§ 3-3 a første ledd](#).

Nr. 4 - Pasienten mangler samtykkekompetanse

Etter lovendringer i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017 er det som utgangspunkt et vilkår for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern at pasienten mangler samtykkekompetanse. Det betyr at pasienter som har samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Og pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, får rett til å avslutte behandlingen. Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonellet mener at pasienten trenger behandling, og selv om konsekvensene er at pasienten igjen blir så dårlig at vilkårene for etablering av tvang på nytt kan bli oppfylt.

Se nærmere om vurdering av samtykkekompetanse under kommentarene til [§ 2-1](#).

I **nr. 4 annet punktum** gjøres unntak fra vilkåret om samtykkekompetanse dersom pasienten er til nærliggende og alvorlig **fare for andres liv eller helse**. Unntaket er begrunnet i samfunnsvernet. Hensynet til pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett må her vike for hensynet til andre mennesker. Se nærmere om farevurderingen under nr. 3 bokstav b ovenfor.

Videre gjøres det unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse, der det er **fare for pasientens eget liv**, som ved alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsrisiko. Dette unntaket er motivert av sterke etiske hensyn og menneskerettslige forpliktelser knyttet til å redde liv. Det er de samme hensynene som kommer til uttrykk i helsepersonells plikt til å gi øyeblikkelig hjelp ved akutt selvmordsfare, jf. [helsepersonelloven § 7](#).

Det er **ikke** gjort unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved **fare for pasientens egen helse**. I slike situasjoner må pasienten mangle samtykkekompetanse for å kunne underlegges tvungent vern. Pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett går altså foran hensynet til pasientens helse. Dette er i tråd med det alminnelige utgangspunktet i helseretten, og tilsvarer en samtykkekompetent persons rett til å avslå somatisk behandling selv om konsekvensene er svært alvorlige, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1](#). Regelen baserer seg på en antakelse om at

samtykkekompetente personer som hovedregel vil ta hensiktsmessige valg for å ivareta og optimalisere egen helse. Regelen respekterer pasientens rett til å gjøre andre vurderinger enn helsepersonell av hva som er hensiktsmessig, og å legge større vekt på andre hensyn enn ivaretagelse og optimalisering av helsen.

I praksis innebærer dette for eksempel at en person med «alvorlig sinnslidelse», som er samtykkekompetent og driver selvskading uten å være til fare for eget liv, ikke kan holdes tilbake i tvungent vern. Tilsvarende vil gjelde for en alvorlig sinnslidende, men samtykkekompetent person, som vil seponere foreskrevne antipsykotika og derved får et gradvis funksjonsfall som gjør at vedkommende ikke klarer å ivareta sin egen helse - uten at dette er til fare for eget liv. Pasienten kan for eksempel mangle evne til å ivareta hygiene og næringsinntak, uten at dette er livsviktig og/eller følge opp somatiske lidelser som ikke er livstruende.

Når unntaket i nr. 4 annet punktum ikke omfatter fare for pasientens egen helse, innebærer det at man ikke kan iverksette tvangsinngrep med hjemmel i øyeblikkelig hjelp-bestemmelsen med den begrunnelse at det foreligger fare for pasientens helse. [Helsepersonelloven § 7](#) pålegger helsepersonell en hjelpeplikt når det «er påtrengende nødvendig». Intensjonene med denne bestemmelsen støtter at det bør gjelde visse unntak når det gjelder å respektere pasientens beslutning om å nekte å ta imot helsehjelp. Bestemmelsen ([helsepersonelloven § 7](#)) skal imidlertid ikke tolkes slik at den gir en videre hjemmel til å bruke tvang ved behandling av psykiske lidelser enn det som følger av psykisk helsevernloven ([Prop 147 L \(2015-16\) side 24](#)).

Nr. 5 – Institusjonens egnethet

Institusjonen der det tvungne vernet skal etableres (eller opprettholdes), må være godkjent i henhold til [§ 3-5](#). Slik godkjenning forutsetter blant annet at institusjonen oppfyller generelle krav til bemanning og fysisk utforming.

For å beskytte den enkelte pasient mot ren frihetsberøvelse og rene kontrolltiltak uten faglig innhold, er det i tillegg fastsatt et krav om at institusjonen må være faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Det skal således foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et egnet tilbud ved institusjonen. Bestemmelsen gjelder uavhengig av om det aktuelle vedtaket dreier seg om tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold.

Kravet til faglighet innebærer at det i tillegg til kompetent behandlings- og pleiepersonell, må være tilgang til personellressurser som er gode nok til å gi pasienten tilfredsstillende behandling, omsorg, samt et tilfredsstillende aktivitetstilbud.

I vurderingen må det tas utgangspunkt i den enkelte pasients (behandlings)behov. Pasientsammensetningen ved den aktuelle institusjon vil da være sentral, for eksempel i forhold til kjønn, alder, rusproblematikk og grad av utagering. En ung jente bør for eksempel ikke plasseres på en avdeling med bare menn. Er pasienten ung, vil mulighet for skole, nettverk og aktiviteter også stå sentralt. En avdeling kan altså være egnet for én pasient, men ikke for en annen, avhengig av hvilke behov pasientene har.

Institusjonen må være innrettet, utstyrmessig og på annen måte, slik at den utgjør et egnet sted for å gi pasienten den hjelpen vedkommende trenger. Det gjelder for eksempel møblement, badrom, innredning og sikkerhetsnivå ved institusjonen.

Kravet om at institusjonen skal egne seg faglig og materielt for den enkelte pasient er absolutt. Konsekvensen av manglende oppfyllelse blir at tvungent vern ikke kan etableres ved institusjonen eller eventuelt må opphøre. Alternativt kan tvungent vern etableres ved en institusjon som oppfyller kravet, eller pasienten kan overføres til slik institusjon ([§ 4-10](#)). Ved overføring kan pasienten holdes tilbake ved institusjonen i en kort periode i påvente av plass ved egnet institusjon.

Nr. 6 – Pasientens rett til å uttale seg

Bestemmelsen tydeliggjør at pasienten skal få anledning til å uttale seg før vedtak blir truffet. I bestemmelsen vises til [§ 3-9](#), hvor det fremkommer at også nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, skal få anledning til å uttale seg før vedtak treffes. Opplysningene skal nedtegnes og vektlegges i forbindelse med vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Nr. 7 – Helhetsvurderingen

Etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal bygge på en helhetsvurdering. Selv om lovens øvrige vilkår er oppfylt skal det foretas en hensiktsmessighets- og rimelighetsvurdering, der det blant annet skal legges særlig vekt på hvilken belastning inngrepet medfører for pasienten og hvilken betydning det har for hans eller hennes livssituasjon. Høyesterett har uttalt at vurderingen av hva som er best for pasienten i utgangspunktet skal være objektiv (Rt. 2001 s.752).

Der tvangen er etablert eller opprettholdt for å kunne tvangsbehandle med legemidler, vil det blant annet være relevant å se hen til legemiddelets effekter og bivirkning, og om legemiddelets virkning klart oppveier bivirkningene. Andre momenter kan være:

- Pasientens motstand mot behandlingen. Dersom pasientens yter stor verbal og fysisk motstand, kan det være at den positive effekten ikke står i forhold til tvangsbruken som må utøves.
- Betydningen for behandlingsalliansen. Hvordan vil den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet fremover?
- Hvor omfattende funksjonsnedsettelse for eksempel psykosen eller manien medfører. Noen ønsker og har erfaring med å komme gjennom maniske eller psykotiske faser uten legemidler. Her må eventuelle forhåndsreklæringer og pasientens syn når vedkommende er symptomfri og samtykkekompetent tas i betraktning.
- Opplysninger om ulike oppfatninger i behandlergruppen rundt pasienten bør også trekkes inn. Uenigheter kan tale for større tilbakeholdenhet med tvangsbruk.
- Hvor lenge vedkommende har blitt behandlet uten eget samtykke. Er pasienten optimalt behandlet, slik at det kun dreier seg om vedlikeholdsbehandling, bør vedkommende på et tidspunkt «få prøve seg» uten legemidler. Dette også for å prøve hvorvidt behandlingen kan baseres på frivillighet

Helhetsvurderingen vil være spesielt sentral i tilfeller der kun behandlingsvilkårets negative side er aktuelt som tilleggsvilkår (nr. 3 bokstav a siste alternativ). Det vises til at lovgiver i forarbeidene til dette tilleggsvilkåret har uttalt at: «Tvungent psykisk helsevern er et så inngripende tiltak at dette ikke bør brukes mot noen bedrefungerende over lengre perioder uten at de får prøve seg for å se hvordan det går.» ([Ot.prp. nr. 11 \(1998-99\) side 80](#)). Tidsaspektet (tvangens varighet) er derfor av betydning der pasienten har gjenfunnet funksjonsevnen. I mange tilfeller vil bedre funksjonsevne også innebære at pasienten har gjenfunnet samtykkekompetansen, og vilkårene for bruk av tvang vil da ikke lenger være tilstede. Men dette vil ikke alltid være tilfelle; til tross for at tilnærmet optimal bedring er oppnådd, kan det fortsatt være slike brister i pasientens forståelse og resonnement at vedkommende ikke kan sies å være samtykkekompetent i forhold til tvangsvernet. Den økte vektleggingen av pasientautonomi i menneskerettigheter og nasjonalt lovverk, tilsier imidlertid at man også i slike situasjoner bør legge betydelig vekt på pasientens holdninger og ønsker i helhetsvurderingen, herunder kunnskap om pasientens holdninger til tvang i samtykkekompetente perioder.

I tilfeller der pasienten vurderes å utgjøre en fare for andres liv eller helse, skal det også foretas en helhetsvurdering, men hensynet til hva som isolert sett er den beste løsningen for pasienten skal tillegges mindre vekt.

1.3.4 § 3-3 a. Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Den faglig ansvarlige treffer vedtak etter §§ 3-2 og 3-3 på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen undersøkelse av pasienten.

Vedtaket skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter at pasienten er kommet til institusjonen. Vedtaket skal straks nedtegnas.

I vedtaket skal det opplyses om:

1. hvordan vilkårene for vedtaket, jf. §§ 3-2 og 3-3, er vurdert,
2. vedtaket innebærer en overføring fra frivillig vern, jf. § 3-4,
3. hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingsmessig effekt og risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet, er vurdert,
4. pasientens holdning til og erfaringer med bruk av tvang og
5. pasientens syn på frivillige tiltak.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter paragrafen her til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtaket i inntil 3 måneder etter at observasjonen eller vernet er opphørt.

Kongen i statsråd gir forskrifter om vedtak og klage etter paragrafen her.

Kommentarer til § 3-3 a:

Paragrafen stiller krav til saksbehandling og utforming av alle vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. De materielle vilkårene går fram av [§§ 3-2](#) og [3-3](#).

Første ledd: Vedtak om å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, eller vedtak om ikke å etablere tvungent psykisk helsevern, treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Faglig ansvarlig må foreta en vurdering av om vilkårene i [§§ 3-2 første ledd nr. 1-7](#) og [3-3 nr. 1-7](#) er oppfylt eller ikke.

Grunnlaget for vurderingen vil være foreliggende opplysninger, som legeopplysninger som er fremlagt etter [§ 3-1](#), eventuelle uttalelser fra pasienten, vedkommendes nærmeste pårørende og eventuelt begjærende instans ([§ 3-6](#)). Ved vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern må det også ses hen til opplysninger fra eventuell forutgående periode med tvungen observasjon.

Faglig ansvarlig skal personlig undersøke pasienten. Dersom faglig ansvarlig er psykolog, må pasienten i tillegg undersøkes av en lege ved institusjonen (§§ [3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)).

Særlig om innhenting av opplysninger fra andre

På tross av egen undersøkelse og foreliggende opplysninger, som for eksempel journalopplysninger og informasjon fra nærmeste pårørende, jf. § [3-9](#), kan grunnlaget for å vurdere om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i enkelte tilfeller være utilstrekkelig. Da kan det være nødvendig å innhente ytterligere opplysninger.

En viktig kilde til informasjon er pårørende, som kan opplyse om pasientens tilstand uten medikasjon, pasientens syn på tvang og medikasjon i friske perioder og om pasienten utgjør en fare. En annen kilde til informasjon er andre deler av psykiske helsevern og den kommunale helsetjenesten, herunder fastlege og psykisk helsetjeneste i kommunen. For eksempel vil epikriser fra tidligere behandling i psykisk helsevern ofte være av betydning for en god vurdering av om vilkårene for tvungent vern er oppfylt. Videre vil politi eller andre offentlige instanser kunne være kilder til informasjon.

Helsepersonells taushetsplikt hindrer i utgangspunktet den faglig ansvarlig i å opplyse om at pasienten er innlagt til tvungent vern. Dette vil imidlertid ofte være en forutsetning for at den faglig ansvarlige

kan få utlevert relevante og nødvendige opplysninger om pasienten fra kildene nevnt ovenfor.

Det finnes imidlertid flere unntak fra taushetsplikten, som kan gi adgang til å gi opplysninger om pasienten uavhengig av taushetsplikten:

Et viktig utgangspunkt er at den faglig ansvarlige kan utveksle informasjon med enhver som pasienten selv gir den faglig ansvarlige samtykke til å utveksle informasjon med, jf. [helsepersonelloven § 22](#). Dersom pasienten selv ikke er i stand til å samtykke, kan samtykke gis av nærmeste pårørende, jf. [helsepersonelloven § 22 tredje ledd](#).

Nærmeste pårørende har blant annet rett til informasjon om at det vurderes å treffe vedtak om tvungen observasjon og tvungent vern, jf. [§ 3-9](#), og faglig ansvarlig vil derfor ikke røpe taushetsbelagte opplysninger dersom vedkommende kontakter nærmeste pårørende for å innhente opplysninger om pasienten. Det samme gjelder for offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, dvs. instans som har tatt initiativ til tvungen observasjon eller tvungent vern, jf. [§ 3-9](#). Dette vil for eksempel kunne være politiet.

Taushetsplikten er heller ikke til hinder for at faglig ansvarlig kontakter noen som allerede av andre grunner er kjent med at pasienten er underlagt tvungen observasjon eller tvungent vern, jf. [helsepersonelloven § 23 nr. 1](#). Det vil typisk være aktuelt i forhold til politiet når pasienten blir brakt til legevakst eller institusjon av politiet selv.

Videre kan det, uavhengig av taushetsplikten, utveksles informasjon med annet helsepersonell som samarbeider om behandlingen av pasienten eller tidligere har behandlet pasienten, herunder aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som fastlege og den psykiske helsetjenesten i kommunen, jf. [helsepersonelloven §§ 25 og 45](#).

I visse tilfeller kan også bestemmelsen i [helsepersonelloven § 23 nr. 4](#) gi helsepersonell adgang til å gi opplysninger om pasienten til andre. Vilkåret er at tungtveiende offentlige eller private interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. Vilkårene er strenge, jf. begrepet «tungtveiende interesser». Hensynene som taler for å utlevere opplysningene må være vesentlig tyngre enn hensynene til å bevare taushet om dem. Utlevering av opplysningene skal motvirke fare for skader av et visst omfang. Unntaket omfatter i hovedsak truende farer eller situasjoner der det er fare for en alvorlig skadevoldende handling - i utgangspunktet fare for menneskeliv og helse. Unntaket vil derfor være mest aktuelt å vurdere i situasjoner der man skal gjøre risikovurderinger av en pasient og/eller vurdere om farevilkåret i lovens [§ 3-3 bokstav b](#) er oppfylt. Det understrekes at innhenting av politiopplysninger ikke kan gjøres rutinemessig.

Den faglig ansvarlige kan for eksempel ha opplysninger fra journal, pårørende og helsepersonell som indikerer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse, men opplysningene kan fremstå motstridende eller de lar seg ikke dokumentere eller verifisere i tilstrekkelig grad til å foreta en forsvarlig farevurdering. Det kan etter en konkret vurdering være rettmessig av faglig ansvarlig å kontakte for eksempel politiet for å få avklart forholdet tilstrekkelig. Ikke enhver opplysning åpner for at politiet kan kontaktes. Opplysningene må gi grunn til å tro at det kan være en «nærliggende og alvorlig fare» for at unntaket i bestemmelsen kan brukes.

Helsepersonellet skal ikke utlevere flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet, og som regel vil det være tilstrekkelig å opplyse om at pasienten er under tvungent psykisk helsevern, samt indikere type opplysninger man ønsker utlevert og til hvilket formål.

Instanser det kan være aktuelt å kontakte, kan for eksempel være politi eller barnevern. Det må imidlertid gjøres en konkret vurdering i den enkelte sak av om det er grunn til å tro at de kan besitte relevante eller avgjørende opplysninger. Politiet vil for eksempel kunne bistå med informasjon om dommer og opplysninger fra straffe- og bøteregisteret som viser om pasienten tidligere har vært siktet eller dømt og i så fall for hva, anmeldte forhold som er henlagt på grunn av pasientens psykiske tilstand, prejudisielle eller rettspsykiatrisk erklæringer og ilagte besøksforbud. Det er først og fremst

handlingar som har eller kunne ha påført andre menneske skader som vil vere av betydning (vold, truslar, brannstiftelser og lignende), selv om også annan kriminalitet etter forholdene kan vere relevant for en farevurdering.

Instansene må på grunnlag av henvendelsen fra faglig ansvarlig, selv vurdere om de har tilstrekkelig informasjon og hjemmelsgrunnlag til å utlevere etterspurte opplysninger til den faglig ansvarlige. Polit og barneverntjenesten reguleres av taushetspliktbestemmelsene i [forvaltningsloven §§ 13-13 f](#) samt særlovgivning for den aktuelle instansen.

Annet ledd bestemmer at vedtaket skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen. Fristen er absolutt og gjelder uavhengig av helligdager og lignende. Fristen avbrytes ikke av at pasienten overføres mellom avdelinger/ institusjoner i denne perioden. Det skal også treffes vedtak om **ikke** å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Vedtaket skal straks nedtegnas.

Tredje ledd stiller nærmere krav til begrunnelsen av vedtaket. Begrunnelsesplikten er en tydeliggjøring av krav som allerede følger av [forvaltningsloven § 25](#) og alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper. Begrunnelsen skal bidra til å dokumentere at lovens krav er oppfylt og gi dem som kravene retter seg mot, en forklaring på vedtaket. Begrunnelsen kan styrke forståelsen for vedtaket og vil vere grunnlaget for å klage.

I **tredje ledd nr. 1** oppstilles krav om at faglig ansvarliges vurdering av vilkårene i §§ [3-2 første ledd nr. 1-7](#) og [3-3 nr. 1-7](#) skal fremgå av vedtaket.

I **tredje ledd nr. 2** kreves at det opplyses om pasienten er overført fra frivillig vern, jf. [§ 3-4](#). Det er som utgangspunkt ikke tillatt å overføre en pasient fra frivillig til tvungent vern. Det er gjort unntak fra dette dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Vedtaket må begrunne hvorfor faglig ansvarlig finner at vilkårene for å benytte unntaket er oppfylt.

Tredje ledd nr. 3 krever en redegjørelse for hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingssmessig effekt og risiko for varig skade som følge av inngrepet, er vurdert. Denne redegjørelsen kan inngå i helhetsvurderingen som skal gjøres etter [§§ 3-2 nr. 7](#) og [3-3 nr. 7](#), og som også skal nedfelles i vedtaket. Se kommentarene til nr. 1 ovenfor.

Tredje ledd nr. 4 krever at det opplyses om pasientens holdning til og erfaring med bruk av tvang. Det må foretas en konkret vurdering av all informasjon om hvordan pasienten stiller seg til bruk av tvang. Det bør i en slik vurdering blant annet legges vekt på hvor klare de negative holdningene er, hvor faste de er over tid, hvor nært i tid de ligger og hvor dekkende de er for den aktuelle beslutningen. Denne vurderingen må fremgå av vedtaket

Tredje ledd nr. 5 krever at vedtaket redegjør for pasientens syn på frivillige tiltak. Her må det redegjøres for hvilke tiltak som er foreslått og pasientens syn på disse.

Det fremgår av **fjerde ledd** at vedtak om etablering eller vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan påklages til kontrollkommisjonen. Klageberettiget er pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)), samt eventuelt offentlig myndighet som har fremsatt begjæring om tvungent psykisk helsevern ([§ 3-6](#)).

For mer informasjon om nærmeste pårørendes og offentlig myndighets rett til informasjon om vedtaket, se kommentarer til [forskriften § 10](#).

Dersom kontrollkommisjonen ved klage på vedtak om **ikke** å etablere tvungent psykisk helsevern, finner at vilkårene er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til faglig ansvarlig for ny vurdering ([forvaltningsloven § 34 siste ledd](#)). Kontrollkommisjonen bør vise varsomhet med å endre institusjonens/faglig ansvarliges

vedtak om ikke å etablere tvungen psykisk helsevern, da dette pålegger institusjonen/faglig ansvarlig å gjennomføre et tvangsvedtak som institusjonen/faglig ansvarlig ikke selv finner at det er grunnlag for.

Klagebehandlingen omfattes av forvaltningsloven. Dette innebærer blant annet at klagefristen som utgangspunkt er tre uker ([forvaltningsloven § 29](#)).

Fjerde ledd annet punktum gir pasienten utvidet frist til å klage på vedtak om etablering av tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern. Pasienten kan påklage slikt vedtak inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel ([§ 1-7](#)).

I **femte ledd** er det tatt inn en hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter om vedtak og klage etter § 3-3 a. Dette gir hjemmel for å stille ytterligere krav om vedtak og klage enn det som følger av lovbestemmelsen, herunder hjemmel for å videreføre dagens regler om dette i psykisk helsevernforskriften.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [15/9681-3](#)

1.3.5 § 3-4. Forbud mot overføring fra frivillig til tvungen psykisk helsevern

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, kan ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår.

Forbudet i første ledd gjelder likevel ikke hvor utskrivning innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. I forbindelse med kontroll etter [§ 3-8](#) første ledd skal kontrollkommisjonen ved skriftlig redegjørelse gjøres særskilt oppmerksom på at det er truffet en beslutning om overføring.

Kommentarer til § 3-4:

Første ledd fastsetter et forbud mot direkte overføring fra frivillig til tvungen psykisk helsevern eller til tvungen observasjon (konvertering av rettslig status). Konverteringsforbudet gjelder både pasienter som er innlagt ved en institusjon og pasienter som følges opp poliklinisk. Konverteringsforbudet gjelder også når tilstanden til en pasient som er under frivillig behandling blir forverret, og pasienten som følge av dette mister samtykkekompetansen i relasjon til helsehjelpen. Pasienten kan da ikke lenger samtykke til hjelpen, og frivillig behandling er ikke lenger aktuelt. Etablering av tvungen vern må da vurderes.

Konverteringsforbudet er begrunnet i hensynet til at pasienter ikke skal unnlate å oppsøke behandling i det psykiske helsevernet av frykt for å bli tvangsinnlagt.

Konverteringsforbudet innebærer ikke et forbud mot at en pasient som er under frivillig vern senere kan underlegges tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern, men det setter krav til måten dette gjøres på. Som hovedregel kan det ikke iverksettes en prosess for etablering av tvungen vern, herunder forutgående legeundersøkelse i henhold til lovens [§§ 3-2 første ledd nr. 2](#), [3-3 nr. 2](#) og [3-1](#), før det frivillige vernet er opphevet i form av en utskrivelse som innebærer en realitet for pasienten.

Pasienter som er frivillig innlagt ved institusjon

For en pasient som er innlagt ved institusjon innebærer kravet til realitet at vedkommende må få

anledning til å forlate institusjonen. Institusjonen plikter i denne sammenheng å sikre at pasienten får forsvarlig oppfølging fra andre instanser i helsetjenesten ([spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#)).

En utskrivelse kan vanskelig vurderes som reell dersom pasienten hentes tilbake rett utenfor institusjonen, et par kvartaler unna eller lignende, eller dersom pasienten blir transportert direkte til legevakt for legeundersøkelse ([§ 3-1](#)) og deretter tilbake til institusjonen. Det må imidlertid være anledning til å iverksette relativt raske tiltak for å få etablert tvungent psykisk helsevern i tilfeller der pasienten vurderes å oppfylle vilkårene for dette.

Kravet til realitet innebærer ikke en forutsetning om at pasienten faktisk forlater institusjonen før etableringsprosessen settes i verk. I tilfeller der pasienten motsetter seg behandling, men ønsker å oppholde seg ved institusjonen, vil kravet til realitet kunne oppfylles ved at pasienten informeres om sin rett til å forlate institusjonen og gis rimelig tid til å overveie dette.

Pasienter som mottar frivillig poliklinisk behandling

For at en pasient som mottar frivillig poliklinisk behandling kan sies å være under psykisk helsevern, og således omfattes av konverteringsforbudet, må det foreligge et behandlingsopplegg av et visst omfang. Dette må vurderes konkret i det enkelte tilfellet, og ved vurderingen må det ses hen til hvordan behandlingen er lagt opp, hvilken oppfølging pasienten får, regelmessigheten og så videre. For eksempel vil pasienter som kun har hatt sporadiske samtaler ved en poliklinikk, ikke omfattes av forbudet.

For denne pasientgruppen innebærer konverteringsforbudet at etableringsprosessen ikke kan iverksettes før det frivillige vernet formelt er opphevet.

Dersom pasientens behandler under en konsultasjon ser at det vil være aktuelt å iverksette en prosess for etablering av tvungent vern, må pasienten informeres om dette og gis mulighet til å forlate situasjonen (unntak ved fare, se bestemmelsens annet ledd). Dersom pasienten motsetter seg videre oppfølging eller undersøkelse, bør den som foretok konsultasjonen deretter ta kontakt med kommunelegen for å begjære vedtak om tvungen legeundersøkelse ([§3-1 annet ledd](#)).

I tilfeller der ansatte i det psykiske helsevernet mistenker behov for tvungent vern uavhengig av en konsultasjon eller oppfølging i form av frivillig behandling (for eksempel på grunnlag av komparentopplysninger) og pasienten motsetter seg legeundersøkelse, vil konverteringsforbudet innebære at det ikke kan begjæres vedtak om tvungen legeundersøkelse ([§ 3-1 annet ledd](#)) før det frivillige vernet er formelt avsluttet, jf. ovenfor.

Etter at det frivillige vernet på denne måten har opphørt, og dette er dokumentert, kan prosessen som angitt i lovens kapittel 3 settes i gang. Konverteringsforbudet er ikke til hinder for at lege ved poliklinikken eller DPS kan være innleggende lege, så lenge kravene i [§ 3-1](#) for øvrig er oppfylt og legen er «uavhengig» av institusjonen hvor tvangen deretter skal etableres ([§§ 3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)). Kjennskap til pasienten gir mulighet til å legge opp en tvangsinnleggelse så skånsomt som mulig for vedkommende, men kan være en utfordring for behandlingsalliansen.

Unntak fra konverteringsforbudet

Annet ledd første punktum fastsetter at konverteringsforbudet ikke gjelder i situasjoner der utskrivelse vil innebære at pasienten på grunn av sin sinnslidelse vil utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Det understrekes at det skal svært mye til for at unntaket fra konverteringsforbudet skal komme til anvendelse. Det vises i denne sammenheng til omtalen av farevilkåret i [§ 3-3 nr. 3 bokstav b](#).

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som er innlagt ved institusjon

Unntaket kommer kun til anvendelse i tilfeller der faretilstanden antas å vare over noe tid. Ved

faresituasjoner som vurderes å ville vare kun i en meget kort tidsperiode, for eksempel et par døgn i forbindelse med en spesiell hendelse, vil det være mer naturlig at pasienten holdes tilbake på grunnlag av nødrett så lenge faresituasjonen består. Dersom faglig ansvarlig finner at unntaksbestemmelsen kommer til anvendelse, skal det etableres tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern av hensyn til pasientens rettssikkerhet ([§§ 3-2](#) eller [3-3](#)).

Unntaket innebærer at det ikke er nødvendig å avslutte det frivillige vernet. Inneliggende pasienter kan således holdes tilbake i institusjonen.

Kravet om erklæring fra uavhengig legeundersøkelse ([§§ 3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)) gjelder også ved unntak fra konverteringsforbudet. Pasienten må således enten bringes til lege, eller lege må bringes til pasienten. Dette må løses ut fra lokale forhold og pasientens tilstand. Tilsier pasientens tilstand at vedkommende ikke bringes ut av institusjonen, må institusjonen søke å få for eksempel fastlegen, en legevakslege, eller en psykiater fra en "uavhengig" del av det psykiske helsevernet ([§ 3-3 nr. 2](#)) inn for å vurdere pasienten.

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som får frivillig poliklinisk behandling

Pasienter som mottar frivillig poliklinisk behandling vil kunne holdes tilbake ved poliklinikken vedkommende har vært til behandling ved, eller eventuelt fremstilles for ekstern legeundersøkelse, og senere bringes til mottakende institusjon dersom lovens farevilkår er oppfylt.

Også her gjelder kravet om erklæring fra uavhengig legeundersøkelse ([§§ 3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)). Der det er en lege som har foretatt den polikliniske konsultasjonen som ender med konvertering, kan denne undersøkelsen regnes som den eksterne legeundersøkelsen, forutsatt at kravet til "uavhengighet" er oppfylt ([§ 3-3 nr. 2](#)).

Annet ledd annet punktum: I tilfeller der det besluttes å gjøre unntak fra konverteringsforbudet skal faglig ansvarlig ved institusjonen der det tvungne vernet etableres, gi en skriftlig redegjørelse for dette. Redegjørelsen skal forelegges kontrollkommisjonen sammen med kopi av de øvrige innleggelsespapirene (§ 3-8 første ledd).

Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan påklages på ordinært vis.

1.3.6 § 3-5. Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang.

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter første ledd. Den godkjente institusjonen skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet.

Tvungen observasjon eller 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. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhenting gjennomføres med tvang.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som

er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

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

Kommentarer til § 3-5:

Bestemmelsen regulerer hva tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) og tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) kan omfatte, og fastsetter at tiltakene kan gjennomføres enten **med** eller **uten** døgnopphold i institusjon.

Første ledd regulerer tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern **med** døgnopphold i døgninstitusjon. Dersom det er truffet vedtak om slikt vern, kan pasienten holdes tilbake på institusjonen mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang. Tilbakehenting skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten, og som hovedregel med helsepersonell til stede. Dersom det er behov for å bane seg adgang til bopel eller for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, må politiet bistå ([§ 3-6 annet ledd](#)). Se for øvrig rundskrivet [Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid](#).

Døgninstitusjonen pasienten er innlagt ved må være godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([psykisk helsevernforordningen §§ 2, 3 og 4](#)).

I **annet ledd** er det gjort unntak fra kravet om at døgnoppholdet må finne sted på godkjent institusjon. Formålet med unntaket er å sikre at pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan oppholde seg ved somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten der dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen er et snevert unntak som kan benyttes i tilfeller der pasienten har en slik helsetilstand at det er behov for avansert medisinsk overvåkning som ikke kan tilbys i institusjon i det psykiske helsevernet, for eksempel på grunn av en alvorlig spiseforstyrrelse. Pasienten kan også ha opphold på somatisk avdeling **ved selve etableringen** av det tvungne vernet. Dersom en pasient innlagt i psykiatrisk institusjon får behov for somatisk helsehjelp må pasienten henvises til somatisk avdeling på ordinær måte, og den somatiske avdelingen må vurdere behovet.

Etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal også i disse tilfellene skje under ansvar av den godkjente institusjonen. Ansvar for oppfølging av den psykiatriske undersøkelsen og behandlingen av pasienten vil således fortsatt påligge denne institusjonen. De involverte institusjonene må etablere samarbeid som gjør det mulig for den godkjente institusjonen å ivareta ansvaret. Ansvaret for behandlingen av den somatiske tilstanden vil på vanlig måte ligge hos somatisk avdeling.

Bestemmelsen åpner for midlertidig opphold i ikke-godkjent institusjon. Begrepet "midlertidig" må ses i sammenheng med vilkåret om at opphold i somatisk avdeling kun skal finne sted så lenge det vurderes "nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp". Hvor lenge dette er tilfelle må vurderes konkret i den enkelte sak.

Bestemmelsene i lovens kapittel 4 vil som utgangspunkt kunne anvendes under oppholdet i somatisk avdeling. Tvangsmidler ([§ 4-8](#)) kan som hovedregel kun benyttes ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([psykisk helsevernforordningen § 24 første ledd](#)), men i bestemmelsens annet ledd er det gjort unntak for akutte situasjoner. Eventuelle vedtak må treffes av faglig ansvarlig ved institusjonen som er ansvarlig for det tvungne vernet.

Tredje ledd regulerer gjennomføringen av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern **uten** døgnopphold.

En pasient som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold bor som oftest i egen bolig.

Tvungent psykisk helsevern **uten** døgnopphold kan bare benyttes dersom dette vurderes som et bedre alternativ for pasienten enn tvungent vern **med** døgnopphold, jf. **tredje ledd første punktum**. Hvorvidt dette er tilfelle må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering der det må ses hen til om

pasienten har behov for døgnkontinuerlig omsorg og behandling i institusjon, eller om vernet kan ivaretas tilstrekkelig og forsvarlig uten innleggelse. Vurderingen skal foretas fortløpende. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hva pasienten selv ønsker. Ressurshensyn er ikke relevante. Se også [psykisk helsevernforskriften § 11](#) og [§§ 31-34](#).

Pasienten kan bo hjemme eller ha frivillig opphold på en kommunal institusjon eller en institusjon i spesialisthelsetjenesten, for eksempel rusinstitusjon eller institusjon i det psykiske helsevernet. Det kreves ikke at institusjonen pasienten frivillig har opphold ved er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Ansvar for det tvungne vernet må imidlertid ligge hos en institusjon som har godkjenning. Adgangen til slikt opphold er ikke tidsbegrenset. Kravet om at tvungent vern uten døgnopphold må anses som det beste for pasienten, medfører at kombinasjonen tvang uten døgnopphold og frivillig opphold på en institusjon uten godkjenning, ikke kan benyttes overfor pasienter som vurderes å ha behov for tvungent vern i form av opphold på godkjent institusjon (første ledd). Hvis pasienten har behov for døgnopphold i godkjent institusjon må det treffes vedtak om tvungent vern med døgnopphold (første ledd), evt. overføringsvedtak ([§ 4-10](#)).

Pasienter som har frivillig opphold på institusjon i forbindelse med tvungent vern **uten** døgnopphold kan på samme måte som andre frivillige innlagte ikke holdes tilbake i institusjonen. Det skal ved slike innleggelser og utskrivelser ikke treffes § 4-10-vedtak. I tilfeller der det er behov for å holde en pasient tilbake vil dette imidlertid kunne skje ved at det treffes vedtak om overføring til tvungent vern med døgnopphold ([§ 4-10](#)).

En innsatt i kriminalomsorgen kan være under tvungent vern uten døgnopphold. Reglene som oppstilles for tvungent vern uten døgnopphold gjør imidlertid at dette svært sjelden vil være en god løsning under de rammene fengselet gir.

Tvungen observasjon vil av praktiske årsaker primært gjennomføres med døgnopphold i institusjon. Tvungen observasjon kan imidlertid skje uten døgnopphold i institusjonen, dersom dette er tilstrekkelig for å kartlegge vedkommendes sinnstilstand.

I **tredje ledd annet punktum** er det presisert at det ved vurderingen av om tvungent vern uten døgnopphold skal benyttes, skal tas hensyn til pårørende som bor sammen med pasienten.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold innebærer kun et pålegg om at pasienten må møte til undersøkelse eller behandling, jf. **tredje punktum**. Behandling kan bare gis dersom pasienten samtykker eller det er truffet vedtak om behandling uten eget samtykke ([§ 4-4 a](#) og [psykisk helsevernforskriften § 11](#)).

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel. Denne begrensningen gjelder ikke fullt ut når pasienten har frivillig opphold ved institusjon i det psykiske helsevernet. Se kommentarer til [psykisk helsevernforskriften § 11 tredje ledd](#).

Behandling skal i utgangspunktet gis ved den institusjonen som er ansvarlig for vernet. Den praktiske gjennomføringen av medikamentell behandling, for eksempel utlevering av medisiner på pasientens bopel, kan imidlertid overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel den kommunale helse- og omsorgstjenesten ([psykisk helsevernforskriften § 22 annet ledd](#)). Dette forutsetter at pasienten selv ønsker det og at gjennomføringen skjer under forsvarlig tilsyn og veiledning fra den ansvarlige institusjonen.

Den ansvarlige institusjonen må ha løpende oversikt over pasientens situasjon, slik at det fortløpende kan vurderes om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, jf. [§ 3-7](#), jf. [§ 3-3](#).

Tredje ledd fjerde og femte punktum gir hjemmel for at pasienter som er underlagt tvungent vern **uten** døgnopphold om nødvendig kan hentes med tvang. Dersom det blir nødvendig å avhente pasienten flere ganger, må det vurderes om pasienten bør overføres til tvungent vern **med** døgnopphold (første ledd).

Fjerde ledd fastsetter et krav om at tvungent vern **uten** døgnopphold kun kan skje under ansvar av institusjon som er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-5 første ledd](#) og psykisk helsevernforskriften [§§ 2, 3 og 4](#)).

I **femte ledd** er det gitt hjemmel for at det kan gis forskrifter om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold. Denne hjemmelen er benyttet ([psykisk helsevernforskriften §§ 11 og 31-34](#)).

1.3.7 § 3-6. Varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet

Offentlig myndighet skal ved varsling av helse- og omsorgstjenesten og ved nødvendig 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, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand for å få vedkommende til tvungen undersøkelse eller tvungen observasjon eller bringe vedkommende under tvungent psykisk helsevern. Offentlig myndighet skal også gi nødvendig bistand i forbindelse med avhenting eller tilbakehenting etter bestemmelsene i loven her. Offentlig myndighet kan om nødvendig anvende tvang.

Kongen kan gi forskrift om innholdet i offentlige myndigheters plikter etter første og annet ledd.

Kommentarer til § 3-6:

Første ledd første punktum pålegger offentlig myndighet ansvar overfor personer som er alvorlig psykisk syke, og som ikke selv oppsøker det psykiske helsevernet. Ansvaret gjelder overfor personer offentlig myndighet kommer i kontakt med eller blir informert om gjennom sin virksomhet. Plikten består i at offentlig myndighet skal varsle helsetjenesten og eventuelt bistå helsetjenesten med å bringe personen til legeundersøkelse.

Som det fremgår av [§ 1-3](#) omfatter begrepet offentlig myndighet kommunelegen (eventuelt stedfortreder), den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, politiet og kriminalomsorgen.

Kravet om at personen "må antas" å oppfylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)), innebærer at det må vurderes som sannsynlig at dette er tilfelle. Vurderingen foretas av personer uten spesialkompetanse på psykiske lidelser, og det stilles derfor ikke strenge krav til denne.

Første ledd annet punktum pålegger offentlig myndighet å fremme begjæring om tvungen undersøkelse ([§ 3-1 annet ledd](#)), tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) eller tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) der dette vurderes nødvendig.

Nødvendighetskravet er tatt inn for å presisere at tvang kun skal benyttes i tilfeller der det ikke finnes frivillige alternativer ([§§ 3-2 første ledd nr. 1 og 3-3 nr. 1](#)). Begjæringen er ikke en forutsetning for iverksettelse av de nevnte tiltakene. Begjæringsplikten må ses i sammenheng med varslingsplikten (første ledd) og formålet om å sikre nødvendig helsehjelp til alvorlig syke personer som ikke selv oppsøker helsetjenesten.

Begjæring om tvungen legeundersøkelse skal fremsettes til kommunelegen ([§ 3-1 annet ledd](#)).

Begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal fremsettes overfor en institusjon i det psykiske helsevernet som er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-5](#)

[første og fjerde ledd](#)). Det er gitt nærmere bestemmelser om slike begjæringer i [psykisk helsevernforskriften § 7](#).

Når offentlig myndighet fremsetter begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, vil denne myndigheten få rett til å klage på avslag om slik begjæring og på opphør av vernet ([§§ 3-3 a tredje ledd](#) og [3-7 fjerde ledd](#)). Begjærende myndighet har rett til å uttale seg før slike vedtak treffes ([§ 3-9](#)), og skal informeres om slike vedtak og om sin klagerett ([psykisk helsevernforskriften § 10 tredje ledd](#)).

Offentlig myndighet må ha systemer for å ivareta sin plikt til å fremsette begjæring etter denne bestemmelsen.

Annet ledd pålegger offentlig myndighet å gi nødvendig bistand i forbindelse med etablering og gjennomføring av tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) og tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)), herunder tvungen legeundersøkelse ([§ 3-1](#)). Kravet om at bistanden skal være nødvendig relaterer seg til den enkelte myndighets oppgaver. Bestemmelsen er særlig aktuell i forbindelse med politiets bistand. Det forutsettes at transport skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten, noe som tilsier at bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten også kan være aktuelt.

Helsetjenesten må i hvert enkelt tilfelle foreta en konkret vurdering av om bistand fra politiet er nødvendig, og det foreligge rutiner ved institusjonen som sikrer dette. Politiets bistand bør først og fremst være nødvendig når det er behov for å bruke makt utenfor institusjon, når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette selv, eller når det er nødvendig for å bane seg adgang til hus, rom eller lignende. Det vises til rundskrivet [Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid](#).

Annet ledd tredje punktum gir hjemmel for bruk av tvang. Fysisk maktutøvelse utenfor institusjon kan bare utøves av politiet. Maktbruk utenfor institusjon utøvet av helsepersonell, kan bare benyttes i nødrettssituasjoner.

Forskriftshjemmelen i **tredje ledd** er ikke benyttet.

1.3.8 § 3-7. Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Ingen kan beholdes under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-5](#) uten at vilkårene i [§ 3-2](#) første ledd eller [§ 3-3](#) første ledd fremdeles er oppfylt.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungen observasjon eller 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.

Pasienten, samt dennes nærmeste pårørende, kan når som helst be om at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken.

Pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak etter annet og tredje ledd til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at observasjonen eller vernet er opphørt. Dersom klage fremsettes, kan kontrollkommisjonens leder beslutte utsatt iverksetting av vedtak som nevnt i annet ledd inntil klagesaken er avgjort.

Kommentarer til § 3-7:

Bestemmelsens **første ledd** fastslår at ingen kan holdes tilbake under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med mindre vilkårene som beskrevet i [§§ 3-2](#) og [3-3](#) fremdeles er oppfylt. Da det er faglig ansvarlig som treffer vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, er det naturlig at det også er faglig ansvarlig som avgjør om tvang skal opprettholdes. Hvem som er faglig ansvarlig er regulert i [§ 1-4](#).

Annet ledd: Faglig ansvarlig skal fortløpende vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og foreta en personlig undersøkelse av pasienten minst hver tredje måned ([§ 4-9](#)). Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal nedtegnes i pasientens journal. Dersom pasienten rømmer har institusjonen adgang til å skrive ut pasienten etter noe tid, siden det da ikke lenger er grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent vern er oppfylt.

Etter **fjerde ledd** kan den faglig ansvarliges vedtak i saken påklages til kontrollkommisjonen. Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)) har klagerett. Dersom offentlig myndighet har begjært tvungent psykisk helsevern, har også denne myndigheten klagerett. Offentlig myndighet er definert i [§ 1-3](#).

Underretning om vedtaket (vedtak om opprettholdelse eller opphør av tvungent vern) skal gis **både** til pasienten, til nærmeste pårørende og til eventuell begjærende instans. Nærmeste pårørende og begjærende instans har selvstendig klagerett, og skal gis den informasjon som er nødvendig for å kunne klage, uavhengig av pasientens samtykke. Nødvendig informasjon er informasjon om at vedtak er fattet, hva som er bestemt og begrunnelsen for vedtaket. Det skal videre gis opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage. Slik informasjon skal gis så snart som mulig, og skal som hovedregel gis skriftlig. I praksis vil nærmeste pårørende og offentlig myndighet gis kopi av vedtaksskjema. Se også kommentarer til [psykisk helsevernforskriften § 10 tredje ledd](#).

Klagefristen på forvaltningsvedtak er tre uker, jf. [forvaltningsloven § 29](#). Pasienten er gitt en **utvidet** klagefrist på vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Slike vedtak kan påklages inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri rettshjelp ([§ 1-7](#)).

Det er viktig å merke seg at det ikke kan fremsettes ny klage på samme vedtak før det har gått minst seks måneder ([§ 6-4 åttende ledd](#)).

Dersom kontrollkommisjonen, ved klage på vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern, finner at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til den faglig ansvarlige for ny vurdering ([forvaltningsloven § 34 siste ledd](#)). Kontrollkommisjonen bør vise varsomhet med å endre førstinstansen (institusjonens) ikke-etableringsvedtak, fordi det i realiteten vil pålegge institusjonen å gjennomføre et tvangsvedtak som institusjonen ikke finner at det er grunnlag for.

Etter **fjerde ledd siste punktum** gis som hovedregel ikke klage på vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern oppsettende virkning (oppsettende virkning innebærer at iverksettelsen av vedtak utsettes til klagen er behandlet). Kontrollkommisjonens leder kan imidlertid beslutte oppsettende virkning av slikt utskrivelsesvedtak inntil klagesaken er avgjort. Dette vil for eksempel kunne være aktuelt dersom det er grunn til å tro at det ligger en ressursmessig begrunnelse bak vedtaket om opphør av tvangsvernet. Det er derfor viktig at pasient, nærmeste pårørende og eventuell offentlig myndighet så tidlig som mulig underrettes om at vedtak vil bli fattet, og dermed gis mulighet til å fremme klage og eventuelt anmode om oppsettende virkning.

Det er for øvrig ikke gitt bestemmelser i psykisk helsevernloven om oppsettende virkning ved klage over vedtak om å **etablere eller ikke etablere** tvungen observasjon ([§ 3-2](#)). Her må en falle tilbake på de alminnelige reglene om oppsettende virkning i [forvaltningsloven § 42](#).

Tvungent psykisk helsevern opphører på følgende måter:

- Ved at den faglig ansvarlige opphever vedtaket etter
 - eget initiativ ([§ 3-7 annet ledd](#))
 - begjæring fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende ([§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at kontrollkommisjonen opphever vedtaket etter
 - dokumentkontroll ([§ 3-8 første ledd](#))
 - tremånederskontroll ([§ 3-7 annet ledd](#))
 - behandling av klage ([§ 3-7 fjerde ledd](#), jf. [§ 6-4](#))
 - nektelse av samtykke til forlengelse etter ett år [§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at domstolene opphever vedtaket ([§ 7-1](#) og [tvisteloven kapittel 36](#))
- Ved passivitet, det vil si at det ikke sendes søknad om forlengelse av vernet etter ett år ([§ 3-7 tredje ledd](#))

Tvungen observasjon opphører på følgende måter:

- Ved at den faglig ansvarlige opphever vedtaket etter
 - eget initiativ ([§ 3-7 annet ledd](#))
 - begjæring fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende ([§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at kontrollkommisjonen opphever vedtaket etter
 - dokumentkontroll ([§ 3-8 første ledd](#))
 - behandling av klage ([§ 3-7 fjerde ledd](#), jf. [§ 6-4](#))
- Ved at tidsfristen går ut ([§ 3-2 annet ledd](#)).

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [15/9681-3](#)

1.3.9 § 3-8. Etterprøving uten klage samt opphør og forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Når noen blir undergitt tvungen observasjon eller 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 i [§§ 3-2](#) eller [3-3](#).

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, jf. [§ 4-1](#).

Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan samtykke i forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen, regnet fra årsdagen for etableringen.

Kommentarer til § 3-8:

Første ledd omhandler den kontroll som kontrollkommisjonen skal utøve når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Bestemmelsen fastsetter at kontrollkommisjonen skal få kopi av vedtak om tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) eller tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)), og underlagsdokumentene for disse, det vil si uttalelse fra eksterne leger ([§ 3-1](#)) og eventuell begjæring. På bakgrunn av opplysningene i dokumentene skal kontrollkommisjonen så snart som mulig foreta kontroll av at lovens krav til framgangsmåte er oppfylt

og at de grunnleggende vilkårene for bruk av tvang er vurdert.

I **annet ledd** er det fastsatt at kontrollkommisjonen på eget initiativ skal vurdere behovet for fortsatt tvungent psykisk helsevern etter tre måneder for pasienter som ikke selv har påklaget vedtaket. Se også psykisk helsevernforordningen § 58. Det skal også kontrolleres at det foreligger individuell plan i henhold til [§ 4-1](#). Kontrollen skal bare foretas én gang. Forsinket vurdering vil ikke ha betydning for etableringsvedtakets gyldighet.

Ved kontrollen av behovet for fortsatt vern skal det foretas prøving av lovens materielle vilkår ([§ 3-3](#)). Kontrollkommisjonen kan prøve alle sider av saken. Det skal særlig legges vekt på hensiktsmessighetsvurderingen ([§ 3-3 nr. 7](#)). Det er imidlertid kun anledning til å prøve hvorvidt det tvungne vernet skal opprettholdes. Det nærmere innholdet i det tvungne vernet kan ikke overprøves, for eksempel hvilken form for tvungent vern en pasient skal være underlagt eller om vedkommende skal gis behandling uten eget samtykke.

Ved kontroll av individuell plan skal det kun påses at slik plan faktisk foreligger. Vurderingen av planens kvalitative innhold hører inn under tilsynsmyndighetenes ansvarsområde. Mangel på individuell plan vil ikke i seg selv gi grunnlag for å oppheve tvungent vern, men kan være en indikasjon på manglende planlegging av pasientens behandling og videre oppfølging. Dette kan sammen med andre momenter tilsi opphør av det tvungne vernet etter hensiktsmessighetsvurderingen.

Kontrollkommisjonens vedtak om etterprøving etter tre måneder skal være skriftlig og begrunnet.

Tredje ledd fastsetter at et vedtak om tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker til at vernet forlenges. Se også [psykisk helsevernforordningen § 59](#). Denne fristen er absolutt, slik at konsekvensen av eventuell forsinkelse er at det tvungne vernet opphører. Nytt tvungent vern må eventuelt etableres etter de ordinære reglene i [§ 3-3](#).

Det er den ansvarlige institusjonen som må ta initiativ til forlengelse ([psykisk helsevernforordningen § 14](#)), som fastsetter at begjæring om forlengelse må være kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før det tvungne vernet utløper.

Tredje ledd annet punktum: Tvungent psykisk helsevern kan forlenges med inntil ett år av gangen. Fristberegningen skjer fra tidspunktet for etablering av tvungent psykisk helsevern (ikke fra eventuell etablering av forutgående tvungen observasjon eller fra det forrige samtykket fra kontrollkommisjonen).

Dersom pasienten har frivillig opphold ved en annen institusjon enn den som er ansvarlig for det tvungne vernet, og de to institusjonene har ulike kontrollkommisjoner, skal kommisjonen ved institusjonen som er ansvarlig for det tvungne vernet foreta tre måneders kontroll og ett års forlengelse, og være klageinstans for klager som gjelder vedtak om tvungent psykisk helsevern. Klager på eventuelle gjennomføringsvedtak som er truffet av den institusjonen som pasienten frivillig oppholder seg på, bør behandles av kontrollkommisjonen ved denne institusjonen.

Utfyllende bestemmelser om kontrollkommisjonens saksbehandling ved dokumentkontroll, tre måneders kontroll og ett års forlengelse er gitt i [psykisk helsevernforordningen §§ 57-59](#).

Se også [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern](#).

1.3.10 § 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 tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for

det tvungne vernet. Også vedkommendes nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg.

Opplysningene etter første ledd skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Kommentarer til § 3-9:

Første ledd: Bestemmelsen fastsetter pasientens rett til å uttale seg før det treffes vedtak med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, for eksempel i spørsmålet om det skal etableres tvungen psykisk helsevern og ved hvilken institusjon slikt vern eventuelt skal etableres, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4](#) (rett til fritt behandlingsvalg).

Pasienten har også rett til å uttale seg i forkant av kontrollkommisjonens vedtak om tre måneders kontroll og ett års kontroll, jf. [§ 3-8 andre og tredje ledd](#). Kontrollkommisjonen skal gjøre pasienten oppmerksom på dette, som hovedregel skriftlig. Dersom pasienten er under tvungen vern med døgnopphold, bør kontrollkommisjonen personlig gjøre pasienten oppmerksom på retten til å uttale seg. Se nærmere om dette i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet](#). Dette er en forsterket rett i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, og bestemmelsen tydeliggjør at slike uttalelser skal vektlegges.

Som utgangspunkt har pasienten rett til fritt å velge sykehus eller DPS han eller hun skal få behandling på ([pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd](#), jf. [psykisk helsevernloven § 1-5](#)). Dette gjelder ikke i tilfeller der valget vurderes å være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet ([pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 fjerde ledd](#)).

Det følger av **første ledd tredje punktum** at også pasientens nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken vil ha rett til å uttale seg. Nærmeste pårørende kan ha viktig informasjon om pasientens tilstand og fungering med og uten behandling som kan påvirke faglig ansvarliges vurderinger. Hvem som er pasientens nærmeste pårørende er regulert i [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#). Denne retten forutsetter på samme måte som klageretten at det gis informasjon om at et slikt vedtak skal treffes, se kommentarer til [psykisk helsevernloven § 10](#). Det bør generelt settes av god tid til kommunikasjon med pårørende. [Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten](#) gir nyttig informasjon og veiledning om pårørendekontakt.

Begrepet offentlig myndighet er regulert i loven [§ 1-3](#). Offentlig myndighet regnes som "direkte involvert i saken" dersom den aktuelle myndigheten har tatt initiativ til/vært begjærende instans i forhold til vedtaket som skal treffes ([§ 3-6 første ledd](#)).

I **annet ledd første punktum** er det fastsatt at opplysninger som gis i henhold til første ledd skal dokumenteres, og at de skal ligge til grunn for vedtaket.

Annet ledd annet punktum fastsetter at det skal legges særlig vekt på uttalelser om erfaring med bruk av tvang. Dette følger allerede av kravet til helhetsvurdering i [§§ 3-2 og 3-3 nr. 7](#), men er gjentatt i denne bestemmelsen for å understreke prinsippets viktighet.

Dersom pasienten eller pårørende har gitt uttrykk for at pasienten har hatt negative erfaringer med tvungen psykisk helsevern eller bestemte tvangstiltak, innebærer dette en høyere terskel for gjentakelse av slike tiltak, og en særlig forpliktelse til å vurdere alternativer.

1.3.11 § 3-10. Forskrifter om tvungen psykisk helsevern

Kongen kan gi nærmere forskrifter om hvordan etablering av tvungen observasjon og tvungen

psykisk helsevern gjennomføres.

Kongen i statsråd kan dessuten gi forskrifter om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være ansvarlige for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern etter § 3-5 og om de nærmere vilkårene for slik godkjenning.

Kommentarer til § 3-10:

Med hjemmel i **første ledd** er det i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. \(psykisk helsevernforskriften\)](#) kapittel 2 gitt utfyllende regler om prosedyren ved etableringen av tvungent psykisk helsevern.

Med hjemmel i **annet ledd** er det i samme forskrift innført en særlig godkjenningsordning i [§§ 2, 3 og 4](#). Godkjenningsordningen omfatter både institusjoner som skal motta pasienter til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([lovens § 3-5 første ledd](#)), og institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ([lovens § 3-5 annet ledd](#)).

1.4 Kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern

Hvorvidt det skal treffes vedtak etter lovens kapittel 4 (og kapittel 4A), dersom pasienten samtykker til tiltaket

Psykisk helsevernloven kapittel 4 hjemler ulike gjennomføringstiltak som kan iverksettes under pasientens opphold i det psykiske helsevernet. Det er et spørsmål om det er nødvendig å treffe vedtak dersom pasienten samtykker til tiltaket.

For undersøkelse og behandling, er dette regulert i [§ 4-4](#): Pasientens samtykke til behandling skal være forsøkt oppnådd eller åpenbart formålsløst for at bestemmelsen kommer til anvendelse. Det vil si at det ikke er nødvendig med vedtak når pasienten samtykker. I [§ 4-7a](#) om rusmiddeltesting av biologisk materiale oppstilles i første ledd vilkår for når faglig ansvarlig kan be pasienten om et samtykke til tiltaket. Tilsvarende som ved behandling vil et samtykke om å avlegge rusmiddeltest medføre at det ikke skal treffes vedtak.

Når det gjelder øvrige tiltak legger loven opp til at **institusjonen alltid skal treffe vedtak, selv om pasienten samtykker til tiltaket**. Dette gjelder skjerming ([§ 4-3](#)), innskrenkning i forbindelse med omverdenen ([§ 4-5](#)), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon ([§ 4-6](#)), beslag ([§ 4-7](#)), tvangsmidler ([§ 4-8](#)) og overføring av pasient ([§ 4-10](#)). Bestemmelsene knytter tiltakene opp mot materielle vilkår, til personell kompetanse (faglig ansvarlig for vedtak), til saksbehandlingsregler og til klagerett til kontrollkommisjonen. Disse rettssikkerhetsgarantiene bortfaller dersom tiltaket baseres på samtykke. Samtidig vil institusjonene ofte ikke bare ha en mulighet, men også plikt til å iverksette tiltaket dersom pasienten ikke samtykker. I realiteten vil det derfor ofte foreligge en "trussel" om at vedtak treffes ved uteblivende samtykke, noe som kan medføre at samtykket ikke er gyldig, jf. [kommentarene til § 2-1](#). Institusjonen skal selvsagt likevel alltid søke å få til et samarbeid med pasienten om tiltaket.

Dersom en pasient selv ønsker et tiltak iverksatt uten at vilkårene i bestemmelsen er oppfylt – en pasient ber for eksempel om at det tas en rusmiddeltest eller om at institusjonen oppbevarer mobiltelefonen - er vi utenfor de tiltakene som beskrives i loven, og tiltaket vil kunne baseres på samtykke.

Spesielt om vedtak etter lovens kapittel 4 overfor barn og unge under 16 år

Når barn er innlagt i døgninstitusjon vil reglene som gjelder for frivillig innleggelse i lovens kapittel 4, komme til anvendelse. Det skal treffes vedtak om tiltakene skjerming ([§ 4-3](#)), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon ([§ 4-6](#)), beslag ([§ 4-7](#)) og tvangsmidler ([§ 4-8](#)). På denne måten vil man sikre at lovens strenge vilkår for de ulike tiltakene blir fulgt, og at tvangsbruken blir påklagbar, synliggjort og etterprøvbart.

Tiltak som forutsetter tvungent psykisk helsevern er ikke aktuelle, da barnet formelt ikke er underlagt tvungent vern. For disse tiltakene; behandling uten eget samtykke ([§ 4-4](#)), begrensning i kommunikasjon med omverdenen ([§ 4-5 annet ledd](#)) og rusmiddeltesting uten eget samtykke ([§ 4-7 a annet ledd](#)) og overføring ([§ 4-10](#)), benyttes foreldresamtykke eller eventuelt nødrett som hjemmelsgrunnlag.

1.4.1 § 4-1. Individuell plan

Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Dersom en person har behov for tilbud både etter loven her og etter [helse- og omsorgstjenesteloven](#), skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Institusjonen skal så snart som mulig varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

Kommentarer til § 4-1:

I **første ledd** fremgår at institusjonen har plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Vurderingen av hvem som faller inn under kriteriet langvarige og koordinerte tilbud beror (til en viss grad) på skjønn. Det må foretas en konkret vurdering av behovet for individuell plan. "Langvarig" innebærer at det er behov for tilbud av en viss varighet, men det kreves ikke at tilbudene skal strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for "koordinerte tilbud" menes at det er behov for to eller flere helse- og omsorgstjenester, det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene må eller bør ses i sammenheng.

Annet ledd: Dersom en pasient har behov for tilbud både etter psykisk helsevernloven og etter helse- og omsorgstjenesteloven, har kommunen ansvar for å sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Institusjonen må varsle kommunen så snart som mulig om at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester. Institusjonen har da plikt til å medvirke i kommunens arbeid med planen.

Formålet med individuell plan er å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. Pasienten har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Bestemmelsen gir pasienten eller brukeren rett til å få utarbeidet en plan, men ikke ubetinget rettskrav på bestemte tjenester.

Individuell plan ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på hans eller hennes vegne, jf. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 17](#). Se kommentarer til [psykisk helsevernloven § 2-1](#). Individuell plan skal inneholde tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltagerne i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger ([nevnte forskrift § 19 bokstav h](#)).

Dersom pasienten – uavhengig av om pasienten er samtykkekompetent eller ei – motsetter seg individuell plan – skal det ikke utarbeides slik plan. Institusjonen vil selvsagt likevel måtte yte forsvarlig helsehjelp ([pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b](#)), og følge opp samarbeidende instanser så langt som mulig innenfor reglene om taushetsplikt.

Pasienter som ikke ønsker individuell plan, kan likevel få oppnevnt koordinator dersom de fyller vilkårene i [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a](#) eller [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2](#). Ifølge [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a](#) skal det oppnevnes koordinator for pasienter med behov for

"komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven", mens kommunen har plikt til å tilby koordinator ved behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Pasienten må samtykke til oppnevningen.

Siste ledd åpner for at det fastsettes forskrift. Hjemmelen er brukt til å gi [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#).

For mer informasjon om individuell plan, se [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).

Praktisk

Se også [Helsedirektoratets fortolkning 11/6169](#)

1.4.2 § 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. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes.

Før det treffes vedtak etter lovens kapittel 4, skal pasienten gis anledning til å uttale seg der dette er mulig. Opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Bruk av følgende tiltak skal evalueres sammen med pasienten så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet:

1. skjerming som pasienten motsetter seg, jf. § 4-3,
2. undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4,
3. undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon etter § 4-6 første ledd og undersøkelse etter § 4A-4 andre og tredje ledd,
4. rusmiddeltesting uten pasientens samtykke, jf. § 4-7a andre ledd og
5. bruk av tvangsmidler, jf. § 4-8.

Pasienten skal tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres.

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 ivarettatt.

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.

Kommentarer til § 4-2:

Første ledd lovfester prinsippet om at bruk av restriksjoner og tvang skal begrenses til det strengt nødvendige.

Det må være forholdsmessighet mellom tvangsbruk og de behandlingsmessige eller andre legitime mål som søkes oppnådd, og det skal tas hensyn til pasientens syn på ulike former for tvangsanvendelse. Pasientens integritet og verdighet skal respekteres. I siste punktum tydeliggjøres at minste inngreps prinsipp gjelder ved anvendelsen av tiltakene i loven.

Annet ledd gir pasienten rett til å uttale seg før det treffes vedtak etter kapittel 4, i de tilfellene der det er mulig. Retten til å bli varslet og uttale seg i forkant følger også av [forvaltningsloven § 16](#) og bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3](#) om informasjon og medvirkning. Annet ledd er å anse som en spesialbestemmelse som forsterker og tydeliggjør pasientens rettigheter. Ved tiltak som iverksettes etter gyldig samtykke, er det ikke nødvendig å innhente ytterligere uttalelse etter at samtykket er innhentet (rusmiddeltesting, [§ 4-7a](#)). I motsetning til hva som gjelder for vedtak etter lovens kapittel 3 (se [§ 3-9](#)), gis ikke pårørende og offentlig myndighet rett til å uttale seg i forkant av vedtak etter kapittel 4. Det skal nedtegnes i vedtaket hva pasienten har uttalt, eventuelt hvorfor det ikke var mulig å få pasientens uttalelse. Pasientens uttalelse skal ligge til grunn for vedtaket, og det skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

I **tredje ledd** oppstilles det krav om at pasienten skal tilbys en samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. I dette ligger det en klar forpliktelse for institusjonen til å gjøre en innsats for å trekke pasienten med i evaluering av tvangsbruken. Pasienten skal få tilbud om minst én samtale, og må gjøres oppmerksom på hensikten med samtalen. Samtalen er et tilbud og pasienten kan velge å ta imot eller ei. Selv om pasienten avslår, skal vedkommende ha et nytt tilbud om samtale etter eventuell senere iverksettelse av samme type tiltak.

Samtalen skal skje så snart som mulig etter at tiltaket er avsluttet. Et tiltak er avsluttet når det er gjennomført, for eksempel når kroppsvisitasjonen er utført, eller når vedtaket i praksis opphører, for eksempel ved at pasienten løses ut fra belter fordi det ikke lenger er uomgjengelig nødvendig å bruke dem. Videre anses et tiltak avsluttet når det automatisk opphører, for eksempel tvangsernæringstiltak som opphører automatisk etter tre uker, jf. [psykisk helsevernloven § 21](#). Selv om nytt tvangsernæringstiltak følger ganske umiddelbart, skal det foregående vedtaket evalueres. Flere tiltak skal ikke "samles opp" før pasienten tilbys samtale. For pasienter under tvungen vern uten døgnopphold som er underlagt tvangsmedisineringsvedtak, vil det være naturlig å gjennomføre samtalen i forbindelse med undersøkelse og vurdering av om nytt tvangsmedisineringsvedtak skal treffes.

Det må etableres rutiner ved institusjonene som sikrer at samtalen skjer raskest mulig og at formålet oppnås.

Formålet er læring, forebygging av nye episoder og kvalitetsutvikling. Evalueringen skal belyse om det mest hensiktsmessige av aktuelle tiltak ble valgt, om det ble iverksatt på riktig tidspunkt, om det kunne ha vært gjennomført på en måte som pasienten ville ha opplevd som mer skånsom og om pasienten fikk tilpasset informasjon før iverksettelsen. Pasientens vurdering av hva som utløste situasjonen der tvangen ble tatt i bruk og hvordan nye episoder kan forebygges, er også viktige å få frem.

Følgende spørsmål, anvendt ved Nordfjord psykiatrisenter, er eksempel på utgangspunkter for en slik evalueringssamtale:

- Hva utløste hendelsen?
- Hvilke tiltak ble satt i verk?
- Hva var de ansattes begrunnelse for å ta i bruk av tvangstiltak?
- Hva oppfatter pasienten som årsak til bruk av tvangstiltak?
- Hvordan opplevde pasienten det?
- Hvordan virket tvangstiltaket og hvilke bivirkninger hadde det?
- Hvordan kan en forebygge lignende hendelser i framtiden?
- Hva ønsker pasienten at de ansatte skal gjøre i en lignende situasjon?

Samtalen bør gjennomføres av faglig ansvarlig.

Pasientens syn på tiltakene skal nedtegnes i journal. Disse nedtegnelsen vil være en del av beslutningsgrunnlaget i eventuelle senere situasjoner der det vurderes å treffe vedtak om tilsvarende tiltak.

Femte ledd utdyper nærmere i hvilke situasjoner det er naturlig at pasientene skal kunne utøve sin selv- og medbestemmelsesrett, jf. **fjerde ledd**.

Sjette ledd presiserer at det skal tas hensyn til pasientens livssyn og kulturelle bakgrunn. Det er viktig at pasientens religiøse og livssynsmessige behov ivaretas, jf. [EMK artikkel 9 om tanke, religions- og samvittighetsfrihet](#).

Syvende ledd gir hjemmel for forskrift om husordensreglement i institusjoner i det psykiske helsevernet. Forskriftshjemmelen er på det tidspunktet dette rundskrivet ble trykket, ikke benyttet.

I kraft av institusjonens eierråderett er det adgang til å fastsette interne regler for at institusjonen skal fungere best mulig som sosialt fellesskap og for å legge til rette for et godt behandlingsmiljø. Det kan for eksempel være nødvendig å regulere bruk av radio, TV, PC, telefon, faste tidspunkt for felles måltider, nattero, steder for røyking med videre. Her er det snakk om regler som man vanligvis må forholde seg til når mange mennesker befinner seg under samme tak. Det er adgang til å regulere nevnte forhold i den grad det vurderes som nødvendig av driftsmessige hensyn eller av hensyn til medpasienter. Det innebærer at det skal mer til for å regulere aktiviteter og atferd på pasientrommene som ikke forstyrrer eller påvirker andre, enn aktiviteter og atferd i fellesarealene. Det må for eksempel være adgang til å regulere at telefoner skal stå på "lydløs" om natten, og at man ikke skal benytte telefon i fellesarealer eller til å ta bilder av andre pasienter eller med motiver som kan identifisere disse. Underholdning i fellesarealene må være tilpasset avdelingens pasientgruppe og behandlingsformål. Etter en konkret vurdering, kan for eksempel film og spill med 18-årsgrenser eller voldsscener forbys i fellesarealene av hensyn til behandlingen. Ved noen avdelinger må det også være anledning til å nedlegge et generelt forbud mot at det tas bilder eller videoopptak. Generelt må graden av regulering vurderes opp mot behovet ved de ulike avdelingene. Sikkerhetsmessige hensyn må for eksempel kunne tillegges større vekt ved en regional sikkerhetsavdeling.

Et husordensreglement kan ikke inneholde bestemmelser om tiltak som er av så inngripende karakter som tiltak regulert i paragrafene i lovens kapittel 4. Når det gjelder kommunikasjon er dette presisert i loven ved at det kun kan fastsettes "rimelige begrensninger" ([§ 4-5 tredje ledd](#) med kommentarer). Dette betyr at det for eksempel ikke kan settes et generelt forbud mot bruk av mobiltelefon på en avdeling eller en generell regel om at ansatte skal være til stede ved besøk. Det kan heller ikke fastsettes adgang til rutinemessig ransaking av pasientens bagasje i husordensreglement. Begrensninger i pasientenes adgang til å besøke hverandre på rommene må også anses som et såpass inngripende tiltak at det krever et klarere rettsgrunnlag enn husordensreglement.

Pasientene kan ikke pålegges å delta i aktiviteter i avdelingen.

Husordensreglement kan sette viktige rammer rundt pasienters opphold på institusjon, og enkelte pasienter vil kunne oppleve slike regler som en stor inngripen. Hensynet til effektiv drift og et godt tilrettelagt behandlingsmiljø kan likevel gjøre nærmere regler i husordensreglement nødvendig. Det er

viktig at reglene ikke er strengere enn det som er absolutt nødvendig.

Kontrollkommisjonen fører tilsyn med at et eventuelt husordensreglement er i samsvar med lovens bestemmelser ([psykisk helsevernforordningen § 63 annet ledd](#)).

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkninger [14/8499-2](#) og [13/7559-2](#)

1.4.3 § 4-3. Skjerming

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, 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.

Det fattes vedtak hvis pasienten motsetter skjerming, eller hvis skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. 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 pårørende.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om vilkårene for skjerming og gjennomføringen av den.

Kommentarer til § 4-3:

Bestemmelsen regulerer adgangen til å sette i verk skjerming. Det er ikke en forutsetning for bruk av skjerming at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Bruk av skjerming er ytterligere regulert i [psykisk helsevernforordningen §§ 16-18](#).

Første ledd fastsetter vilkårene for skjerming. Det fremgår at skjerming må være nødvendig på grunn av pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd. Tilstander som kan begrunne skjerming av hensyn til pasientens psykiske tilstand er for eksempel sterk uro, suicidalitet eller kataton atferd. Med utagerende atferd menes for det første fysiske utageringer, men også voldsomme og vedvarende verbale utageringer vil kunne omfattes. Det bemerkes at det skal relativt store avvik til for at atferd betegnes som utagerende i språklig forstand. Det vises for øvrig til presiseringer i [psykisk helsevernforordningen § 16](#).

Vedtak om skjerming treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Dersom det er aktuelt å iverksette skjerming på et tidspunkt da faglig ansvarlig ikke er tilstede (nattestid, helg), kan faglig ansvarlig eller lege som har tilkallingsvakt, fatte muntlig vedtak pr. telefon. Vedtaket skal nedtegnes så snart som mulig.

Faglig ansvarlig skal vurdere konkret hvilket omfang og innhold det enkelte skjermingstiltak skal ha, herunder hvor det skal gjennomføres og eventuelt hvilke restriksjoner pasienten skal være underlagt. Tiltaket skal ikke gjøres mer omfattende enn strengt nødvendig. Det vises til [§ 4-2 tredje ledd bokstav c og d](#), hvor det fremgår at det må legges til rette for at pasienten får anledning til aktivitetstilbud og daglige uteaktiviteter.

Skjerming skal ikke anvendes til å begrense pasientenes mulighet til utgang fra institusjonen. Vedtak om tvungent vern vil i seg selv være rettsgrunnlag for tilbakehold i institusjonen, jf. [§ 3-3](#), jf. [§ 3-5 første ledd](#). Det følger uttrykkelig av [§ 3-5 første ledd](#) at pasienten med døgnopphold i institusjonen

«kan holdes tilbake mot sin vilje.» Slike begrensninger krever altså ikke skjermingsvedtak

Pasienter som er innlagt i institusjonen frivillig, jf. [§ 2-1](#), kan ikke underlegges restriksjoner med hensyn til utgang, men kan derimot når som helst avslutte behandlingen og forlate institusjonen.

Annet ledd regulerer når det må treffes vedtak i forbindelse med skjerming. Det skilles mellom situasjonen der pasienten motsetter seg og der pasienten *ikke* motsetter seg skjerming, varighet og tiltakets karakter. Bruk av skjerming når pasienten muntlig eller fysisk motsetter seg tiltaket, har en del likhetstrekk med bruk av tvangsmidler etter [psykisk helsevernloven § 4-8](#). I slike tilfeller må det fattes vedtak om skjerming *før* tiltaket settes i verk. Dette gir pasienten større rettssikkerhet, blant annet ved at tiltaket må begrunnes og pasienten får klagemuligheter.

Dersom pasienten eksplisitt eller stilltiende godtar skjerming, vil tiltakets varighet og karakter avgjøre om og når det skal fattes vedtak. Hovedregelen er at vedtak skal treffes dersom skjerming opprettholdes utover 24 timer. I de mest inngripende tilfellene skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes utover 12 timer. Dette vil i følge lovteksten være tilfelle dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller lignende som innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet. Med «skjermet enhet eller lignende» menes et lokalt som er atskilt fra fellesarealer og pasientrom i avdelingen. I denne sammenheng vil sentrale momenter være grad av restriksjoner pasienten blir underlagt (for eksempel begrensning i tilgang til medier, rutiner for utgang osv.), og hvordan enheten der tiltaket gjennomføres er innredet. Se også [psykisk helsevernforskriften § 17](#).

Beslutning om å iverksette skjerming, varighet av tiltaket og eventuelt vedtak skal nedtegnes i pasientens journal. Det må fortløpende vurderes om skjermingen skal opprettholdes. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig.

Pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, dersom dette er mulig, og det skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, jf. [loven 4-2 annet ledd](#). Tiltaket skal videre evalueres så snart som mulig etter at det er avsluttet, jf. [§ 4-2 tredje ledd](#).

Tredje ledd: Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjermingsperioden kan påklages til kontrollkommisjonen, både av pasienten selv og dennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#)). Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i [psykisk helsevernforskriften § 27 annet ledd med kommentarer](#).

Fjerde ledd gir hjemmel for å fastsette ytterligere vilkår for iverksettelse og gjennomføring av skjerming i forskrift. Slike bestemmelser er gitt i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. §§ 16-18](#).

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [12/3926](#)

1.4.4 § 4-4. Vilkår for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

Pasient som er under tvungent psykisk helsevern, kan uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Det er et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Vilkår om manglende samtykkekompetanse gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Det kan ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep,

likevel med følgende unntak:

a) Pasienten kan behandles med legemidler. 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 ulemper ved eventuelle bivirkninger.

b) Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.

Undersøkelse og behandling 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.

Behandlingstiltak kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. 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.

Vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan ikke fattes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet. Dette gjelder ikke hvis pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.

Kommentarer til § 4-4:

Bestemmelsen angir vilkårene for at en pasient kan undersøkes og behandles uten eget samtykke. Bestemmelsen regulerer ikke tilfeller der undersøkelse og behandling gjøres på grunnlag av gyldig samtykke - se mer om samtykke under kommentarene til [§ 2-1](#).

Første ledd første punktum fastsetter at det overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) kan treffes vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Vedtak om tvungent psykisk helsevern gir med andre ord ikke hjemmel for gjennomføring av slike tiltak. Paragraf 4-4 kan ikke benyttes i forhold til pasienter som er underlagt tvungen observasjon ([§ 3-2](#)).

Pasienten kan bare undergis undersøkelse og behandling som er klart i overensstemmelse med faglig anerkjent metode og forsvarlig klinisk praksis ([helsepersonelloven § 4](#)). Slik behandling kan blant annet være medikamentell behandling, samtaleterapi, gruppetiltak og mindre inngripende tiltak som tar sikte på å påvirke pasientens atferd. Behandlingen må gjelde den alvorlige sinnslidelsen, og det kan for eksempel ikke gis medikamentell behandling for somatiske lidelser eller for bivirkninger av antipsykotika som pasienten motsetter seg, med hjemmel i § 4-4.

I forbindelse med medikamentell behandling, gir § 4-4 imidlertid hjemmel for å ta prøver som er nødvendige for medisinsk forsvarlig behandling (§ 4-4 første ledd og [helsepersonelloven § 4](#)), for eksempel blodprøvetaking.

Dersom det ved gjennomføring av behandlingen er nødvendig å utøve tvang (holding eller mekaniske tvangsmidler) må det treffes særskilt vedtak om dette ([§ 4-8](#)).

Første ledd annet punktum. Etter lovendringer i psykisk helsevernloven i 2017, er det et vilkår for å kunne vedta undersøkelse og behandling etter § 4-4, at pasienten mangler samtykkekompetanse. Det betyr at pasienter som har samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud om undersøkelse og

behandling. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, får rett til å avslutte behandlingen. Retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonellet mener at pasienten trenger behandling.

Se nærmere om vurdering av samtykkekompetanse under kommentarene til [§ 2-1](#).

I **første ledd tredje punktum** gjøres det unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse dersom pasienten er til nærliggende og alvorlig fare eget liv eller for andres liv eller helse. Hensynet til pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett må her vike for hensynet til eget liv og andre mennesker. Vurderingen av hvorvidt det foreligger nærliggende og alvorlig fare, må knyttes til situasjonen uten tvungent vern, og ikke til situasjonen uten tvungen behandling. Selv om fare vil kunne avverges ved å holde pasienten tilbake i institusjon, er det ikke ønskelig å avskjære mulighetene for tvangsbehandling av samtykkekompetente pasienter som oppfyller farevilkåret, da dette vil kunne nødvendiggjøre mer langvarige og strengere regimer for frihetsberøvelse, noe som vil være etisk og menneskerettslig problematisk. Se nærmere om farevurderingen under [§ 3-3 nr. 3 bokstav b](#).

Annet ledd: Som utgangspunkt er det forbudt å gjennomføre undersøkelse og behandling av psykiske lidelser som innebærer et "alvorlig inngrep" når pasienten ikke selv samtykker til dette.

Som eksempel på behandlingsformer som faller inn under "alvorlig inngrep" nevnes inngripende grensesettende tiltak eller elektrokonvulsjonsbehandling (ECT, også kalt "elektrosjokk"). Det kan derfor ikke vedtas tvungen ECT etter denne bestemmelsen. Bruk av ECT må baseres på pasientens informerte samtykke. Kun helt unntaksvis i spesielle nødrettssituasjoner vil man likevel kunne gå lenger i bruk av tvangsbehandlingstiltak enn dette ledd hjemler, og man vil da også kunne vurdere bruk av ECT. [Straffelovens § 17](#) om nødrett og [helsepersonelloven § 7](#) gir de rettslige rammer for slike inngrep.

ECT (Electro Convulsive Treatment) på nødrettsgrunnlag vil kun være aktuelt å vurdere som et handlingsalternativ for pasienter med en alvorlig psykisk tilstand, vanligvis en alvorlig depresjon, og som står i en nærliggende og alvorlig fare for å utvikle en livstruende tilstand som følge av dette. Det forutsettes videre at andre mulige behandlingstiltak ikke er aktuelle eller ikke har ført frem, og at ECT fremstår som det mest forsvarlige behandlingsalternativ for å avverge den akutte fare. Faren må ikke kunne avverges på annen måte og den må anses som særdeles betydelig i forhold til det inngrepet som ECT uten samtykke utgjør. Behandling uten samtykke kan bare fortsette til den konkrete faren er avverget. Når det gjelder forholdet til tvungent psykisk helsevern skal det bemerkes at det ikke er et formelt krav om at pasienten må være underlagt tvungent psykisk helsevern for å gi ECT på nødrettsgrunnlag. Det kan være aktuelt å vurdere ECT hvor det foreligger en akutt fare for liv og helse også hvor pasienten er frivillig innlagt. Tilstanden til pasienten kan ha forverret seg raskt under innleggelsen. I slike tilfeller må det imidlertid gjøres en vurdering av om etablering av tvungent psykisk helsevern kan være et aktuelt alternativ, og om dette kan bidra til å avverge den akutte fare, for eksempel ved medikamentell behandling. Etter Helsedirektoratets vurdering kan det imidlertid ikke stilles krav om at dette faktisk må forsøkes først, dersom det vurderes at dette ikke vil avhjelpe situasjonen.

Det er stilt spørsmål ved Norges praksis når det gjelder ECT ved nødrett i rapport av 18.05.15 fra Europarådets menneskerettighetskommissærs besøk i Norge. Det er også tatt opp av Sivilombudsmannen i en besøksrapport fra Stavanger universitetssykehus fra mai 2017 at nødrett er et svært inngripende og omstridt behandlingstiltak som utgjør en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Videre fremgår at en enkeltsak belyste de store etiske betenkelighetene med en praksis uten klar forankring i helselovgivningen.

Bruk av ECT uten samtykke krever derfor grundige vurderinger.

Det er gjort to unntak fra forbudet mot alvorlige inngrep:

Annet ledd bokstav a): Behandling med legemidler uten eget samtykke.

Bakgrunnen for unntaket er at innføring av psykofarmaka i det psykiske helsevernet gjør det mulig å behandle psykotiske tilstander på en annen og bedre måte enn tidligere. I enkelte tilfeller kan dessuten bruk av legemidler være en nødvendig forutsetning for å få andre behandlingstiltak til å virke. På denne bakgrunn åpnes det for behandling med legemidler uten pasientens samtykke, til tross for at slik behandling isolert sett er et alvorlig inngrep overfor pasienten.

Med legemidler menes i denne sammenheng medikamenter som brukes for å behandle en alvorlig psykisk lidelse. Det kan kun benyttes preparater som er registrert i Norge og det kan kun benyttes vanlige doser. Det er ikke gitt unntak fra denne regelen. Det innebærer at selv om legemiddelet er veldokumentert og internasjonalt utprøvd, kan det ikke anvendes i tvungen behandling med legemidler etter § 4-4 hvis det ikke er registrert i Norge.

Bruk av legemidler vil ikke sjelden ha sjenerende bivirkninger, og det må utøves strengt medisinsk skjønn ved en beslutning om behandling med legemidler. Slik behandling kan kun gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

Gjennomføring av behandling med legemidler er nærmere regulert i [psykisk helsevernforskriften § 22](#). Gjennomføringen av den forutgående undersøkelsen er regulert i [psykisk forskriften § 20](#).

Annet ledd bokstav b): Ernæringstilførsel uten eget samtykke.

Unntaket innebærer at det er anledning til å gjennomføre ernæringstilførsel med bruk av tvang overfor en pasient som er underlagt tvungent psykisk helsevern, når dette er ledd i behandling av en alvorlig spiseforstyrrelse.

Bakgrunnen for unntaket er at det i særlige tilfeller er behov for hjemmel for (iverksettelse av) behandling med bruk av tvang, og for å gripe inn før det foreligger en nødrettssituasjon.

Paragraf 4-4 gir kun hjemmel for gjennomføring av behandling som har til hensikt å behandle pasientens psykiske lidelse, og ernæringstilførsel uten eget samtykke vil derfor kun være aktuelt overfor svært syke pasienter med alvorlig undervekt. Det vises i denne sammenheng til at forskning viser at pasienter med alvorlig undervekt har redusert glukosemetabolisme i hjernen, noe som svekker vedkommendes kognitive funksjoner. Tilføring av næring (glukose) vil øke glukosemetabolismen og dermed øke hjernens funksjon. Overfor denne pasientgruppen kan ernæringstilførsel anses som behandling av pasientens alvorlige sinnslidelse.

Bestemmelsen krever at ernæringstilførsel fremstår som et "strengt nødvendig behandlingsalternativ". Det kreves ikke at det foreligger en nødrettssituasjon. Det er tilstrekkelig at andre frivillige behandlingsmetoder ikke gir utsikt til bedring av pasientens tilstand.

Som det fremgår av bestemmelsen vil ernæring uten eget samtykke være et tiltak som inngår i et helhetlig behandlingsopplegg.

Før det treffes vedtak om ernæringstilførsel uten eget samtykke må pasienten undersøkes av lege ([psykisk helsevernforskriften § 20 annet ledd](#)). Gjennomføring av ernæringstilførsel er nærmere regulert i [psykisk helsevernforskriften § 23](#).

[Lovens § 3-5 annet ledd](#) gir hjemmel for at ernæringstilførsel kan gjennomføres på somatisk avdeling når dette anses nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp. Det vises til kommentarene til [§ 3-5](#).

Se også [Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser](#).

Tredje ledd innebærer at det ikke kan treffes vedtak om behandling uten eget samtykke uten at man først har forsøkt å få til frivillig behandling. Dette betyr at pasienten må spørres om vedkommende samtykker til aktuell behandling. Slikt tilbud og pasientens eventuelle avslag må nedtegnes i journal.

Dette gjelder ikke dersom det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt, se for øvrig kommentarene til [§ 3-3 nr. 1](#).

Fjerde ledd fastsetter at pasienten må være tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling, jf. kravet om faglig forsvarlighet i [helsepersonelloven § 4](#). Gjennomføring av undersøkelsen er nærmere regulert i [psykisk helsevernforskriften § 20](#).

Det fastsettes også krav til forventet virkning av behandlingstiltakene. Det kreves høy sannsynlighet med hensyn til forventet virkning, og den forventede virkningen må være av kvalifisert art.

Femte ledd stiller krav til minimum fem døgnns undersøkelsestid fra etablering av vernet. Med uttrykket "etablering av vernet" siktes til tidspunktet for etablering av tvungent psykisk helsevern. Tiden fra innkomst til det treffes vedtak og tiden under tvungen observasjon, jf. § 3-2, regnes ikke med. Hensikten med undersøkelsestiden er å oppnå et bedre beslutningsgrunnlag for et eventuelt medisineringsvedtak og øke mulighetene for frivillig behandling. Dersom fem døgn ikke er nok til at pasienten blir tilstrekkelig undersøkt, må undersøkelsestiden forlenges.

Det er gjort to unntak fra kravet om fem døgnns undersøkelsestid:

For det første kan undersøkelsestiden kortes ned, dersom det er uforsvarlig å vente med behandling fordi pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade. Det siktes her til alvorlig og akutt risiko for at pasientens helsetilstand forverres betydelig. Selv om pasienten er tydelig preget av symptomer på psykose, mani eller depresjon, vil ikke dette i seg selv være selvstendig grunnlag for å gjøre unntak fra undersøkelsestiden. Også når pasienten har stort funksjonsfall og betydelig symptomtrykk utenfor institusjon, vil rammene ved en innleggelse i seg selv kunne gi symptomdemping.

Vurderingen av om det er uforsvarlig å utsette medisinerings, må foretas på grunnlag av skjønn. Både somatiske og psykiske følger av utsettelse skal vurderes. Alvorlig fysisk helseskade, som alvorlig selvskading, forsøk på selvmord, vegetering og vrangforestillinger som fører til livstruende spisevegring, omfattes. Videre vil unntaket omfatte psykologiske helseskader, som ved betydelig lidelsestrykk hos pasienter med psykose, inkludert manisk psykose, og ved alvorlig depresjon. Dersom tilstanden medfører betydelig lidelse for pasienten som følge av skremmende vrangforestillinger, hallusinasjoner og betydelig indre uro vil det kunne være grunnlag for unntak. Slikt symptomtrykk vil blant annet observeres som hvileløs vandring, repeterende selvskading, forsøk på flukt eller annen atferd preget av redsel. Det kreves at helseskade er overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt).

Det andre unntaket er der pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen. I slike tilfeller bør en faglig vurdering av pasientens behov for behandling, lidelsestrykk, pasientens holdning til og tidligere erfaring med bruk av tvang være avgjørende når behandling skal igangsettes. Dette forutsetter at institusjonen har oppdatert og tilstrekkelig dokumentasjon, og at både pasientens tilstand og tidligere effekt av behandlingstiltaket er avklart. Dette unntaket kan være særlig praktisk der pasienten allerede er under behandling, men hvor det må treffes nytt vedtak.

Ved første gangs behandling av psykoser (debuterende psykoser) vil vilkårene for å bruke unntaket normalt ikke være oppfylt.

Det bør som hovedregel ikke anvendes depotinjeksjoner dersom det gjøres unntak fra undersøkelsestiden på fem døgn. Dersom det likevel gis injeksjoner, skal det fortrinnsvis benyttes korttidsvirkende legemidler. Det vil være mindre inngripende som følge av kortere virkningstid, samtidig som det blir anledning til videre undersøkelser når symptomdemping har inntrådt. Vilråene for å bruke depotinjeksjon før den obligatoriske undersøkelsestiden er oppfylt, vil ikke være oppfylt for pasienter som kommer til behandling første gang.

Ved vurderingen av om det forlegger grunnlag for vedtak om tvungen behandling, må det også gjøres en vurdering av om den aktuelle situasjonen kan være en symptomoppblomstring som følge av

bråseponering av antipsykotika (rebound-effekt).

Sjette ledd gir hjemmel for at undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan reguleres i forskrift. Dette er gjort i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. \(psykisk helsevernforskriften\) §§ 19-23.](#)

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [14/9557-3](#)

1.4.5 § 4-4 a. Vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke

Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell.

Vedtaket skal straks nedtegnes. I vedtaket skal det opplyses om:

1. hvordan vilkårene for vedtaket, jf. § 4-4 første til fjerde ledd, er vurdert,
2. hvilke virkemidler som skal kunne brukes for å gjennomføre behandlingen,
3. vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke er fattet før utløpet av den obligatoriske undersøkelsestiden på fem døgn, jf. § 4-4 femte ledd, og hva som i så fall er begrunnelsen,
4. hvilken type og dosering av legemidler eller ernæring som skal kunne brukes,
5. hvilken behandlingsmessig effekt legemiddelet forventes å ha og når effekten forventes å inntre,
6. forventede bivirkninger og eventuelt risiko for varig skade som følge av legemidlene,
7. hvordan den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet framover,
8. forhåndserklæringer eller uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang,
9. pasientens syn på aktuelle frivillige tiltak,
10. oppfatningen til annet kvalifisert helsepersonell og
11. institusjonens opplegg for fortløpende evaluering av effekter og bivirkninger av behandlingstiltaket.

Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtak etter paragrafen her til fylkesmannen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om vedtak og klage etter paragrafen her.

Kommentarer til § 4-4 a:

Bestemmelsen gir hjemmel for å iverksette undersøkelse eller behandling uten pasientens samtykke. Dersom det er nødvendig med fysisk maktbruk for å få gjennomført undersøkelsen eller behandlingen, må det i tillegg treffes eget tvangsmiddelvedtak om dette etter [§ 4-8](#).

Første ledd bestemmer at vedtak om behandling uten eget samtykke skal treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Faglig ansvarlig har plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før vedtak fattes. Dette er en skjerping av plikten etter [helsepersonelloven § 4](#) til å innhente bistand og samarbeide og

samhandle med annet personell der dette er mulig og nødvendig. Tvungen behandling er alvorlig og inngripende, og hensikten med bestemmelsen er å bidra til kvalitetssikring og å legge til rette for en bred vurdering utover det medisinskfaglige, og at flere begrunnede meninger om saken skal komme frem. Helsepersonell som kjenner pasienten og pasientens situasjon godt, kan ha verdifull kunnskap som kan legges til grunn i vurderingen av om behandlingen skal gis eller ikke. Rent praktisk vil det si at helsepersonellet som har daglig/løpende kontakt med pasienten, for eksempel behandler eller miljøpersonell i avdelingen, kan være de nærmeste å rådføre seg med. Dersom pasienten nettopp er innlagt eller er underlagt tvungent vern uten døgnopphold, kan fastlege eller helsepersonell i kommunalt psykisk helsearbeid være de som kjenner pasienten og situasjonen best. Annet kvalifisert personell behøver altså ikke å være annen lege eller psykologspesialist med kompetanse til å fatte vedtak om tvangsbehandling.

Det kan oppstå tilfeller der helsepersonell ikke er enige om pasienten skal få helsehjelp. I slike situasjoner er det naturlig at helsepersonellet søker råd hos ytterligere annet kvalifisert helsepersonell før endelig vedtak blir truffet. Den vedtaksansvarlige fatter imidlertid vedtaket alene. Hvilket helsepersonell den faglig ansvarlige har rådført seg med og hvilke oppfatninger vedkommende har hatt, skal nedtegnes i vedtaket av den vedtaksansvarlige, jf. annet ledd nr. 10.

Det fremgår av **annet ledd** at vedtaket skal nedtegnes straks, det vil si uten opphold. Vedtaket skal begrunnes. Begrunnelsen er en viktig forutsetning for å kunne bruke klageretten, og for at klageinstansen skal ha et presist faktisk, faglig og rettslig grunnlag for prøving. For å sikre at disse hensynene blir ivarettatt, stiller bestemmelsen punktvis opp krav til det skriftlige vedtakets materielle innhold. Kravene er en tydeliggjøring av det kravet til begrunnelse som allerede følger av forvaltningsloven, og korresponderer med psykisk helsevernlovens krav til de vurderinger som må gjøres før tvangsbehandlingsvedtak kan treffes.

Annet ledd punktene 1- 2 pålegger faglig ansvarlig å nedtegne de vurderingene vedkommende har gjort av vilkårene i [§ 4-4](#) og hvilke virkemidler som skal tas i bruk. Begrunnelsen skal bidra til å vise at vilkårene for vedtaket er tilstede.

Annet ledd punkt 3 er bare aktuell for vedtak om legemiddelbehandling. Dersom det er gjort vedtak om behandling før utløpet av minste undersøkelsestid på fem dager, skal dette oppgis og begrunnes.

Annet ledd punkt 4 krever at det oppgis hvilken type og dosering av legemidler eller ernæring (tablett eller depot, sonde eller intravenøst) som skal kunne brukes. På grunn av manglende effekt eller bivirkninger, kan det være aktuelt å endre type legemiddel, dose og administreringsform før vedtaksperioden (tre måneder) utløper. Endring i legemiddeldose kan foretas uten at det er nødvendig å fatte nytt vedtak. For øvrig må det som utgangspunkt fattes nytt vedtak. Dersom vedtaket tar høyde for endring ved manglende effekt/bivirkninger, ved for eksempel å oppgi alternativt legemiddel, dose og administrasjonsform, og hvilke forventet effekter og bivirkninger det har, er det imidlertid ikke nødvendig å treffe nytt vedtak.

Annet ledd punkt 5 - 6 gjelder bare ved vedtak om legemiddelbehandling. Punkt 5 pålegger faglig ansvarlig å beskrive den forventede effekt av behandlingen. Denne vil ofte være sammenfallende med formålet med behandlingen. Videre skal det angis innen hvilket tidsspenn denne virkningen forventes å inntre. Punkt 6 gjelder tilsvarende for bivirkninger. Dersom behandlingen med legemidlene gir risiko for varig skade, skal også dette oppgis. Dette kan for eksempel være risiko for vedvarende tardive dyskinesier (skjelvinger) ved langvarig bruk av visse antipsykotika.

Annet ledd punkt 7 krever en vurdering av hvordan den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet fremover. Faglig ansvarlig må da blant annet vurdere hvordan tvangen kan påvirke mulighetene for å få til frivillighet og behandlingsallianser fremover.

Annet ledd punkt 8 korresponderer med plikten etter [§ 4-2 annet ledd](#) til å høre og legge vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, og skal sikre at den faglige ansvarlige

forholder seg til pasientens antatte samtykke i spørsmålet om det aktuelle behandlingstiltaket.

Annet ledd punkt 9 krever en kort redegjørelse for hvilke frivillige tiltak institusjonen har foreslått og eventuelt hvilke andre tiltak pasienten har ønsket i stedet for den behandlingen som foreslås gitt i vedtaket.

Annet ledd punkt 10 skal sikre at den faglig ansvarlige følger kravet i første ledd, og ikke fatter en beslutning om behandling uten eget samtykke uten å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell. Dersom den som har blitt rådspurt er uenig i det vedtaket som fattes, skal også dette nedtegnes. Det er den vedtaksansvarlige som har ansvar for å nedtegne oppfatningene til det helsepersonellet vedkommende har rådført seg med.

Annet ledd punkt 11 understreker viktigheten av at behandlingstiltaket overvåkes nøye slik at eventuelle behov for justeringer kan oppdages raskt.

Pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, dersom dette er mulig, og det skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, jf. [lovens 4-2 annet ledd](#). Tiltaket skal videre evalueres så snart som mulig etter at det er avsluttet, jf. [§ 4-2 tredje ledd](#).

Tredje ledd bestemmer at vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke kan påklages til fylkesmannen. Klage kan fremsettes av pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#)). Se mer om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i [psykisk helsevernforskriften § 27 annet ledd](#) med kommentarer.

Dersom pasienten ønsker å klage på tvangsbehandlingsvedtak, må kontrollkommisjonen umiddelbart kontaktes for oppnevning av advokat, dersom pasienten ønsker dette, da **pasienten har krav på inntil fem timer fri rettshjelp i forbindelse med vurdering og utforming av klagen**, jf. [loven § 1-7](#). Det må så vidt mulig, sikres at pasienten kan konsultere advokat innen 48 timer etter at han eller hun ble kjent med vedtaket, da innlevering av klage innen denne fristen er en forutsetning for at klagen skal gis oppsettende virkning, jf. [forskriften § 28 tredje ledd](#).

Utfallet av fylkesmannens behandling kan være at opprinnelig vedtak stadfestes, at det treffes vedtak om opphør av faglig ansvarliges behandlingsvedtak, at det treffes vedtak med nytt innhold (dette bør bare skje helt unntaksvis, da fylkesmannen antas ikke å ha tilstrekkelig nærhet eller kompetanse til å fatte vedtak om type medikament, dose etc.) eller at vedtaket oppheves og sendes tilbake til faglig ansvarlig for ny behandling i den institusjonen der vedtaket ble truffet.

Fylkesmannens klagebehandling er utførlig omtalt i [Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4](#).

I [psykisk helsevernforskriften § 21](#) fremgår at behandling som hovedregel kan iverksettes tidligst 48 timer etter at pasienten er underrettet om vedtaket. I [forskriften § 28 tredje ledd](#) fastslås nemlig at klage på vedtak om behandling uten eget samtykke som hovedregel har oppsettende virkning dersom den fremsettes innen 48 timer. Oppsettende virkning innebærer at behandling ikke kan iverksettes før klagen er behandlet.

En eventuell klage på vedtak om tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) vil ikke ha oppsettende virkning i forhold til muligheten til å iverksette tiltak etter § 4-4 a, jf. [§ 4-4](#). Faglig ansvarlig bør imidlertid avvente kontrollkommisjonens vedtak i tilfeller der utsatt iverksettelse ikke vil være betenkelig i forhold hensynet til forsvarlig medisinsk behandling.

Fjerde ledd inneholder hjemmel til å gi forskrifter om vedtak og klage, herunder for ytterligere krav til innholdet i vedtaket. Dette er gjort i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. \(psykisk helsevernforskriften\) § 21](#).

1 4 6 5 4-5 Forbindelse med omverdenen

1.4.3 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, Fylkesmannen, Stortingets ombudsmann for forvaltningen, pasient- og brukerombud, prest eller tilsvarende sjelesørger, juridisk rådgiver eller den som opptrer på pasientens vegne i en klagesak.

Ved begrunnet mistanke om at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander 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 pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Kongen i statsråd gir forskrifter om adgangen til å foreta slike inngrep som er omtalt i paragrafen her.

Kommentarer til § 4-5:

Første ledd: Retten til fri kommunikasjon er en grunnleggende rettighet, og innskrenkninger i denne retten krever hjemmel.

Pasienten har som utgangspunkt rett til å motta besøk og å benytte telefon, samt å sende og motta brev og pakker. Tilsvarende gjelder pasientens rett til å benytte elektronisk kommunikasjon. Innskrenkninger i retten til fri kommunikasjon kan kun iverksettes når § 4-5 annet eller fjerde ledd gir hjemmel for å treffe vedtak om dette.

Annet ledd: Faglig ansvarlig kan treffe vedtak om restriksjoner for en pasients kommunikasjonsrett. For eksempel kan det treffes vedtak om at en pasient ikke skal få besøk, disponere mobiltelefon eller kommunisere via PC med tilgang til internett.

Begrensningene må ikke gjøres mer omfattende enn nødvendig ([§ 4-2](#)).

Det kan bare treffes vedtak om begrenset kommunikasjonsrett for inntil 14 dager av gangen.

Bestemmelsen oppstiller to vilkår for at vedtak kan treffes. For det første må pasienten være underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([§ 3-3](#), jf. [§ 3-5 første ledd](#)). For det andre må det foreligge sterke behandlingsmessige eller velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående personer som anses å gjøre slike restriksjoner nødvendige. Det stilles således kvalifiserte krav til unntakssituasjonen, krav som viser at man nærmer seg området for nødretten. Kravene relaterer seg dels til pasientens egen situasjon, dels til familien eller nærstående persons situasjon. Kommunikasjonsretten er så viktig at det ikke er tilstrekkelig grunn for å vedta innskrenkninger, at kommunikasjonen medfører noe ubehag for dem som berøres.

Alternativet "sterke behandlingsmessige hensyn" vil kunne være aktuelt i situasjoner der en pasient er i en slik tilstand at kommunikasjon med omverdenen kan påvirke vedkommendes sykdom på en uheldig måte. Dette må vurderes konkret på bakgrunn av forhold som for eksempel økende symptomtrykk og synkende funksjon. Det må også gjøre en avveining av om besøkene påvirker pasienten så mye at det er forholdsmessig å treffe vedtak om begrensninger i retten til å motta besøk. Begrensninger må ikke gjøres mer inngripende en nødvendig ([§ 4-2](#)). Det kan for eksempel tilsi at man fremfor å avgrense helt mot besøk fra en eller flere personer, i stedet/først forsøker med begrensninger knyttet til tidspunkt, hyppighet og lengde osv.

Begrepet "sterke velferdsmessige hensyn" kan omfatte mange ulike situasjoner, for eksempel situasjoner der en pasient foretar økonomiske disposisjoner som kan være til stor skade for pasienten eller dennes familie. Det vil imidlertid ikke være tilstrekkelig at pasienten foretar økonomiske disposisjoner som institusjonen anser som unødvendig eller som sløsing, for eksempel hvis pasienter bruker mer penger enn vanlig på sjokolade og tobakk.

Begrepet "hensynet til nærstående person" er tatt inn for å kunne begrense skadevirkninger på pasientens familie og miljø utenfor institusjon med tanke på mulighet for rehabilitering etter oppholdet. På bakgrunn av dette må også for eksempel arbeidsgiver kunne regnes som "nærstående person" i denne sammenheng. Kontakt mellom pasienten og dennes barn kan også begrenses etter denne bestemmelsen. Forutsetningen må være at det eksisterer klare holdepunkter for at kontakt vil skade forholdet mellom foreldre og barn.

Dersom det vedtas restriksjoner, får institusjonen et spesielt ansvar for å sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon om verden utenfor institusjonen, herunder informasjon om de pårørende og andre forhold som er av betydning for pasienten.

Helsepersonell skal også identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn kan ha som følge av forelderens tilstand ([helsepersonelloven § 10a](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a](#)). Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som gjør barn og foreldre bedre i stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig psykisk syk. Se nærmere i rundskrivet [Barn som pårørende](#) om hvilke plikter helsepersonell har til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

I akutte nødssituasjoner kan det være grunnlag for å iverksette enkelte frihetsbegrensninger med hjemmel i nødrett. Nødrett vil kun gi hjemmel for kortvarig intervensjon.

Tredje ledd inneholder en opplisting av instanser som det ikke kan vedtas restriksjoner i retten til å kommunisere med, utover det som følger av rimelige begrensninger i husordensreglementet. En av disse instansene er prest eller tilsvarende sjelesørger. Sistnevnte begrep er ment å fange opp mangfoldet av tro og livssyn. Begrepet må tolkes med romslighet, men det kreves en sjelesørger som påtar seg sin oppgave med samme tyngde som en prest.

Det følger forutsetningsvis av tredje ledd at et husordensreglement kan inneholde mindre og rimelige begrensninger. Den praktiske utøvelsen av besøksretten og retten til telefonisk kommunikasjon kan til en viss grad reguleres i husordensreglementet ([se kommentaren til § 4-2](#)). Dette gjelder rimelige begrensninger i kommunikasjonsretten til beboerne ut fra hensynet til drift av institusjon og at mange mennesker skal oppholde seg under samme tak. Som eksempel kan nevnes at besøk som hovedregel skal skje i angitt tidsrom i løpet av dagen og/eller på egnet rom skjermet fra medpasienter. Det er ikke anledning til å fastsette generelle regler om at det skal være personell tilstede når pasientene mottar besøk, eller at pasientene ikke skal ha anledning til å disponere egne mobiltelefoner. Dette er så inngripende tiltak at det kun kan iverksettes med hjemmel i lov (§ 4-5 annet ledd). Det kan imidlertid gis generelle bestemmelser i husordensreglementet om bruk av mobiltelefon og internett. Dette vil bare kunne omfatte mindre inngripende regler som for eksempel tidspunkt for når PC på et fellesrom kan benyttes, eller at det ikke er adgang til å bruke telefon, nettbrett og lignende til å ta bilder av andre pasienter eller med motiver som kan identifisere disse. Etter direktoratets vurdering må

mobiltelefon, ipad o.l. med kamerafunksjon kunne inndras dersom husordensreglementet og hensynet til medpasienters personvern ikke respekteres. Dette forutsetter imidlertid at pasienten gis adgang til å kommunisere via fasttelefon, PC, eventuelt en utlånstelefon uten kamerafunksjon, slik at retten til kommunikasjon ikke brytes.

Fjerde ledd gir hjemmel for at faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)), kan treffe vedtak om å åpne og kontrollere pasientens post.

Med post forstås også elektronisk post, som e-post og tekstmeldinger.

Det kan kun treffes vedtak dersom det foreligger begrunnet mistanke om innføring eller forsøk på innføring av legemidler, rusmidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander. Begrepet skadelige stoffer er ment å fange opp det som ikke tydelig faller inn under legemidler og rusmidler, men som kan ha samme virkning. Farlige gjenstander omfatter både gjenstander som er farlige i seg selv og gjenstander som kan brukes på en farlig måte. Kravet om "begrunnet mistanke" innebærer at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken. For eksempel kan institusjonen ha mottatt tips som sier at noe slikt skjer eller vil skje, eller det kan ha vært observert aktivitet som tyder på at noen ønsker å få brakt uønskede gjenstander inn til pasienten. Det må til en viss grad også være anledning til å legge vekt på tidligere erfaringer.

Åpning og kontroll av post skal om mulig skje i pasientens nærvær. Det er først og fremst pasientens sinnstilstand som kan begrunne at vedkommende eventuelt ikke skal være tilstede.

Vedtak om postkontroll kan være aktuelt både ved frivillig og tvungent døgnopphold på institusjonen.

I **femte ledd** kreves det at vedtak om restriksjoner i kommunikasjonsretten eller vedtak om postkontroll skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig. Slike vedtak kan påklages til kontrollkommisjonen av pasientens selv eller dennes nærmeste pårørende, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#). Se nærmere om nærmestes rett til informasjon om vedtaket i [psykisk helsevernforskriften § 27 annet ledd](#) med kommentarer.

Pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, dersom dette er mulig, og det skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, jf. [loven 4-2 annet ledd](#).

Sjette ledd forutsetter at Kongen i statsråd gir nærmere regler om adgangen til restriksjoner i kommunikasjonsretten og adgangen til postkontroll. Forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkninger [09/1393](#), [16/26459](#) og [12/8086](#)

1.4.7 § 4-6. Undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon

Ved begrunnet mistanke om at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander vil bli forsøkt innført eller er innført i en institusjon i psykisk helsevern, kan den faglig ansvarlige vedta at pasientens rom eller eiendeler skal undersøkes og at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten og pasientens nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Den enkelte døgninstitusjon eller enhet for døgnopphold kan innføre rutinekontroll av pasienter ved innleggelse og etter opphold utenfor institusjonen eller enheten for å hindre innføring av rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander. Kontrollen kan omfatte undersøkelse av pasientens eiendeler og kroppsvisitasjon uten avkledding av pasienten. Rutinekontroll kan bare innføres når det er nødvendig for å ivareta

sikkerheten eller hensynet til helsehjelpen. Mindre inngripende tiltak skal være vurdert. Institusjonen skal dokumentere at vilkårene for å innføre rutinekontroll er oppfylt.

Kontroll etter første og andre ledd skal gjennomføres så skånsomt som mulig. Intensiteten i kontrollen må stå i et rimelig forhold til det en kan oppnå. Kroppsvisitasjon skal foretas av en person av samme kjønn som pasienten. Undersøkelse av kroppens hulrom er ikke tillatt.

Dersom det er mulig, skal undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skje i pasientens nærvær eller i nærvær av den nærmeste pårørende eller en annen person som pasienten har utpekt.

Kongen i statsråd kan gi nærmere forskrift om undersøkelse av rom, eiendeler og kroppsvisitasjon.

Kommentarer til § 4-6:

Bestemmelsens første ledd gir hjemmel for undersøkelse av pasienter etter begrunnet mistanke, mens andre ledd gir hjemmel for rutinemessige undersøkelser. Virkeområde, vilkår og saksbehandling er noe ulike for kontroller etter første og andre ledd.

Det er ikke en forutsetning for kontroller etter denne bestemmelsen at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Bestemmelsen gjelder pasienter, og gir ikke adgang til kontroll av besøkende. Dersom det er mistanke om at besøkende har hatt med seg uønskede gjenstander, vil det etter besøket eventuelt kunne treffes vedtak om kontroll av pasienten på grunnlag av mistanke.

Første ledd første punktum gir hjemmel for at faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)) i institusjon i det psykiske helsevernet kan treffe vedtak om undersøkelse av en pasients rom og eiendeler og/eller kroppsvisitasjon (ransaking). Bestemmelsen gjelder både døgnenheter og enheter for dagbehandling og poliklinikker.

Vedtak om undersøkelser og kroppsvisitasjon etter første ledd kan bare treffes dersom det foreligger begrunnet mistanke om at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander er eller vil bli forsøkt innført i institusjonen. Begrepet skadelige stoffer er ment å fange opp det som ikke tydelig faller inn under legemidler og rusmidler, men som kan ha samme virkning. Begrepet farlige gjenstander omfatter både gjenstander som er farlige i seg selv og gjenstander som kan brukes på en farlig måte, for eksempel kniver, barberblad og ulike typer verktøy. Med "begrunnet mistanke" menes at det må foreligge konkrete holdepunkter for mistanken. Det kan for eksempel være konkrete tips om at farlig gjenstand vil bli innført av pasienten, eller at det er observert handlinger og atferd hos pasienten som gir slik mistanke. Eksempel på slik atferd kan være beruselse eller ruspåvirkning, aggressive tendenser eller atferd som gir mistanke om planlegging av suicid. Mistanken skal primært knyttes til ytre forhold, men det kan også tas hensyn til pasientens sinnstilstand eller tidligere erfaringer i forhold til pasienten.

Det vil normalt være i strid med helsepersonells taushetsplikt å tilkalle politi, eventuelt med narkotikahund i forbindelse med mistanke om oppbevaring, bruk eller salg av narkotika. Unntak gjelder dersom det foreligger særlige grunner som gjør det nødvendig å tilkalle politiet, for eksempel at pasienten utgjør en alvorlig fare for seg selv eller andre ([helsepersonelloven § 23 pkt.4](#)). Se nærmere om dette i [Rundskriv om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid](#). Bruk av politihund kan oppleves krenkende og stigmatiserende av pasienten, og vil kunne påvirke behandlingssituasjonen negativt. Det må alltid foretas en grundig vurdering av om effekten av tiltaket oppveier disse negative konsekvensene.

Første ledd annet punktum fastsetter enkelte saksbehandlingsregler. Det kreves at vedtak om bruk av tiltak etter første ledd skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller dennes nærmeste pårørende ([pasient- og](#)

[brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#)). Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i [psykisk helsevernforskriften § 27 annet ledd](#) med kommentarer.

Pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, dersom dette er mulig, og det skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, jf. [loven 4-2 annet ledd](#). Vider skal tiltak etter § 4-6 første ledd evalueres så snart som mulig etter at det er avsluttet, se [§ 4-2 tredje ledd](#).

Annet ledd regulerer adgangen til å innføre rutinekontroller. Etter **første punktum** skal formålet med rutinekontroller være å hindre innføring av rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler og farlige gjenstander.

Adgangen omfatter bare døgninstitusjoner og enhet for døgnopphold i det psykiske helsevernet – dette i motsetning til kontroller ved begrunnet mistanke, som også omfatter dagesheter og poliklinikker. Rutinekontrollene kan bare gjennomføres når pasienten kommer til institusjonen, det vil si når pasienten blir innlagt og når pasienten kommer tilbake etter å ha vært utenfor institusjonen.

Annet ledd annet punktum bestemmer at kontrollen kan omfatte undersøkelse av eiendeler og kroppsvisitering. Det er imidlertid ikke adgang til å be pasienten kle helt av seg. Dette i motsetning til tilfellene der det blir gjort vedtak etter første ledd, altså ved begrunnet mistanke. Det er altså bare adgang til å visitere pasienten kropp med klærne på og i lommer på klærne. Avgrensningen er likevel ikke til hinder for at pasienten kan bli bedt om å ta av seg ytre lag av klær, som ytterklær, store gensere, caps og sko. Ytterligere avkleddning krever vedtak etter første ledd, altså at det foreligger en begrunnet mistanke om innførsel av rusmidler med videre.

Annet ledd tredje punktum fastsetter vilkår for å innføre rutinekontroller. Rutinekontroll skal bare innføres når det er nødvendig for å ivareta sikkerheten eller hensynet til helsehjelpen. Med helsehjelp siktes her både til den helsehjelpen til pasienten som blir kontrollert og helsehjelpen til andre pasienter. Begrepet skal tolkes vidt og omfatter både selve behandlingstilbudet og annen omsorg som institusjonen gir pasientene. Vurderingen kan for eksempel baseres på erfaringer med innføring av uønskede gjenstander og utagerende atferd hos pasienter etter inntak av rusmidler og de konsekvenser det har for sikkerhet og behandling i institusjonen.

Annet ledd fjerde punktum slår fast at mindre inngripende tiltak skal vurderes. Dette er en utdypning av kravet om at kontrollene skal være nødvendige. Det er ikke adgang til å innføre rutinekontroller hvis enheten eller institusjonen kan oppnå tilsvarende bedring av sikkerheten med videre på måter som er mindre integritetsinngripende. God informasjon om hvilke gjenstander som er uønskede og hvorfor, gode rutiner for inkomstsamtaler der en for eksempel spør pasientene om de har med seg uønskede gjenstander samt bruk av metalldetektor er eksempler på andre mindre inngripende tiltak. Hvis mindre inngripende tiltak er tilstrekkelige, vil ikke vilkåret for å innføre rutinekontroller være oppfylt. Det må også vurderes om kontrolltiltaket skal iverksettes for hele institusjonen eller bare deler av den. Institusjonen må videre ta stilling til hvor omfattende rutinekontrollene skal være, for eksempel om pasienten skal kontrolleres hver gang de kommer til institusjonen eller bare den første gangen pasienten blir innlagt og hvor omfattende kontrollen skal være.

Dersom det ført er innført rutinekontroll, skal alle pasienter kontrolleres i de situasjonene det er innført rutinekontroll for. Det er altså generelle, forhåndsbestemte kriterier og ikke subjektive forhold ved pasienten, som avgjør om kontrollen utføres. Dersom institusjonen for eksempel har bestemt at det skal innføres bagasjekontroll ved ankomst, skal alle pasienter få bagasjen sin kontrollert ved ankomst, uavhengig av om det er sannsynlig at den konkrete pasienten faktisk vil prøve å innføre uønskede gjenstander.

Etter **annet ledd femte punktum** skal institusjonen dokumentere at vilkårene for å innføre rutinekontroller er oppfylt. Det omfatter også vurderinger av for eksempel omfanget av kontrollene. Dokumentasjonen skal oppbevares av institusjonen og vil være et viktig grunnlag ved eventuelle tilsyn

med at loven blir fulgt.

Det fattes ikke vedtak før gjennomføring av rutinekontroller, og pasienten har ikke klagerett. Fylkesmannen skal derimot på vanlig måte føre tilsyn med at institusjonene retter seg etter lovkravene å innføre og gjennomføre rutinekontroll.

Tredje ledd gjelder både ved kontroll basert på begrunnet mistanke og ved rutinekontroller. **Første og annet punktum** pålegger institusjonene å gjennomføre kontrollene så skånsomt som mulig og å avpasse intensiteten i slik at den står i et rimelig forhold til hva en kan oppnå. Når det gjelder rutinekontroll vil vurderingen av intensitet først og fremst være knyttet til den generelle innretningen av ordningen, for eksempel hvor inngripende tiltak som kan brukes i kontrollen. Kroppsvisitering er klart mer inngripende enn bagasjekontroll, og institusjonen bør derfor gjøre en særlig vurdering av om det er nødvendig at kroppsvisitasjon inngår i rutinekontroller. **Tredje punktum** krever at kroppsvisitering gjennomføres av en person av samme kjønn som pasienten. **Fjerde punktum** bestemmer at det ved kroppsvisitasjon ikke er tillatt å undersøke kroppens hulrom, herunder munnhulen. Slik undersøkelse vil imidlertid i helt spesielle tilfeller kunne foretas med hjemmel i nødrett. Dette forutsetter at det er fare for liv eller alvorlig helseskade.

Fjerde ledd gjelder både kontroll ved begrunnet mistanke og ved rutinekontroller. Undersøkelse av pasientens rom og eiendeler skal om mulig skje mens pasient eller en annen person som pasienten har utpekt er tilstede. Dette er en presisering av kravet om at kontrollene skal skje så hensynsfullt som mulig. Det er først og fremst pasientens sinnstilstand som kan begrunne at pasienten ikke skal være tilstede.

Paragraf 4-6 gir ikke adgang til bruk av fysisk makt for å gjennomføre kontrollene. Dersom dette unntaksvis er helt nødvendig, må dette hjemles i [§ 4-8](#). Det antas at dette først og fremst vil være aktuelt for pasienter underlagt tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.

Beslag av en uønsket gjenstand som blir funnet ved kontroller, vil måtte skje ved at det fattes eget vedtak om dette etter [§ 4-7](#). Under forutsetning av at taushetsplikten ikke brytes, kan institusjonen samarbeide med politiet om å avklare hvilke gjenstander en person lovlig kan besitte og hvordan beslaglagte gjenstander skal oppbevares og hva som skal destrueres.

I **femte ledd** gis Kongen i statsråd hjemmel for å gi nærmere forskrifter om adgangen til å foreta inngrep i form av undersøkelse og kroppsvisitasjon. Forskriftshjemmelen er ikke benyttet.

1.4.8 § 4-7. Beslag

Den faglig ansvarlige kan vedta at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler og farlige gjenstander som blir funnet ved inngrep som nevnt i §§ 4-5 fjerde ledd og 4-6, skal beslaglegges. Den faglig ansvarlige kan dessuten vedta at rusmidler, legemidler, skadelige stoffer eller farlige gjenstander som vedkommende ikke rettmessig kan inneha, skal tilintetgjøres.

Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende 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.

Kommentarer til § 4-7:

Dersom det under postkontroll med hjemmel i [§ 4-5 fjerde ledd](#) eller ransaking eller kroppsvisitasjon med hjemmel i [§ 4-6 første ledd](#) oppdages gjenstander som det ikke er ønskelig at pasienten er i besittelse av under oppholdet oppstår det behov for ytterligere virkemidler.

Tiltakene kan være aktuelle både overfor pasienter som har frivillig eller tvungent døgnopphold på institusjonen.

Første ledd hjemler at faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)), kan treffe vedtak om beslag av rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander. Med rømningshjelpemiddel tenkes først og fremst på gjenstander som direkte kan benyttes til å rømme, eksempelvis lommekniv eller våpen. Førerkort eller pass omfattes ikke da disse utgjør et for indirekte hjelpemiddel til å kunne beslaglegges etter denne bestemmelsen. Beslag av pass og førerkort må skje i henhold til passloven eller vegtrafikkloven. Helsetjenesten må da ha hjemmel for å formidle taushetsbelagte opplysninger til politiet. Se nærmere om dette i rundskrivet [Rundskrivet om helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke- oppgaver og samarbeid](#).

Dersom ansatte tilfeldig oppdager gjenstander som nevnt i bestemmelsens første ledd uten at det er fattet vedtak etter [§§ 4-5 fjerde ledd](#) eller [4-6 første ledd](#) eller gjennomført rutinekontroller, er det anledning til å fatte vedtak i etterkant.

Bestemmelsen hjemler videre at det kan fattes vedtak om tilintetgjøring av beslaglagte gjenstander som pasienten ikke rettmessig kan inneha.

Hva slags tiltak som skal iverksettes må avgjøres på bakgrunn av en skjønnsmessig vurdering. Ved funn av en gjenstand som er vanlig og uproblematisk utenfor institusjon (for eksempel et barberblad eller en lighter), vil det i ordinære situasjoner ikke være grunnlag for beslag. Forholdene tatt i betraktning, vil imidlertid disse gjenstandene kunne være farlig for pasienten eller andre på institusjonen. Den beste løsningen her vil kunne være at gjenstandene beslaglegges og oppbevares for pasienten frem til utskriving. Tilintetgjøring er et svært inngripende tiltak, og kan kun gjennomføres i tilfeller der pasienten ikke har beskyttelsesverdige interesser i å få gjenstanden tilbake etter beslag. Eksempelvis vil tilintetgjøring kunne være aktuelt ved funn av våpen eller rusmidler.

Vedtak om tilintetgjøring kan ikke gjennomføres før eventuell klagesak er avgjort, jf. annet ledd.

Bestemmelsen omtaler ikke hvordan beslaget skal oppbevares frem til eventuell tilintetgjørelse og hvordan tilintetgjøring skal gjennomføres. Spørsmål om dette reiser seg særlig ved beslag av narkotika. Under forutsetning av at helsepersonellens taushetsplikt overholdes, kan politiet kontaktes og stoffet overlates til dem for destruering. Det understrekes at taushetsplikten er en plikt til aktivt å hindre at uvedkommende får tilgang til taushetsbelagt informasjon. I den forbindelse vises til Høyesteretts dom i Rt. 2013 side 1442. En lege kontaktet politiet for å overlevere narkotika som en pasient hadde på seg ved innleggelse. Før overleveringen gned legen posen mellom hendene for å fjerne DNA før overlevering til politiet. Legen ble ikke dømt for bevisforspillelse, og det ble konkludert med at handlingen hadde et lovlig formål da den skulle hindre at politiet fikk tilgang til taushetsbelagt informasjon. Beslaglagte legemidler kjøpt av forbruker kan innleveres til apotek, jf. [apotekloven § 6-10](#).

Annet ledd fastsetter enkelte saksbehandlingsregler. Det kreves at vedtak om bruk av tiltak etter første ledd skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller dennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#)). Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i [psykisk helsevernforordningen § 27 annet ledd](#) med kommentarer.

Pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, dersom dette er mulig, og det skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, jf. [loven 4-2 annet ledd](#).

I **tredje ledd** gis Kongen i statsråd hjemmel for å gi nærmere forskrifter om adgangen til å treffe vedtak om beslag og tilintetgjøring. Forskriftshjemmelen er foreløpig ikke benyttet.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [15/13730-3](#)

1.4.9 § 4-7 a. Rusmiddeltesting av biologisk materiale

Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan pasienten etter begjæring fra den faglig ansvarlige gi samtykke til at det kan tas prøver av pasientens biologiske materiale for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp. Slik begjæring kan bare fremsettes dersom dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Begrunnelsen for begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige.

Ved mistanke om at en pasient under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern misbruker rusmidler, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at det kan tas prøver av pasientens biologiske materiale for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp. Slikt vedtak kan bare treffes såfremt dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Vedtaket kan påklages av pasienten eller av pasientens nærmeste pårørende til kontrollkommisjonen.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om gjennomføring av rusmiddeltesting av biologisk materiale, herunder gjennomføring i det psykiske helsevernet av slike vedtak truffet med hjemmel i annen lov.

Kommentarer til § 4-7a:

Bestemmelsen gir hjemmel for at det kan fremsettes begjæring om samtykke til eller treffes vedtak om prøver av pasientens biologiske materiale. Dette innebærer at det ikke er anledning til å ta slik prøve rutinemessig.

Første ledd gir hjemmel for faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)) til å be pasienten om å samtykke til å ta prøver av biologiske materiale. Slik forespørsel kan bare fremsettes dersom det foreligger konkret mistanke om at pasienten misbruker rusmidler. Dessuten kreves det at prøver av biologiske materiale fremstår strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Dette innebærer at formålet med tiltaket må være å gi pasienten helsehjelp, og at prøvetaking må være et egnet tiltak for kontroll. Begjæring om samtykke til prøvetaking kan derfor ikke fremsettes dersom formålet kan oppnås med andre og lempeligere midler, for eksempel gjennom tillitsskapende tiltak.

Hjemmelen er teknologinøytral, og gir adgang til å benytte urinprøver så vel som nyere testmetoder som benytter biologisk materiale som spytt eller hår. Nye typer tester kan oppleves som mindre inngripende for pasientene.

Bestemmelsens første ledd er aktuell både i forhold til frivillig innlagte pasienter og pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ([§§ 3-2](#) og [3-3](#)).

Begjæringen og pasientens samtykke skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og faglig ansvarlig. Dokumentet skal inneholde begrunnelse for tiltaket.

Annet ledd gir hjemmel for at det kan treffes vedtak om prøvetaking. Vilkårene for å treffe slikt vedtak er de samme som for å fremsette begjæring om samtykke i henhold til § 4-7a første ledd. Vedtaket treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)), og kan kun treffes overfor pasienter som er underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ([§§ 3-2](#) og [3-3](#)).

For pasienter som har opphold med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven (jf. unntaket i [§ 1-1 a](#)) må vedtak om prøvetaking treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker.

Pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, dersom dette er mulig, og det skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, jf. [4-2 annet ledd](#).

Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller dennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#)). Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i [psykisk helsevernforordningen § 27 annet ledd](#) med kommentarer.

Tiltaket skal evalueres så snart som mulig etter at det er avsluttet ([§ 4-2 tredje ledd](#)).

Et vedtak kan gi hjemmel for flere prøver gjennom et behandlingsforløp. Det må fremgå av vedtaket for hvor lang periode det skal tas prøver. Dersom vedtaket skal omfatte mer enn én enkelt prøve, må det fortløpende vurderes om vilkårene i bestemmelsens fremdeles er oppfylt.

Bestemmelsen sier ikke noe om hvordan selve prøvetakingen skal utføres. Dersom pasienten for eksempel ikke klarer å avgi urinprøve umiddelbart etter at institusjonen har anmodet om eller truffet vedtak om slik prøve, kan personalet for eksempel holde pasienten under oppsyn til prøven er avgitt. Pasienten kan imidlertid ikke anbringes bak låst eller stengt dør uten personale til stede, da dette vil være et tiltak som krever at vilkårene for isolasjon i [§ 4-8](#) er oppfylt.

Tredje ledd gir hjemmel for å gi nærmere forskrifter om gjennomføring av prøvetaking (også prøvetaking med hjemmel i annen lov). Hjemmelen er foreløpig ikke benyttet.

1.4.10 § 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 låst eller stengt dør uten personale til stede.
- c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- d. kortvarig fastholding.

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 den faglig ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om bruk av tvangsmiddel.

Kommentarer til § 4-8:

Første ledd gir hjemmel for bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold. Som hovedregel må institusjonen være godkjent fortvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([§ 3-5 første ledd](#)), jf. [psykisk helsevernforordningen § 24 første ledd](#). I akutte nødsituasjoner er det imidlertid anledning til å

benytte tvangsmidler også i andre døgninstitusjoner ([psykisk helsevernforordningen § 24 annet ledd](#)). Tvangsmidler kan som den klare hovedregel ikke benyttes utenfor institusjon for døgnopphold. Hjemmelen kan derfor ikke anvendes til å benytte tvangsmidler overfor pasienter som er underlagt psykisk helsevern uten døgnopphold, og som oppholder seg i institusjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i egen bolig. Utenfor institusjon er det kun politiet som har adgang til å utøve makt. Helt unntaksvis vil likevel helsepersonell kunne tenkes å utøve makt utenfor institusjon, da hjemlet i nødrett, det vil si for å avverge en fare for skade som ikke kan avverges på annen måte. Planlagt bruk av tvangsmidler utenfor institusjon, for eksempel bruk av mekaniske tvangsmidler under transport, er imidlertid ikke tillatt.

Tvangsmidler kan benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Bruk av tvangsmidler overfor en person som er frivillig innlagt vil imidlertid kunne aktualisere utskrivning, slik at det i praksis kan bli tale om meget kortvarig tvangsbruk. I slike tilfeller vil det kunne være aktuelt å vurdere om det er grunnlag for å gjøre unntak fra konverteringsforbudet ([§ 3-4 annet ledd](#)).

Formålet med bestemmelsen er å gi hjemmel for tiltak som kan benyttes i nødrettslignende situasjoner der pasienten har en utagerende og ukontrollert atferd. Bruk av tvangsmiddel er et tiltak som skal avverge en akutt situasjon.

Bestemmelsen fastsetter at tvangsmidler kun skal benyttes når dette vurderes uønskelig nødvendig for å hindre en pasient i å skade seg selv eller andre, eller for avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar med mer. Kravet om at det må være uønskelig nødvendig å bruke tiltaket er strengt, og innebærer at tiltaket kun skal benyttes når det foreligger en nødrettslignende situasjon. Tvangsmidler kan **ikke** brukes for å håndtere alminnelig uro, trusler og lignende.

Videre slår bestemmelsen fast at tvangsmidler kun skal brukes når lempeligere midler har vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Det innebærer at man faktisk må ha forsøkt mindre inngripende tiltak først. Det kan etter en konkret vurdering være for eksempel verbal tilnærming, skifte av personale eller å sette inn flere ansatte, bruk av skjerming eller eventuelt andre tvangsmidler som pasienten gir uttrykk for at han eller hun finner mindre inngripende.

Enhver bruk av tvangsmidler skal være etisk og faglig forsvarlig og i samsvar med kravene til vern om personlig integritet i [§ 4-2](#). Tvangsmidler kan ikke benyttes som straff eller på annen nedverdiggende måte.

Tvangsmidler kan kun benyttes for å avverge at en pasient forvolder skade. Det er ikke anledning til å benytte tvangsmidler i behandlingsøyemed. Behandling uten eget samtykke er i sin helhet regulert i [§ 4-4](#).

Tvangsmidler kan som det klare utgangspunkt heller ikke kan brukes i forebyggende hensikt, det vil si overfor en person som i øyeblikket ikke er utagerende, eller overfor en pasient som sover. Helt **unntaksvis** vil erfaringer med pasientens spesielle reaksjons-/handlingsmønster og stort skadepotensiale likevel kunne tilsa at vilkårene for å anvende tvangsmidler er oppfylt under slike omstendigheter. Dette antas først og fremst å være aktuelt på sikkerhetsavdelinger. Det bør uansett alltid vurderes, og om mulig forsøkes, å løse pasienten fra mekaniske tvangsmidler ved søvn.

Tvangsmidler kan **ikke** iverksettes på grunnlag av pasientens samtykke alene, for eksempel fordi pasienten er redd for at han/hun vil utagere: Vilårene i [psykisk helsevernloven § 4-8](#) må alltid være oppfylt og det må alltid fattes formelt vedtak selv om pasienten ber om eller «samtykker» til at mekaniske tvangsmidler tas i bruk.

Annet ledd bokstav a) til og med d) regulerer **uttømmende** hvilke tvangsmidler som kan benyttes.

Bokstav a): Bestemmelsen tillater bruk av mekaniske tvangsmidler. Med dette menes innretninger som begrenser pasientens mulighet til å bevege armer og/eller ben. Fortegnelsen over de forskjellige

typene av mekaniske tvangsmidler (belte, remmer samt skadeforebyggende spesialklær) er eksempler og derfor ikke uttømmende.

Bokstav b): At ikke bare låst, men også stengt dør omfattes, innebærer at det skal fattes vedtak i akutte nødssituasjoner hvor døren blir holdt lukket mellom pasient og personale ved fysisk makt, ved hjelp av kloss, stol eller lignende. Også situasjoner der døren står på gløtt, men hvor pasienten er alene i rommet og ikke har mulighet til å forlate dette, har karakter av en slik fysisk atskillelse at tiltaket må anses som isolasjon.

Bokstav c):

Når det gjelder legemidler vil det være begrunnelsen for bruken som er avgjørende for om det regnes som tvangsmiddel. Bruk av legemidler uten pasientens samtykke i behandlingsøyemed reguleres av [psykisk helsevernloven § 4-4](#). Begrepet "korttidsvirkende" innebærer at valg av medikament og dosering må skje ut fra formålet å dempe akutt uro. Langtidsvirkende preparater kan derfor ikke anvendes.

Det vil som hovedregel ikke være anledning til å benytte legemidler med depotvirkning. Det vil ved medisinerings likevel være riktig å ta hensyn til hvilke preparater som må antas å ha en generelt gunstig virkning på pasientens tilstand, og det må aksepteres at det kan ta noe tid før virkningen opphører helt. På denne bakgrunn vil det kunne gjøres unntak fra hovedregelen i særlige tilfeller. For eksempel vil bruk av Cisordinol Acutard aksepteres i tilfeller der faglig ansvarlig vurderer det sannsynlig at den akutte faren som utløser behovet for tvangsmiddelbruk vil ha en tilnærmet lik varighet som virkningstiden til dette preparatet (vanligvis to til tre døgn).

Bokstav d): Bokstav d gir hjemmel for kortvarig fastholding. Betegnelsen "kortvarig" er tatt inn for å understreke at bruken av tiltaket ikke skal opprettholdes lenger enn strengt nødvendig ([§ 4-2](#)).

Bestemmelsen er ikke ment å omfatte ethvert tiltak som innebærer at en pasient holdes. Det skal en del til for at tiltak skal vurderes som fastholding i lovens forstand.

Bestemmelsen omfatter kun tiltak som har et skadeavvergende formål (jf. første ledd). I mange situasjoner vil holding være en naturlig del av omsorgen for pasienten og ikke et tvangstiltak, for eksempel hvor helsepersonell holder rundt en pasient for å trygge og trøste vedkommende. I den grad hovedformålet med et tiltak er omsorg og grensesetting (ikke skadeavverging), tiltaket er lite inngripende og pasienten ikke motsetter seg det, vil tiltaket falle utenfor bestemmelsen.

Hvis pasienten aktivt motsetter seg tiltaket verbalt og/eller fysisk tilsier dette at holdingen skal regnes som fastholding i lovens forstand. Samtidig kan et tiltak i seg selv være så inngripende at det faller inn under bestemmelsen uten at pasienten gjør motstand, for eksempel hvis en pasient blir holdt fast i lengre tid for å hindre selvskading. Situasjoner der holdingen er mindre inngripende, for eksempel der en pasient blir holdt i armen og ledet til sitt rom uten å gjøre motstand, vil derimot kunne falle utenfor.

Hvorvidt holding krever vedtak må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering der sentrale momenter vil være tiltakets formål, hvordan pasienten forholder seg til tiltaket, hvor lenge det opprettholdes og hvor inngripende det er.

Fastholding er særlig aktuelt overfor barn under 16 år på grunn av forbudet mot bruk av mekaniske tvangsmidler overfor denne gruppen ([§ 4-8 tredje ledd](#)).

Dersom man må holde en pasient for å få iverksatt de øvrige tvangsmidlene (belter, korttidsvirkende legemiddel eller isolasjon), er det ikke nødvendig å treffe et eget vedtak om kortvarig fastholding. Vedtak om et av de øvrige tvangsmidlene må altså forstås slik at det også omfatter vedtak om holding for å kunne iverksette tvangsmidlene.

[Psykisk helsevernforskriften § 26](#) fastsetter nærmere krav til gjennomføringen av tvangsmiddelbruk.

Tredje ledd fastsetter et forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler og kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør overfor pasienter under 16 år. Kun tvangsmidlene beroligende medikamenter og holding er aktuelle overfor denne pasientgruppen. Det er svært viktig å unngå bruk av medikamenter før en forsvarlig utredning og vurdering er gjort. Etter forholdene vil kortvarig fastholding kunne være et alternativ.

For å sikre forsvarlighet krever **fjerde ledd første punktum** at en pasient som underkastes et tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol kreves det at pleiepersonale er til stede i samme rom som pasienten, med mindre pasienten motsetter seg dette (**annet punktum**). I slike tilfeller må det gjennomføres kontinuerlig tilsyn, jf. første punktum.

Dersom pasienten er rusmiddelavhengig, er det viktig å ta høyde for komplikasjoner dette kan medføre i forbindelse med bruk av tvangsmiddel. Det bemerkes at det kan være farlig å beltelegge en person i abstinens og at bruk av korttidsvirkende legemiddel kan ødelegge for en pågående avrusning.

Femte ledd regulerer hvem som har kompetanse til å treffe vedtak om bruk av tvangsmidler, og retten til å klage på vedtaket.

Som hovedregel skal vedtaket treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler (§ 4-8 annet ledd bokstav c) skal treffes av lege ([psykisk helsevernforskriften § 27 annet ledd](#)). Dersom faglig ansvarlig er lege, vil det være naturlig at det er vedkommende som treffer vedtak om også denne type tvangsmidler. Dersom det er behov for å bruke legemiddel som tvangsmiddel når legen ikke er tilstede kan legen muntlig treffe vedtak og meddele dette over telefon, dersom dette vurderes faglig forsvarlig. Vedtaket må nedtegnes så snart som mulig.

I [psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd](#) er det gjort unntak fra lovens hovedregel ved at **den ansvarshavende ved avdelingen** kan treffe vedtak om bruk av tvangsmidler når en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med faglig ansvarlig ikke er mulig. Dette unntaket gjelder ikke i forhold til vedtak om korttidsvirkende legemidler (§ 4-8 annet ledd bokstav c). Slikt vedtak skal alltid treffes av lege.

I tilfeller der tvangsmidler benyttes etter vedtak fattet av ansvarshavende ved avdelingen fastsetter [psykisk helsevernforskriften § 25 annet ledd](#) at faglig ansvarlig skal underrettes så snart som mulig. Dersom ansvarshavende mener situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig må faglig ansvarlig ta stilling til om tvangsbruken skal opprettholdes. Faglig ansvarlig må da gjøre en reell vurdering av om vilkårene er oppfylt.

Femte ledd annet punktum fastsetter at vedtaket skal nedtegnes uten opphold, det vil si så snart som mulig. Vedtaket skal inneholde en konkret og tydelig begrunnelse som hvorfor faglig ansvarlig (eventuelt ansvarshavende) mener vilkårene for å anvende tvangsmidler er oppfylt, dvs. redegjørelse for hvilken skade man vil avverge og hvorfor denne ikke kan unngås uten iverksettelse av tiltaket. Vedtak med begrunnelse skal alltid journalføres.

Det kan være et spørsmål om hvor hyppig det skal treffes vedtak dersom det stadig må nyttes tvangsmidler over en lengre periode, for eksempel 2-4 ganger i døgnet, og om det kan fattes «samlevedtak» i slike situasjoner. Hvor hyppig tvangsmiddelvedtak skal treffes i en slik situasjon, må vurderes konkret. Momenter i vurderingen er hvorvidt det dreier seg om en «ny episode» eller et kontinuerlig forløp, og om tvangsmiddelet bare helt midlertidig er opphørt pga. aktiviteter for å ivareta vitale behov som toalettbesøk, næringsinntak, hygiene, hvile/søvn eller behandling. Likeledes vil ikke et kort, men mislykket, forsøk på å la tvangsmiddelet opphøre – for eksempel å slippe taket under en fastholding – anses som et opphør. Et slikt avbrudd må i praksis være av meget kort varighet.

Dersom et tvangsmiddel brukes sammenhengende i mer enn åtte timer, skal pasienten så langt det er mulig, ha en friere forpleining i kortere eller lengre tid, for eksempel løses fra belter, få påsatt belteforlengere eller gis transportbelter i stedet for belteseng. En friere forpleining innebærer ikke at vedtaket om bruk av tvangsmiddelet opphører dersom det vurderes at tvangsmiddelet fortsatt er

«uomgjengelig nødvendig» for å hindre skade. Dersom det ikke er mulig å gi friere forpleining, **skal** dette journalføres og begrunnes. Dette må gjentas hver åttende time, så lenge tiltaket vedvarer.

Når tiltaket anses opphørt, kan bruk av tvangsmidler ikke iverksettes på ny uten at vilkårene på nytt er oppfylt og det fattes nytt vedtak.

Vedtak om bruk av tvangsmidler kan påklages av pasienten selv og av dennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#), jf. femte ledd tredje punktum). Se nærmere om nærmeste pårørendes rett til informasjon om vedtaket i [psykisk helsevernforskriften § 27 annet ledd](#) med kommentarer. Klagen behandles av kontrollkommisjonen.

Pasienten har rett til å uttale seg før vedtak treffes, dersom dette er mulig, og det skal særlig legges vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang, jf. [loven 4-2 annet ledd](#). Videre skal tiltak etter [§ 4-6 første ledd](#) evalueres så snart som mulig etter at det er avsluttet, se [§ 4-2 tredje ledd](#).

Sjette ledd gir hjemmel for at bruk av tvangsmidler kan reguleres i forskrift. Dette er gjort i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. \(psykisk helsevernforskriften\) §§ 24-26](#).

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkninger [23.02.2005](#), [11/6238](#) og [15/6818](#)

1.4.11 § 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 § 3-3 fremdeles er til stede. Vurderingene skal nedtegnes i journalen.

Kongen kan gi forskrifter om slike kontrollundersøkelser.

Kommentarer til § 4-9:

Første ledd pålegger faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)) plikt til å foreta jevnlig kontrollundersøkelser av pasienter som er under tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen må ses i sammenheng med [§ 3-7 første ledd](#) som fastsetter at ingen kan holdes under tvungent psykisk helsevern uten at vilkårene i [§ 3-3](#) er oppfylt. Dette innebærer at det må foretas en fortløpende vurdering av om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Kravet om formelle kontrollundersøkelser er tatt inn som en ekstra rettsikkerhetsgaranti.

Kontrollundersøkelse skal gjennomføres minst hver tredje måned. Fristen regnes første gang fra tidspunktet for etableringen av tvungent psykisk helsevern og senere ut fra gjennomførte kontrollundersøkelser. Så lenge disse fristene overholdes er ikke noe i veien for at det fastsettes faste frister for gjennomføring av slike undersøkelser (for eksempel 1. februar, 1. mai, 1. august og 1. november).

Kravet om kontrollundersøkelse innebærer at faglig ansvarlig *selv* må foreta en personlig undersøkelse i møte med pasienten. Faglig ansvarlig kan ikke bygge sine vurderinger på informasjon fra samarbeidende/oppfølgende helsepersonell alene. På bakgrunn av undersøkelsen må faglig ansvarlig vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt ([§ 3-3](#)). Herunder må det vurderes om pasienten fortsatt mangler samtykkekompetanse, om tvungent vern fortsatt er den beste løsningen for pasienten, og om det er mulig å gjennomføre behandlingen på frivillig grunnlag. Den faglig ansvarliges vurderinger skal nedtegnes i pasientens journal.

Kontrollundersøkelser kan helt unntaksvis foregå ved bruk av videokonferanse.

Annet ledd gir hjemmel for at gjennomføring av kontrollundersøkelse kan reguleres i forskrift. Dette er gjort [psykisk helsevernforordningen § 13](#). Bestemmelsen fastsetter blant annet at vurderingen skal inneholde en redegjørelse for pasientens individuelle plan og at vurdering skal sendes i kopi til kontrollkommisjonen.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [11/3476](#).

1.4.12 § 4-10. Overføring uten samtykke

Den faglig ansvarlige kan treffe vedtak om overføring av en pasient under tvungent psykisk helsevern til opphold i eller andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i § 3-5. Det treffes likevel ikke vedtak ved overføring mellom ulike former for døgnopphold innen samme institusjon.

Overføringsvedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen innen en uke av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende. Kontrollkommisjonen prøver om vedtaket ut fra hensynet til pasienten, plasseringsalternativer og forholdene ellers fremstår som urimelig.

Vedtak om overføring settes ikke i verk før klagefristen er ute eller klagesaken er avgjort, med mindre umiddelbar overføring er strengt nødvendig eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget.

Kommentarer til § 4-10:

I **første ledd** gis anvisning på i hvilke tilfeller det skal treffes vedtak om overføring. Bestemmelsen gjelder pasienter under tvungent psykisk helsevern. Pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern kan overføres etter vedtak i medhold av [§ 5-4](#).

Ved overføring av pasient under tvungent psykisk helsevern mellom institusjoner, eller mellom ulike tvangsformer (mellom med og uten døgnopphold), skal det treffes vedtak om overføring. Dette gjelder også når pasienten samtykker til overføringen.

Ved overføring av pasienter under tvungen observasjon skal det ikke treffes vedtak om overføring. Det er imidlertid viktig å påpeke at observasjonsperioden skal være så kort som mulig, og at det kun helt unntaksvis vil være aktuelt å overføre en pasient under tvungen observasjon før vilkårene for tvunget vern er vurdert.

Det skal ikke treffes vedtak om overføring dersom pasienten har behov for midlertidig opphold i somatisk institusjon etter [§ 3-5 annet ledd](#).

Overføringsvedtaket skal grunngis, og bør inneholde særskilt begrunnelse for hvorfor pasienten skal overføres til en annen institusjon, herunder en beskrivelse av behandlingstilbudet. Overføring fra tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold medfører høyere grad av tvang for pasienten. Dette skjerper kravet til begrunnelse. Det må klart fremgå hvorfor overføring til døgnopphold anses nødvendig. Overføring til annen tvangsform vil kreve samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Overføringer mellom avdelinger innen samme institusjon faller utenfor denne bestemmelsen. Hvorvidt man har med to ulike døgninstitusjoner eller to avdelinger i samme institusjon å gjøre, må vurderes konkret. I tvilstilfeller avgjør fylkesmannen om en overføring omfattes av bestemmelsen ([psykisk helsevernforordningen § 12 første ledd](#)).

Vedtak om overføring til annen institusjon eller annen tvangsform treffes av faglig ansvarlig ved den institusjonen som har hatt ansvaret for det tvungne vernet frem til overføringsvedtaket.

Ved overføring vil det opprinnelige vedtaket om etablering av tvungent psykisk helsevern fremdeles gjelde. Det skal ikke treffes nytt vedtak om tvungent vern ved den nye institusjonen. Bestemmelsen i [§ 3-7](#) om at ingen skal holdes under tvungent psykisk helsevern uten at vilkårene etter [§ 3-3](#) er oppfylt gjør det likevel naturlig at faglig ansvarlig ved den nye institusjonen undersøker pasienten og skriver et vurderingsnotat i journal. En eventuell klage på opprettholdelse av vernet skal behandles av kontrollkommisjonen ved den nye institusjonen.

Tidspunktet for etablering av tvungent psykisk helsevern er utgangspunkt for fristene i lovens bestemmelser om kontrollundersøkelse ([§§ 4-9](#) og [3-8 annet ledd](#)), og for spørsmålet om forlengelse av tvungent psykisk helsevern ut over ett år ([§ 3-8 tredje ledd](#)). Dette antas i utgangspunktet også å gjelde for lovens 6-måneders sperrefrist for fremsettelse av ny klage ([§ 6-4 åttende ledd](#)). Overføringen vil imidlertid kunne medføre endring for pasienten som tilsier at det ikke lenger dreier seg om "tilsvarende sak" slik at klage kan fremsettes uavhengig av sperrefristen. Hvorvidt dette er tilfelle må vurderes konkret.

Det anbefales at tidspunktet for kontrollundersøkelse og klagebehandling fremgår av overføringsvedtaket eller vedlegg til dette.

Dersom en pasient begjærer seg overført til annen avdeling eller annen institusjon reguleres ikke dette av denne bestemmelsen. I disse tilfellene er reglene om retten til helsehjelp og til fritt behandlingsvalg i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2](#) aktuelle.

I **annet ledd** fremgår det at klagefristen for overføringsvedtak er én uke. Klageberettiget er pasienten og pasientens nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)). Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel ([§ 1-7](#)). Kontrollkommisjonen skal prøve om overføringen etter en helhetsvurdering fremstår som urimelig. I vurderingen bør kontrollkommisjonen se hen til at pasienter under tvungent psykisk helsevern har rett til fritt behandlingsvalg, med mindre dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungen vernet ([pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 fjerde ledd](#)).

I **tredje ledd** er det fastsatt at vedtaket ikke skal settes i verk før klagefristen er ute, eller klagesaken avgjort. Det kan gjøres unntak dersom umiddelbar overføring er strengt nødvendig, eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget. Eksempel på en situasjon hvor overføringen ikke kan vente er dersom en pasient under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold blir akutt dårligere, med behov for døgnopphold på institusjon.

Av hensyn til forutberegnelighet for pasienten og nærmeste pårørende bør på den annen side iverksettelsen av klagevedtak heller ikke utsettes for lenge. Ved utsettelse utover noen uker, kan det være aktuelt å gjennomgå saken på nytt og treffe nytt vedtak da nye forhold kan ha inntrådt.

Klage skal som hovedregel behandles av kontrollkommisjonen for institusjonen som har truffet vedtaket. Dersom pasienten er overført før klagen kommer opp, skal kommisjonen ved mottagende institusjon behandle klagen.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkninger [06/1965](#) og [11/2335](#).

1.5 Kap. 4 A. Sikkerhetstiltak i regionale

sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå

1.5.1 I. Alminnelige bestemmelser

1.5.1.1 § 4A-1. Formål

Formålet med bestemmelsene i kapitlet er å sørge for tilstrekkelig sikkerhet for pasienter, medpasienter og personell i regionale sikkerhetsavdelinger, herunder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsene skal også ivareta samfunnsvernet.

Kommentarer til § 4A-1:

Bestemmelsen angir de sentrale hensyn som ligger bak bestemmelsene i kapittel 4A.

1.5.1.2 § 4A-2. Virkeområde

Bestemmelsene i kapitlet får anvendelse i regionale sikkerhetsavdelinger, herunder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsene i [§§ 4A-8 til 4A-14](#) gjelder bare i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

Med regional sikkerhetsavdeling menes avdeling som på regionalt nivå behandler og utreder pasienter med alvorlig sinnslidelse eller mistanke om dette, og hvor det foreligger aktuell risiko for alvorlig voldelig atferd.

Med enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå menes enhet innenfor regional sikkerhetsavdeling som kan ta imot pasienter der det på grunn av særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter eller personell, er nødvendig med særlig forhøyet sikkerhet.

Departementet bestemmer om en enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal etableres ved en regional sikkerhetsavdeling.

Kommentarer til § 4A-2:

Bestemmelsen slår fast at kapittel 4A bare får anvendelse i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsen definerer hva som etter kapittel 4A menes med regional sikkerhetsavdeling og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Det er et felles kjennetegn ved pasientgrunnlaget ved de regionale sikkerhetsavdelinger at det foreligger aktuell risiko for alvorlig voldelig atferd overfor andre. Det er med andre ord en selektert og begrenset gruppe pasienter som innlegges ved landets regionale sikkerhetsavdelinger. Pasienter som ikke anses å utgjøre en slik fare skal ikke være innlagt ved regionale sikkerhetsavdelinger.

Hele kapittel 4A gjelder for enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå så langt bestemmelsene passer. Dette innebærer for eksempel at bestemmelsen i [§ 4A-4 tredje ledd](#) om undersøkelse av kroppens hulrom også gjelder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

1.5.1.3 § 4A-3. Forholdet til bestemmelsene i kapittel 4

Bestemmelsene i kapittel 4 gjelder så langt de passer, med unntak av [§ 4-6](#). I enhet med særlig

høyt sikkerhetsnivå gjelder [§ 4-3](#) kun så langt det er nødvendig med skjerming innenfor enheten.

Bestemmelsen om beslag i [§ 4-7](#) gjelder tilsvarende for gjenstander som blir funnet ved tiltak som nevnt i [§§ 4A-4, 4A-5, 4A-10](#) og [4A-12](#) i kapittelet her.

Regionale sikkerhetsavdelinger skal regnes som en egen institusjon etter §§ 4-10 og 5-4. Vedtak om overføring til regional sikkerhetsavdeling kan settes i verk uten hinder av at vedtaket er påklaget til kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 4A-3:

Bestemmelsen angir forholdet mellom bestemmelsene i kapittel 4A og bestemmelsene i kapittel 4.

Første ledd angir at bestemmelsene i kapittel 4 gjelder så langt de passer med unntak av [§ 4-6](#). Med dette menes at bestemmelsene i kapittel 4 også gjelder i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, men at bestemmelsene i kapittel 4A ved motstrid går foran bestemmelsene i kapittel 4.

Dette vil for eksempel ha betydning for bestemmelsen om skjerming i [§ 4-3](#) og bestemmelsen om samvær med andre pasienter i [§ 4A-9](#). Skjermingsbestemmelsen i [§ 4-3](#) vil med andre ord kun være aktuell i de tilfeller hvor det er flere pasienter ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Videre er det viktig at bestemmelsene i [§§ 4A-6](#) og [4A-10](#) om forbindelse med omverdenen ses i sammenheng med bestemmelsen i [§ 4-5](#) om forbindelse med omverdenen, da vilkårene for å foreta begrensninger i pasientens kontakt med omverdenen er noe forskjellig. Mens vilkårene for å begrense en pasients forbindelse med omverdenen kun er begrunnet med sikkerhetshensyn i kapittel 4A, kan begrensninger etter [§ 4-5](#) vedtas av hensyn til "sterke behandlingsmessige eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig". Behov for å vedta begrensninger i en pasients forbindelse med omverdenen av slike hensyn, vil også være tilstede i regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Bestemmelsen i [§ 4-5](#) vil således også få anvendelse her.

Andre ledd regulerer forholdet til bestemmelsen om beslag av gjenstander i [§ 4-7](#). Departementet presiserer at den type gjenstander som avdekkes som følge av kontroll etter de nevnte bestemmelsene i kapittel 4A kan beslaglegges etter [§ 4-7](#).

Tredje ledd regulerer forholdet til [§§ 4-10](#) og [5-4](#). Dette er nærmere omtalt i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 4.8.](#)

1.5.2 II. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger

1.5.2.1 § 4A-4. Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler

Det kan foretas rutinekontroll av pasientens person, rom og eiendeler ved innleggelse og før og etter opphold utenfor avdelingen, for å hindre innføring av farlige gjenstander, rusmidler, legemidler, skadelige stoffer eller rømningshjelpemidler, herunder mobiltelefon og andre kommunikasjonsmidler. Undersøkelsen kan skje ved bruk av teknisk utstyr eller hund, eller ved kroppsvitasjon.

Den faglig ansvarlige kan i tillegg vedta undersøkelse som nevnt i første ledd når det er grunn til mistanke om at slike gjenstander eller stoffer, er tilgjengelig i eller vil bli forsøkt innført i avdelingen.

Dersom det foreligger en begrunnet og sterk mistanke om at en pasient i kroppen skjuler slike gjenstander eller stoffer som nevnt i første ledd, kan faglig ansvarlig vedta at det skal foretas

kroppslig undersøkelse eller annet tiltak for å bringe gjenstanden eller stoffet frem. Tiltaket kan bare utføres av helsepersonell.

Vedtak etter annet og tredje ledd skal nedtegnes uten opphold og begrunnes. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Departementet kan gi forskrifter om gjennomføringen av tiltak som er omtalt i paragrafen her.

Kommentarer til § 4A-4:

Bestemmelsen regulerer vilkår for når og på hvilken måte undersøkelser av pasientens person, rom og eiendeler kan finne sted, samt hvilke krav som stilles til vedtak om undersøkelser og klageadgang. Det vises til nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 4.4.](#)

Tiltak etter andre og tredje ledd evalueres så snart som mulig etter at det er avsluttet. Se [§ 4-2 tredje ledd.](#)

1.5.2.2 § 4A-5. Undersøkelse av personer og gjenstander

Enhver som skal inn og ut av regional sikkerhetsavdeling kan pålegges kontroll, herunder passering av metalldetektor og visitasjon.

Det er ikke tillatt å ta med gjenstander, herunder mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler, inn og ut av regional sikkerhetsavdeling uten tillatelse fra kontrollerende personell.

Undersøkelse av gjenstander tilhørende offentlig myndighetsrepresentant, diplomatisk eller konsulær representant, advokat og den som opptrer på pasientens vegne i klagesak, må ikke medføre at konfidensielt innhold i brev eller dokumenter avsløres eller ødelegges.

Nektelse av kontrolltiltak, unndragelse eller forsøk på unndragelse fra kontrolltiltak, kan medføre avvisning.

Kommentarer til § 4A-5:

Bestemmelsen regulerer kontroll av alle som skal inn og ut av regional sikkerhetsavdeling og gjenstander, samt konsekvenser av blant annet unndragelse fra kontroll. Det vises til nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 4.5.](#)

1.5.2.3 § 4A-6. Forbindelse med omverdenen

Den som har døgnopphold i regional sikkerhetsavdeling har rett til å motta besøk, benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker.

Den faglig ansvarlige kan vedta innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen i inntil fire uker dersom det er risiko for rømning, alvorlig voldsutøvelse, innføring av rusmidler, legemidler, skadelige stoffer, rømningshjelpemidler eller farlige gjenstander eller risiko for angrep mot pasienten.

Innskrenkningene må stå i rimelig forhold til hva som er nødvendig for å ivareta sikkerheten.

Innskrenkninger kan gå ut på at:

- a) besøk må foregå med personell til stede eller med glassvegg som skiller pasient og besøkende,
- b) telefonsamtaler må forhåndsgodkjennes, kan avlyttes og avbrytes,
- c) bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler må forhåndsgodkjennes, kan overvåkes og avbrytes,
- d) post åpnes, kontrolleres og helt eller delvis kan inndras,
- e) godkjent tolk oversetter kommunikasjon, dersom denne er på et annet språk enn det personellet behersker.

Det kan i husordensreglementet fastsettes begrensninger med hensyn til hvilke tider og med hvilken varighet kommunikasjon kan finne sted.

Det kan ikke vedtas innskrenkninger i retten til å kommunisere med offentlig myndighetsrepresentant, diplomatisk eller konsulær representant, pasientens advokat, den som opptrer på vegne av pasienten i klagesak eller prest eller tilsvarende sjelesørger.

Vedtak om tiltak som nevnt i annet ledd skal nedtegnes uten opphold og begrunnes. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Departementet kan gi forskrifter om gjennomføringen av tiltak som er omtalt i paragrafen her.

Kommentarer til § 4A-6:

Bestemmelsen regulerer vilkår for å foreta innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen av sikkerhetshensyn, samt krav til vedtak om slike begrensninger og klageadgang. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 4.6.](#)

1.5.2.4 § 4A-6 a. Nattelåsing av pasientrom

Etter tillatelse fra departementet kan enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå og regionale sikkerhetsavdelinger gis adgang til å låse dør til pasientrom i tiden fra kl. 23.00 til kl. 06.00 etter en individuell vurdering av pasientens tilstand.

Tillatelse etter første ledd skal være tidsbegrenset.

Tiltak etter første ledd kan bare benyttes hvis det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, inventar eller andre ting. Tiltaket kan bare benyttes overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern og bare når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å benytte nattelåsing.

Tiltak etter første ledd kan bare benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende.

Pasient som underkastes tiltak etter første ledd, skal ha forsvarlig tilsyn av pleiepersonale.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om nattelåsing av pasientrom.

Kommentarer til § 4A-6a:

Bestemmelsen gir departementet adgang til å tillate nattelåsing av pasientrom. En slik tillatelse forutsetter en søknad, og nattelåsing kan først tas i bruk etter at en tillatelse er gitt. Virkeområdet for bestemmelsen er avgrenset til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå og regionale sikkerhetsavdelinger. Se nærmere omtale i [Prop.91 L \(2012-13\) kapittel 7](#).

1.5.2.5 § 4A-7. Krav om politiattest

Regional sikkerhetsavdeling skal kreve fremleggelse av ordinær politiattest som nevnt i [politiregisterloven § 40](#) av person som utfører eller skal utføre arbeid ved avdelingen.

Personer som utfører eller skal utføre arbeid ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, skal i tillegg legge fram utvidet politiattest i samsvar med [politiregisterloven § 41](#).

Politiattesten skal ikke være eldre enn tre måneder.

Fornyhet vandelskontroll kan foretas i samsvar med [politiregisterloven § 43](#).

Person med anmerkning på politiattesten kan ikke tilsettes ved, overføres til eller arbeide ved regionale sikkerhetsavdelinger eller enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, dersom anmerkningen kan skape tvil om vedkommende er egnet for arbeidet.

Departementet kan gi utfyllende forskrifter til bestemmelsen.

Kommentarer til § 4A-7:

Bestemmelsen fastsetter at personer som utfører eller skal utføre arbeid ved regional sikkerhetsavdeling, må gjennom en vandelskontroll. Dette skal skje ved fremleggelse av ordinær politiattest ([politiregisterloven § 40](#)). Personer som utfører eller skal utføre arbeid ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, skal i tillegg legge fram utvidet politiattest ([politiregisterloven § 41](#)). Dersom kontrollen viser anmerkninger om straffbare forhold og anmerkningen kan skape tvil om personen er egnet for arbeidet, skal vedkommende nektes å utføre arbeid ved regional sikkerhetsavdeling og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 4.7](#).

1.5.3 III. Særskilte sikkerhetstiltak i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå

1.5.3.1 § 4A-8. Vedtak om overføring til enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå

I særskilte tilfelle hvor det er særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter eller personell, kan den faglig ansvarlige vedta at pasienten skal overføres til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. I vurderingen skal det både legges vekt på sannsynligheten for en uønsket hendelse og konsekvensene av en slik hendelse, samt om en overføring står i rimelig forhold til hva som er nødvendig for å ivareta sikkerheten.

Faglig ansvarlig skal innhente politiets vurdering av sikkerheten før vedtak om overføring treffes og før pasienten tilbakeføres fra enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå til et lavere sikkerhetsnivå.

Vedtak om overføring skal nedtegnes uten opphold og begrunnes og kan bare treffes for inntil 6 måneder om gangen.

Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen. Klageretten gjelder også vedtak om forlengelse.

Vedtak om overføring kan settes i verk uten hinder av at vedtaket er påklaget til kontrollkommisjonen.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om vilkårene for overføring til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå og gjennomføringen av sikkerhetstiltak etter [§§ 4A-10 til 4A-13](#).

Kommentarer til § 4A-8:

Første ledd regulerer vilkår for overføring av pasienter til særlig høyt sikkerhetsnivå, herunder hvilke vurderinger som må foretas i den forbindelse.

Andre ledd slår fast at sikkerhetsvurdering fra politiet må innhentes i forbindelse med vedtak om overføring, forlengelse av vedtaket eller ved tilbakeføring av pasienten til et lavere sikkerhetsnivå.

Tredje ledd bestemmer at vedtak om overføring er tidsbegrenset til seks måneder og hvilke formelle krav som gjelder for vedtaket.

Fjerde og femte ledd regulerer klageretten.

Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 5.4](#).

1.5.3.2 § 4A-9. Samvær med andre pasienter

Pasienter i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal holdes adskilt fra pasienter i enheter med lavere sikkerhetsnivå.

Dersom oppholdet innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse eller behandling av og omsorg for pasienten, skal dette kompenseres med kontakt med personell og andre aktivitetstilbud.

Adskillelse som nevnt i annet ledd må stå i rimelig forhold til hva som er nødvendig for å ivareta sikkerheten.

Kommentarer til § 4A-9:

Bestemmelsen regulerer pasientene i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivås samvær med andre pasienter. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 5.6](#).

1.5.3.3 § 4A-10. Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler

I enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal undersøkelse av pasientens person og eiendeler som pasienten bringer med seg, alltid foretas ved overføring, samt før og etter utgang.

Når det er grunn til mistanke om at farlige gjenstander, rusmidler, legemidler, skadelige stoffer eller rømningshjelpemidler, herunder mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler, er tilgjengelig i eller vil bli forsøkt innført i institusjonen, skal det foretas nødvendige undersøkelser av pasientens person, rom og eiendeler.

Kommentarer til § 4A-10:

Bestemmelsen regulerer undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler i enhet med særlig høyt

sikkerhetsnivå. Det understrekes at [§ 4A-4 tredje ledd](#) om undersøkelse av kroppens hulrom også gjelder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) punkt 4.4](#) og [5.7](#).

1.5.3.4 § 4A-11. Politiets utlevering av opplysninger om personer som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå

Personer som skal utføre arbeid ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå er underlagt vandelskontroll etter [§ 4A-7](#).

Regional sikkerhetsavdeling skal innhente uttalelse fra politiet om andre personer som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, med unntak av diplomater og konsulære representanter og offentlig myndighetsperson som i lov er tillagt et særskilt ansvar for å føre tilsyn og kontroll med tvungent psykisk helsevern.

Etter anmodning fra regional sikkerhetsavdeling, skal politiet gi opplysninger om personen er siktet, tiltalt eller ilagt straff for lovbrudd med en strafferamme på fengsel i mer enn ett år, med mindre dette kan skade arbeidet med kriminalitetsbekjempelse.

Politiet kan gi tilsvarende opplysninger om straffbare forhold som er blitt utlevert av en annen stats politi- eller justismyndighet.

Personer som etter politiets opplysninger er siktet, tiltalt eller ilagt straff for lovbrudd med en strafferamme på fengsel i mer enn ett år, skal nektes adgang, med mindre anmerkningen gjelder forhold som åpenbart ikke har noen relevans for sikkerhetsvurderingen.

Departementet kan gi utfyllende forskrifter til bestemmelsen.

Kommentarer til § 4A-11:

Det fremgår av **første ledd** at vandelskontroll av personer som utfører arbeid ved enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå, er regulert i [§ 4A-7](#). Bestemmelsene i **annet til sjette ledd** gjelder for alle andre personer som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

Bestemmelsen fastsetter at regional sikkerhetsavdeling i utgangspunktet har plikt til å innhente uttalelse fra politiet om enhver person som ønsker tilgang til enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Pålegget omfatter imidlertid ikke diplomater og konsulære representanter og offentlig myndighetsperson som i lov er tillagt et særskilt ansvar for å føre tilsyn og kontroll med tvungent psykisk helsevern. Bestemmelsen angir hvilke opplysninger politiet skal utlevere til regional sikkerhetsavdeling. Personen kontrollen gjelder skal nektes adgang til enheten hvis det fremkommer opplysninger om straffbare forhold, med mindre anmerkningen gjelder forhold som åpenbart ikke har noen relevans for sikkerhetsvurderingen. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 5.8](#).

1.5.3.5 § 4A-12. Undersøkelse av personer og gjenstander

Enhver som skal inn og ut av enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal kontrolleres ved passering av metalldetektor og visiteres ved behov.

Det er ikke tillatt å ta med gjenstander, herunder mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler, inn og ut av enheten uten tillatelse fra kontrollerende personell.

Undersøkelse av gjenstander tilhørende offentlig myndighetsrepresentant, diplomatisk eller konsulær representant, advokat og den som opptre på vegne av pasienten i klagesak, må ikke

medføre at konfidensielt innhold i brev eller dokumenter avsløres eller ødelegges.

Nektelse av kontrolltiltak, unndragelse eller forsøk på unndragelse fra kontrolltiltak, skal medføre avvisning.

Kommentarer til § 4A-12:

Bestemmelsen regulerer kontroll av personer og gjenstander ved passering inn og ut av enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 5.7](#).

1.5.3.6 § 4A-13. Forbindelse med omverdenen

Opphold i enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå innebærer følgende innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen:

- a) besøk skal alltid foregå med personell til stede eller med glassvegg som skiller pasient og besøkende
- b) telefonsamtaler skal forhåndsgodkjennes og kan avlyttes og avbrytes
- c) bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler skal forhåndsgodkjennes, skal overvåkes og kan avbrytes
- d) post skal åpnes og kontrolleres og kan helt eller delvis inndras
- e) godkjent tolk oversetter kommunikasjon, dersom denne er på et annet språk enn det personellet behersker.

Innskrenkninger som nevnt i første ledd gjelder ikke retten til å kommunisere med offentlig myndighetsrepresentant, diplomatisk eller konsulær representant, pasientens advokat, den som opptrer på vegne av pasienten i klagesak og prest eller tilsvarende sjelesørger.

Vedtak om telefonavlytting og vedtak om inndragelse av post skal nedtegnes uten opphold og begrunnes. Pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 4A-13:

Bestemmelsen angir ulike innskrenkninger i pasientens forbindelse med omverdenen som gjelder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Se nærmere omtale i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapittel 5.9](#).

1.5.3.7 § 4A-14. Avvik eller lettelser i sikkerhetstiltakene

Faglig ansvarlig kan unntaksvis beslutte lettelser i tiltak som reguleres i [§§ 4A-10 til 4A-13](#). Utover dette er bestemmelsene i kapittel 4 A om sikkerhetstiltak i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå ufravikelige.

Kommentarer til § 4A-14:

Bestemmelsen gir faglig ansvarlig adgang til unntaksvis å beslutte lettelser i ulike sikkerhetstiltak i enheten. Denne adgangen er nærmere omtalt i [Prop. 108 L \(2011–2012\) kapitlene 5.3, 5.4 og 5.5](#).

1.6 Kapittel 5. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven kapittel 5 gir regler om gjennomføring av den strafferettslige særreaksjonen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Slik reaksjon kan bare idømmes av domstolene.

Vilkårene for å kunne idømmes slik særreaksjon er fastsatt i [straffeloven § 62](#).

Særreaksjon kan idømmes som reaksjon på alvorlige lovbrudd som krenker rettsgodene liv, helse eller frihet eller utsetter disse for fare. Fra 2016 kan også gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art møtes med særreaksjon. Hvorvidt lovbruddene har karakter av å være samfunnsskadelige eller særlige plagsomme, beror på en helhetsvurdering, der det ses hen til lovbruddenes samlede alvor og omfang, herunder deres karakter, hyppighet og varighet. Det er et vilkår at gjerningspersonen var utilregnelig på handlingstidspunktet, at det foreligger gjentakelsesfare og at reaksjonen må anses nødvendig for å verne samfunnet.

Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern får det psykiske helsevernet en plikt til å overta ansvaret for den domfelte, og fastsetter særreaksjonens innhold innen for rammene av psykisk helsevernloven. Retten eller påtalemyndigheten har ingen innvirkning på hvilken behandling som skal benyttes, eller på hvilket behandlingsnivå særreaksjonen skal gjennomføres. Disse er kun involvert i spørsmål om etablering, opphør og forlengelse av særreaksjonen.

Helsedirektoratet har utgitt to informasjonsskriv: [Informasjon til deg som er dømt til tvungent psykisk helsevern](#), og [Informasjon til faglig ansvarlig for person dømt til tvungent psykisk helsevern](#).

1.6.1 § 5-1. Forholdet til de øvrige bestemmelsene i loven her

Ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter [straffeloven § 62](#) gjelder bestemmelsene i loven her så langt de passer, med unntak av [§§ 3-1 til 3-4](#) og [§§ 3-7 til 3-9](#).

[Straffeloven § 65](#) gir regler om opphør av reaksjonen.

Kommentarer til § 5-1:

I **første ledd** fastsettes at psykisk helsevernloven som utgangspunkt skal gjelde så langt den passer ved særreaksjonsformen dom til tvungent psykisk helsevern. Det er imidlertid gjort unntak for enkelte bestemmelser i lovens kapittel 3, som gjelder etableringen av tvungent psykisk helsevern. Bakgrunnen for unntaket fra disse reglene er at det er fastsatt tilsvarende regler for dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i [straffeloven §§ 62](#) og [65](#).

De øvrige reglene i psykisk helsevernloven, med utdypende bestemmelser i psykisk helsevernforskriften, gjelder så langt de passer. Dette gjelder også rekkevidden av [pasient- og brukerrettighetslovens](#) bestemmelser, jf. [§ 1-5](#). Ved motstrid eller tolkningstvil må spesialreglene i kapittel 5 gå foran de øvrige bestemmelsene i loven. Ved tolkningen av bestemmelsen må det legges spesielt vekt på at bakgrunnen for oppholdet er samfunnets behov for vern mot nye alvorlige lovbrudd.

Det nevnes i denne sammenheng at reglene om rettslig overprøving i [§ 7-1 første punktum](#) ikke kommer til anvendelse overfor denne pasientgruppen, da det er fastsatt egne regler om domstolsprøvelse ved særreaksjoner i [straffeloven § 65](#). [Paragraf 7-1 annet punktum](#) (domstolsprøving av overføringer) kommer derimot til anvendelse, da dette er sagt uttrykkelig i bestemmelsen.

I **annet ledd** er det henvist til opphørsreglene i [straffeloven § 65](#). Henvisningen er kun tatt med av informasjonshensyn. En kan merke seg at det er noe ulike regler avhengig av om særreaksjonen er idømt for lovbrudd som krenker eller utsetter rettsgodene liv, helse eller frihet for fare ([straffeloven §](#)

[62 første ledd første punktum](#)) eller for for gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art ([straffeloven § 62 første ledd annet punktum](#)).

Dom på særreaksjon kan bare opprettholdes så lenge vilkår om gjentakelsesfare er oppfylt. Den domfelte, vedkommendes nærmeste pårørende og den faglig ansvarlige ved institusjonen kan begjære opphør. Ved særreaksjon for alvorlige lovbrudd som krenker eller utsetter rettsgodene liv, helse eller frihet for fare kan opphør først begjæres ett år etter at overføringsdom eller dom som nekter opphør er rettskraftig. Ved særreaksjon for gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, kan opphør begjæres seks måneder etter rettskraftig dom som nevnt foran. Det er påtalemyndigheten som fremmer opphørssak for tingretten, som treffer avgjørelsen ved dom.

Påtalemyndigheten kan til enhver tid beslutte opphør av reaksjonen. Ved særreaksjon idømt for alvorlige lovbrudd som krenker eller utsetter rettsgodene liv, helse eller frihet for fare, skal det seneste tre år etter rettskraftig dom enten besluttes opphør eller saken skal bringes inn for tingretten som avgjør om reaksjonen skal opprettholdes. Ved særreaksjon for gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, skal reaksjonen opphøre tre år etter overføringsdom – det er altså ingen forlengelsesmulighet i disse tilfellene.

1.6.2 § 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.

Kommentarer til § 5-2:

Første ledd første punktum bestemmer at det er det regionale helseforetaket i den domfeltes bostedsregion som skal avgjøre hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret for den domfelte. Ved valget av institusjon må det legges vekt på sikkerhetsmessige hensyn og at institusjonen må være egnet til å tilby den domfelte tilfredsstillende hjelp. Institusjonen må være godkjent for å kunne ha ansvar for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-5 første ledd](#)). Det nevnes i denne sammenheng at den rettspsykiatrisk sakkyndige skal uttale seg om valg av institusjon for den særreaksjonsdømte ([straffeprosessloven § 147a](#)). Ansvaret for vedtak etter loven, og for den videre behandlingen, vil i praksis bli delegert til en faglig ansvarlig for vedtak ved institusjonen der tvangsvernet skal institueres.

Forskriftshjemmelen i **annet punktum** er foreløpig ikke benyttet.

I **annet ledd** fastsettes det at reaksjonsformen skal iverksettes umiddelbart etter at dommen er rettskraftig. Dette ansvaret innebærer at det regionale helseforetaket må skjære gjennom ved organisatorisk treghet ved de mottakende institusjonene, slik at vernet kan bli iverksatt.

1.6.3 § 5-2a. Nasjonal koordineringsenhet

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern skal:

a) utarbeide og oppdatere retningslinjer for å sikre nødvendig samhandling og oppfølging mellom helse- og omsorgstjenesten og justissektoren,

b) veilede helseforetakene ved valg av behandlingssted og

c) føre oversikt som beskrevet i § 5-2b.

Kommentarer til § 5-2a:

Den nasjonale koordineringsenheten er en administrativ og permanent del av gjennomføringen av dommer til tvungent psykisk helsevern og skal sikre god samhandling mellom helse- og justissektoren.

Enheten ble etablert i 2013. Oppgaven ivaretas av Helse Sør-Øst, og er organisert under Oslo universitetssykehus HF, Regional sikkerhetsseksjon Sør-Øst, Dikemark. Mer informasjon om enhetens tilbud finnes på www.nasjonalkoordineringsenhet.no

Bestemmelsen fastsetter sentrale oppgaver for den nasjonale koordineringsenheten. Enheten har i tråd med § 5-2a bokstav a) utarbeidet [Retningslinje for samhandling ved iverksettelse og gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern](#)

1.6.4 § 5-2b. Nasjonal administrativ oversikt over tiltalte og domfelte til tvungent psykisk helsevern

Det skal etableres en nasjonal oversikt over tiltalte og domfelte til tvungent psykisk helsevern. Opplysningene kan registreres og på annen måte behandles uten samtykke fra den registrerte. Formålet med oversikten er å:

- a) gi helse- og omsorgstjenesten nødvendig informasjon for å kunne planlegge tjenestetilbudet til de domfelte,
- b) gi nødvendige opplysninger om de tiltalte og domfelte, slik at helse- og omsorgstjenesten og justissektoren kan ivareta sine lovpålagte plikter, herunder ansvaret for samfunnsvernet og
- c) gi koordineringsenheten nødvendig informasjon om tiltalte og domfelte for bedre å sikre nødvendig samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og justissektoren.

Det skal bare registreres opplysninger som er nødvendige og relevante for å oppfylle formålet.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om den nasjonale oversikten, herunder om opprettelsen, behandlingsansvaret og hvilke opplysninger som skal registreres.

Kommentarer til § 5-2b:

Ny § 5-2b gir hjemmel til etablering av et nasjonalt register med opplysninger om personer som er tiltalt eller dømt til overføring til tvungent psykisk helsevern, uten samtykke fra den opplysningene gjelder. Så lenge det er i tråd med formålet kan opplysninger gis til både justissektoren og helse- og omsorgstjenesten uten hinder av lovbestemt taushetsplikt.

Nasjonale koordineringsenhet fører oversikten. Se nærmere på www.nasjonalkoordineringsenhet.no

1.6.5 § 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 rettspsykiatriske 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 på behovet for å beskytte samfunnet mot faren for nye lovbrudd. Dersom den domfelte er dømt etter [Almindelig borgerlig Straffelov 22. mai 1902 nr. 10 § 39 nr. 1 eller 2](#) eller [straffeloven § 62 første ledd første punktum](#), skal det legges særlig vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse.

Kommentarer til § 5-3:

Bestemmelsen regulerer hvordan særreaksjonsformen skal gjennomføres.

Første ledd første punktum fastsetter at gjennomføring av særreaksjonsformen dom på overføring til tvungent psykisk helsevern alltid skal innledes av tre ukers døgnopphold i institusjon. Fristen regnes fra dommen er rettskraftig, og er uavhengig av om den dømte har vært innlagt i institusjon under saksgangen eller i eventuell varetekt.

I **første ledd annet punktum** er det fastsatt at den faglig ansvarlige for vedtak i løpet av den obligatoriske observasjonstiden bør rådføre seg med de rettspsykiatriske sakkyndige. På denne måten vil avgjørelsesgrunnlaget for den videre gjennomføringen av det psykiske helsevernet bli best mulig. De sakkyndige kan blant annet bidra med opplysninger om den særreaksjonsdømtes tilstand på gjerningstiden og frem til domfellelse, og de har også foretatt prognostiske vurderinger.

Annet ledd regulerer tiden etter den obligatoriske observasjonstiden. Etter dette tidspunktet er det opp til den faglig ansvarlige for vernet å avgjøre hvordan særreaksjonen til enhver tid skal gjennomføres. Reaksjonen kan gjennomføres enten i form av tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold ([§ 3-5](#)). Den faglig ansvarlige avgjør hvilken avdeling som skal være ansvarlig, og om for eksempel et tvungent vern i form av døgnopphold skal finne sted i åpen eller lukket avdeling.

Annet ledd annet og tredje punktum angir hvilke hensyn den faglig ansvarlige skal legge vekt på ved vurderingen av hvordan særreaksjonen skal gjennomføres. Det skal både legges vekt på behandlingshensynet og behovet for å beskytte samfunnet mot ny kriminalitet. Dersom den domfelte er idømt særreaksjon for alvorlige lovbrudd som krenker eller utsetter rettsgodene liv, helse eller frihet for fare ([straffeloven § 62 første ledd første punktum](#)), er sikkerhetshensynene sterkere enn for gruppen dømt for lovovertridelser av samfunnsskadelig og plagsom art. Ved vurderingen av gjennomføringen for førstnevnte gruppe, skal faglig ansvarlig derfor legge **særlig** vekt på behovet for samfunnsbeskyttelse. I slike tilfeller har samfunnsvernens hensynet prioritet foran behandlingshensynet. Ved valg av behandlingsform må det vurderes hvilken risiko det vil innebære dersom den domfelte får friere forhold. På den annen side må den faglig ansvarlige for vernet våge å prøve nye behandlingsformer, slik at den domfelte gradvis får større frihet, noe som kan gjøre tilbakeføring til samfunnet enklere.

Dersom domfelte ikke lenger er alvorlig sinnslidende eller ikke trenger behandling for å unngå å bli alvorlig sinnslidende igjen, kan det bli aktuelt med overføring til kriminalomsorgen.

1.6.6 § 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 [§ 3-5](#), påklages til kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen prøver om vedtaket ut fra hensynet til den domfelte, plasseringsalternativer og forholdene ellers fremstår som urimelig. Vedtakene meddeles de klageberettigede, som er den domfelte selv, hans eller hennes nærmeste pårørende 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.

Kommentarer til § 5-4:

Første ledd første punktum fastsetter at alle vedtak om overføringer som treffes etter den obligatoriske observasjonsperioden ([§ 5-3](#)) kan påklages til kontrollkommisjonen. Med overføring menes i denne sammenheng overføring mellom institusjoner og mellom de to formene for tvungent psykisk helsevern (kommentarene til [§ 4-10](#)). Kontrollkommisjonens vedtak kan bringes inn for domstolene etter reglene i [§ 7-1](#).

Første ledd annet punktum angir hva som skal være vurderingstemaet ved kontrollkommisjonens behandling av slike klager. Vurderingstemaet er det samme som ved behandling av klager etter [§ 4-10](#), og det vises derfor til kommentarene til den bestemmelsen. I disse tilfellene skal det imidlertid i tillegg ses hen til behovet for samfunnsvern, jf. den faglig ansvarliges vurdering i henhold til [§ 5-3](#).

Første ledd tredje punktum angir hvem som kan fremsette slik klage som nevnt i første punktum - den domfelte selv, hans eller hennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#)) og påtalemyndigheten. De klageberettigede skal informeres om at vedtaket er truffet. Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel ([§ 1-7](#)).

Annet ledd regulerer adgangen til å iverksette vedtak om overføring fra døgnopphold til uten døgnopphold og fra en institusjon til en annen. Slike vedtak kan ikke settes i verk før klagefristen er ute eller eventuelt alle de klageberettigede har akseptert vedtaket. Dette er begrunnet i hensynet til samfunnsvernet. For vedtak om overføring fra tvungent vern uten døgnopphold til med døgnopphold gjelder det ikke noen slik begrensing.

Klagefristen er tre uker ([forvaltningsloven § 29](#)).

Annet ledd annet punktum: Dersom vedtak som nevnt i første punktum påklages, kan det som utgangspunkt ikke iverksettes før kontrollkommisjonen har truffet vedtak i saken. Det er imidlertid gjort unntak for tilfeller der den domfeltes tilstand anses å gjøre rask overføring anses som "uomgjengelig nødvendig". Dette må forstås slik at det skal mye til, slik at unntak bare kan gjøres i situasjoner av nødrettslignende karakter.

Klage skal som hovedregel behandles av kontrollkommisjonen for institusjonen som har truffet vedtaket. Dersom pasienten er overført før klagen kommer opp, skal kommisjonen ved mottagende institusjon behandle klagen.

1.6.7 § 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.

Kommentarer til § 5-5:

Bestemmelsen omhandler de klageberettigedes (§ 5-4) adgang til å begjære endringer i gjennomføringen av særreaksjonen. Adgangen er begrenset til vedtak nevnt i § 5-4. Dersom slik begjæring ikke tas til følge, kan den faglig ansvarliges vedtak om ikke å iverksette et tiltak påklages til kontrollkommisjonen.

I **annet punktum** er det satt begrensinger i adgangen til å fremsette ny klage i tilfeller der en av de

klageberettigede har fremsatt klage til kontrollkommisjonen uten å få medhold. I slike tilfeller kan ingen av de klageberettigede fremsette tilsvarende klage på nytt før seks måneder etter at kontrollkommisjonen sist traff vedtak i saken. Adgangen til å fremsette ny klage vil derimot ikke være begrenset dersom det oppgis nye omstendigheter som setter saken i et nytt lys.

1.6.8 § 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 § 20](#) første ledd bokstav b og d. Vilkåret om gjentakelsesfare i [straffeloven § 62](#) annet og tredje ledd 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 § 62](#) annet og tredje ledd ikke er oppfylt, skal reaksjonen opphøre, jf. [straffeloven § 65](#).

Kommentarer til § 5-6:

Første ledd regulerer vilkårene for å overføre den særreaksjonsdømte til anstalt under kriminalomsorgen. Sinnstilstanden må ikke lenger være som beskrevet i [straffeloven § 20 første ledd bokstav b og d](#), og det må fremdeles være fare for nye lovbrudd, slik dette vilkåret er beskrevet i [straffeloven § 62 annet og tredje ledd](#). Det må videre foreligge "særlige grunner" som taler for en overføring. Ekstraordinære forhold må gjøre et opphold i det psykiske helsevernet klart urimelig. Ved vurderingen må det legges vekt på hvor lang tid det er gått siden dommen ble avsagt, graden av farlighet, hvilke alternativer til overføringer som finnes, og hvordan et fengselsopphold må antas å virke.

Ved farlighetsvurderingen bør det legges særlig vekt på om hendelser etter domstidspunktet bekrefter farligheten. Vurderingstemaet er om lovbrøyteren er farlig også i tilregnelig tilstand. Først da kan det være aktuelt med overføring til fengselsanstalt. Dersom den særreaksjonsdømte har begått nye straffbare handlinger i tilregnelig tilstand og vilkårene for forvaring er oppfylt, må det vurderes å reise forvaringssak i stedet for å begjære overføring. Overføring etter denne bestemmelsen vil derfor være mest aktuell i de særlige tilfellene der det er tilstrekkelig grunnlag for å konstatere gjentakelsesfare uten at vilkårene for å reise forvaringssak er oppfylt.

Det er den faglige ansvarlige som kan begjære overføring. For å sikre at det psykiske helsevernets syn kommer fram i saken, bør den faglig ansvarlige regelmessig føres som vitne i overføringssaker.

Bestemmelsen er i juridisk teori blitt kritisert for mulig å være i strid med [Den europeiske menneskerettskonvensjonen \(EMK\) art 5](#). Høyesterett har avsagt en dom på slik overføring (Rt-2011-1389). Høyesterett kom her til at en overføring ville kunne skje uten å være i strid med EMK (Aslak Syse: Dømt til behandling – Frikjent til fengsel, Nytt i strafferetten nr. 1 for 1997 s 43. flg)

I **tredje ledd** er det fastsatt enklere saksbehandling dersom retten i en overføringssak mener at vilkårene for å opprettholde reaksjonen ikke lenger er til stede. Domstolen kan da beslutte opphør av reaksjonen uten at det er nødvendig med en egen begjæring om dette.

Det er kriminalomsorgen som avgjør hvilken anstalt den særreaksjonsdømte skal overføres til.

1.6.9 § 5-6a. Opplysninger til påtalemyndigheten og retten

Uten hinder av lovbestemt taushetsplikt skal den faglig ansvarlige gi påtalemyndigheten og retten de opplysninger som er nødvendige for å vurdere om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, jf. [straffeloven § 65](#), og om besøksforbud bør nedlegges, jf. [straffeprosessloven § 222a](#).

Den domfelte skal informeres, om mulig på forhånd, om hvilke opplysninger som gis etter første ledd.

Kommentarer til § 5-6a:

Første ledd fastsetter opplysningsplikt overfor retten og påtalemyndigheten. Den faglig ansvarlige skal uten hinder av taushetsplikt gi de opplysninger som er relevante og nødvendige for at disse instansene kan vurdere om tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes ([straffeloven § 65](#)) og om det skal nedlegges besøksforbud ([straffeprosessloven § 222 a](#)).

Opplysningene skal gis etter anmodning fra påtalemyndigheten eller retten, men faglig ansvarlig har også en plikt til å gi relevante og nødvendige opplysninger av eget tiltak. Dette kan for eksempel være opplysninger om endringer som tilsier at særreaksjonen bør opphøre. Det kan også være at faglig ansvarlig i vurderingen av hvordan særreaksjon bør gjennomføres, får opplysninger som tilsier at besøksforbud kan være et hensiktsmessig tiltak.

Annet ledd bestemmer at den om mulig på forhånd skal informeres om hvilke opplysninger som gis til påtalemyndigheten og retten.

Det vises for øvrig også til [helsepersonelloven § 29 a](#) om unntak fra taushetsplikten i forbindelse med utvisning av særreaksjonsdømte utlendinger. Lovbestemt taushetsplikt ikke er til hinder for at helsepersonell gir utlendingsmyndighetene nødvendige opplysninger til bruk i en utvisningssak, jf. første ledd.. Bestemmelsen korresponderer med [utlendingsloven § 72 annet ledd](#), som pålegger utlendingsmyndighetene å innhente uttalelse fra faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)) om gjennomføringen av særreaksjonen og fare for nye lovbrudd. Med utlendingsmyndighet menes også politiet som utlendingsmyndighet. Andre organers, for eksempel NAV, behov for opplysninger er derimot ikke omfattet av unntaket i [helsepersonelloven § 29 a](#). Taushetsplikten er heller ikke til hinder for at det gis nødvendige opplysninger til helse- og omsorgstjenesten i mottakerstaten, slik at den skal kunne vurdere den utvistes behov for helsemessig oppfølging eller for få underlegges behandling som beskytter samfunnet mot gjentakelsesfare, jf. annet ledd. Det understrekes at det må foretas en konkret vurdering ved utveksling av opplysninger, slik at ikke utlendingens sikkerhet settes i fare ved tilbakekomsten.

Praktisk

Se også [Helsedirektoratets brev 16/19205](#)

1.6.10 § 5-6b. Opplysninger til nasjonal koordineringsenhet

Den faglig ansvarlige og påtalemyndigheten skal uten hinder av taushetsplikt gi koordineringsenheten opplysninger som skal registreres i henhold til [psykisk helsevernloven § 5-2b](#).

Den tiltalte eller domfelte skal informeres, om mulig på forhånd, om hvilke opplysninger som gis etter første ledd.

Kommentarer til § 5-6b:

Første ledd fastsetter opplysningsplikt til koordineringsenheten. Bestemmelsen pålegger en

likelydende opplysningsplikt for påtalemyndigheten og faglig ansvarlig innenfor psykisk helsevern. Innholdet i plikten vil imidlertid være styrt av hvilke opplysninger registeret skal ha fra de enkelte instansene i samsvar med formålet i [§ 5-2b](#).

Annet ledd bestemmer at den om mulig på forhånd skal informeres om hvilke opplysninger som gis til koordineringsenheten.

Se nærmere på nettsiden www.nasjonalkoordineringsenhet.no

1.6.11 § 5-6 c. Varsel til fornærmede og etterlatte

Dersom det er av betydning for fornærmede i straffesaken eller dennes etterlatte, skal den faglig ansvarlige gi fornærmede eller etterlatte informasjon om vedtak som nevnt i [§§ 5-2 og 5-4](#). Varslingsplikten omfatter også informasjon om overføring mellom ulike sikkerhetsnivåer innen samme institusjon. Dersom det er av særlig betydning for fornærmede eller etterlatte, skal den faglig ansvarlige også varsle om tidspunkt for enkeltpermisjoner.

Dersom det er av betydning for fornærmede i straffesaken eller dennes etterlatte å få kjennskap til at domfelte unndrar seg gjennomføring av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige så snart som mulig varsle fornærmede eller dennes etterlatte om unndragelsen.

Dersom det er av betydning for fornærmede i straffesaken eller dennes etterlatte å få kjennskap til tidspunktet for opphør av dom på tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige varsle fornærmede eller dennes etterlatte på forhånd.

Lovbestemt taushetsplikt er ikke til hinder for at den faglig ansvarlige gir opplysninger etter første til tredje ledd til den fornærmede eller dennes etterlatte. Lovbestemt taushetsplikt er heller ikke til hinder for at den faglig ansvarlige og påtalemyndigheten utveksler nødvendige opplysninger av betydning for varsling etter første til tredje ledd.

Bestemmelsene i første til tredje ledd gjelder bare så langt fornærmede eller dennes etterlatte ønsker slik varsling, og så langt hensynet til domfeltes sikkerhet blir tilstrekkelig ivaretatt.

Domfelte, fornærmede og dennes etterlatte kan påklage vedtak om varsling etter første og tredje ledd til Fylkesmannen.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om varslingsplikten etter første til fjerde ledd.

Kommentarer til § 5-6c:

Bestemmelsen pålegger faglig ansvarlig å varsle fornærmede eller etterlatte om nærmere angitte vedtak og hendelser som medfører risiko for at de vil treffe på den domfelte.

Første ledd første punktum pålegger faglig ansvarlig å gi fornærmede i straffesaker eller dennes etterlatte opplysninger om vedtak som nevnt i [§§ 5-2 og 5-4](#). Det vil for det første si opplysninger om vedtak om hvilken institusjon som skal ha behandlingsansvaret for den domfelte ([§ 5-2](#)). For det andre vil det si opplysninger om vedtak om overføringer av domfelt fra døgnopphold i institusjon til døgnopphold utenfor institusjon og fra døgnopphold i en institusjon til døgnopphold i en annen institusjon ([§ 5-4](#)). I denne sammenheng regnes regional sikkerhetsavdeling som egen institusjon, slik at overføringer til/fra regional sikkerhetsavdeling omfattes av varslingsplikten. Etter **annet punktum** omfatter varslingsplikten også overføring mellom ulike sikkerhetsnivåer innen samme institusjon.

En forutsetning for varslingsplikt etter første og annet punktum at det er av betydning for fornærmede eller dennes etterlatte å få kjennskap til avgjørelsene og hendelsene som varslingsplikten gjelder.

Hvert enkelt tilfelle må vurderes konkret. Det vil som utgangspunkt være av betydning å bli varslet dersom avgjørelsen eller hendelsen innebærer en endring i risikoen for at de kan treffe på domfelte utenfor institusjonen, slik at fornærmede eller etterlatte kan forberede seg på dette. Forholdet mellom domfelte og fornærmede eller etterlatte må vurderes, i tillegg til hvor sannsynlig det er at de vil treffe på hverandre. Også geografisk avstand mellom partene og praksis for utganger og permisjoner for den enkelte institusjonen mv. vil være relevante momenter. Premissene i dommen i den aktuelle straffesaken kan også gi nyttig veiledning. Det må også legges stor vekt på fornærmede og etterlattes syn på betydningen av å få et varsel.

Videre pålegger **tredje punktum** å varsle om tidspunkt for enkeltpermisjoner. Vilåret er at det er av *særlig* betydning for fornærmede eller dennes etterlatte å få kjennskap til permisjonen. Det er altså lagt en høyere terskel for varsling av permisjoner, da varsling av hver eneste enkeltpermisjon kan innebære unødig byråkratisering og uro hos fornærmede og etterlatte. Varighet av permisjon og geografisk avstand kan være momenter av betydning. Faglig ansvarlig bør generelt orientere fornærmede og etterlatte om permisjons- og utgangspraksis samtidig som det varsles om overføring mellom institusjoner og nivåer.

Etter **annet ledd** inntre varslingsplikten dersom det er av betydning for fornærmede i straffesaken eller dennes etterlatte å få vite at domfelte unndrar seg gjennomføring av dom. Det vil for eksempel omfatte rømning og at domfelte ikke har kommet tilbake etter permisjon. Ved vurderingen av betydningen av å varsle, må det blant annet legges vekt på tidsperspektivet, for eksempel hvor lang tid det er gått siden domfelte skulle vært tilbake etter permisjon.

Tredje ledd pålegger varsling dersom det er av betydning for fornærmede i straffesaken eller dennes etterlatte å få kjennskap til tidspunktet for opphør av dom på tvungent psykisk helsevern. Dette presiseres i lovteksten at dette varslat skal gis på forhånd. Dette innebærer at varsel kan bli gitt før avgjørelsen er endelig. I så fall må det informeres om at avgjørelsen kan bli endret.

De som skal varsles etter første til tredje ledd er fornærmede eller dennes etterlatte. Begrepet «etterlatte» skal forstås slik at det omfatter avdødes ektefelle, samboer, barn, foreldre eller søsken. Det er tilstrekkelig at en av de nærmeste varsles.

Dersom adressen til fornærmede eller etterlatte ikke er tilgjengelig for helsetjenesten, for eksempel på grunn av hemmelig eller skjermet adresse, kan politiet anmodes om å bistå med varsling.

Varslingsplikten påligger den faglig ansvarlige ([§ 1-4](#)). Dersom faglig ansvarlig ikke kjenner til hvem som er fornærmet eller etterlatte i straffesaken, må vedkommende innhente opplysninger om dette fra påtalemyndigheten. I den grad påtalemyndigheten har kjennskap til forhold som gjør det utilrådelig å gjennomføre varsling, må påtalemyndigheten formidle det til faglig ansvarlig.

Fjerde ledd første punktum bestemmer at taushetsplikt ikke er til hinder for at faglig ansvarlig gir opplysninger etter første til tredje ledd til fornærmede eller etterlatte. I forbindelse med varselet er det ofte nødvendig å gi utfyllende informasjon av betydning for fornærmede og etterlattes risiko for å treffe på domfelte, for eksempel praksis for utganger og permisjoner ved den aktuelle institusjonen eller det aktuelle sikkerhetsnivået. Videre bestemmer **annet punktum** at taushetsplikten ikke er til hinder for at faglig ansvarlig og påtalemyndigheten utveksler nødvendige opplysninger av betydning for varslingen. For eksempel kan påtalemyndigheten og politiet ha informasjon om hvilken betydning varslingen kan ha for fornærmede og etterlatte og om varslingen kan få konsekvenser for den domfeltes sikkerhet

Etter **femte ledd** er det en forutsetning for at varslingsplikten skal inntre at den fornærmede eller etterlatte selv ønsker å bli varslet. Dette betyr imidlertid ikke at den fornærmede eller etterlatte må ta initiativet til at det skal varsles. Det fremgår videre at hensynet til domfeltes egen sikkerhet må tillegges vekt ved vurdering av om det skal gis varsel. Dersom det foreligger fare for hevnaksjoner o.l. mot domfelte, må hensynet til domfeltes sikkerhet avveies mot den velferdsmessige betydningen for

fornærmede og etterlatte.

Sjette ledd inneholder bestemmelser om klageadgang på vedtak etter første og tredje ledd. Når fornærmede og etterlatte har ønsket å bli varslet, vil også beslutning om å nekte varsling være et enkeltvedtak. Klageberettiget er domfelte, fornærmede og etterlatte. Varsel om at domfelte har unndratt seg gjennomføring, jf. annet ledd, kan ikke påklages.

Klage behandles av fylkesmannen.

Faglig ansvarlig eller fylkesmannen kan beslutte at vedtak om varsling ikke skal iverksettes før klagefristen er ute eller klagen er avgjort ([forvaltningsloven § 42](#)). Hvis det ikke er truffet beslutning om utsatt iverksetting, kan fornærmede eller dennes etterlatte varsles straks vedtaket er fattet.

Varselet bør gis skriftlig, men kan unntaksvis gis muntlig. Det skal uansett gis i så god tid at fornærmede eller dennes etterlatte kan innrette seg etter det. Det må framgå uttrykkelig av varselet at mottakeren kan reservere seg mot ytterligere varsel i fremtiden.

Forskriftshjemmelen i **sjunde ledd** er foreløpig ikke benyttet.

1.6.12 § 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 § 65](#) om opphør av reaksjonen så langt de passer. I stedet for opphør kan retten i slike tilfeller beslutte prøveløslatelse etter reglene i [straffeloven §§ 44 og 45](#).

Kommentarer til § 5-7:

Denne bestemmelsen inneholder regler om opphør av særreaksjonen når den særreaksjonsdømte er blitt overført til anstalt under kriminalomsorgen. Av **første punktum** går det fram at opphør skal skje etter reglene i [straffeloven § 65](#).

I **andre punktum** er det bestemt at retten i stedet for opphør, kan beslutte prøveløslatelse etter de reglene som gjelder ved forvaring, jf [straffeloven §§ 44 og 45](#). Bakgrunnen for dette er at det ikke vil være mulig med en gradvis overgang til frihet på samme måte som da vedkommende utholdt særreaksjonen i det psykiske helsevernet. Situasjonen har mer til felles med de forvaringsdømtes. Det må foretas en konkret vurdering av hvilket behov det er for å ha kontroll over den særreaksjonsdømte i en prøvetid, eventuelt på spesielle vilkår.

1.6.13 § 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 § 20](#) første ledd bokstav b og d, skal den domfelte tilbakeføres til tvungent psykisk helsevern.

Ved uenighet om vilkåret for tilbakeføring er oppfylt, bringes saken inn for Sosial- og helsedirektoratet¹ for avgjørelse.

Kommentarer til § 5-8:

I **første ledd** fastsettes at dersom den særreaksjonsdømte igjen kommer i en tilstand som beskrevet i [straffeloven § 20 første ledd bokstav b og d](#), skal den særreaksjonsdømte tilbakeføres til det psykiske

helsevern. Tilbakeføring til psykisk helsevern *kan* også skje i andre tilfeller, dersom det psykiske helsevernet og kriminalomsorgen bli enige om det.

Av **annet ledd** følger det at uenighet om vilkåret er oppfylt skal avgjøres av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal bare prøve om lovbrysterens sinnstilstand igjen omfattes av utilregnelighetsreglene. Det skal ikke foretas noen skjønnsmessig vurdering av om tilbakeføring bør skje.

1.6.14 § 5-9. Forskrifter

Kongen kan gi forskrifter om gjennomføringen av dom på overføring til tvungent psykisk helsevern etter dette kapitlet.

Kommentarer til § 5-9:

I [psykisk helsevernforskriften §§ 12, 48](#) og [52](#) omtales vedtak om overføringer etter psykisk helsevernloven § 5-4.

1.7 Kapittel 6. Kontroll og etterprøving

1.7.1 § 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 pårørende eller personalet. Finner den forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Fylkesmannen.

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.

Kommentarer til § 6-1:

Første ledd fastsetter at det ved institusjon der noen er underlagt psykisk helsevern, skal være en kontrollkommisjon som kan treffe de avgjørelser som i lov og forskrift er lagt til kontrollkommisjonen.

Med psykisk helsevern menes alle enheter i spesialisthelsetjenesten som yter helsehjelp for psykiske lidelser ([§ 1-2](#)).

Dette innebærer at det skal være en kontrollkommisjon knyttet til alle enheter (institusjoner og avdelinger) i spesialisthelsetjenesten hvor det er tillagt kontrollkommisjonen å treffe avgjørelser. I praksis vil dette være ved alle døgnenheter i spesialisthelsetjenesten og dagenheter/poliklinikker i spesialisthelsetjenesten som er godkjent for å ha ansvar for tvungent vern.

Poliklinikker som ikke har ansvar for tvungent vern, skal som utgangspunkt ikke ha kontrollkommisjoner tilknyttet seg. Dette vil blant annet være tilfelle for en del barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som har ansvar for døgnkontinuerlig arenafleksibel

behandling, skal ha en kontrollkommisjon, da slik behandling sidestilles med behandling i døgnenhet.

Etter endring i [§ 4-6 første ledd](#) i 2016 er adgangen til å foreta undersøkelser av eiendeler og rom, samt kroppsvisitasjon, ved begrunnet mistanke, utvidet til å gjelde aller typer institusjoner i psykisk helsevern. Vedtak etter [§ 4-6 første ledd](#) kan påklages til kontrollkommisjonen. Dette innebærer at også dagenheter/poliklinikker som ikke har ansvar for tvungent vern, må ha en kontrollkommisjon tilknyttet seg, dersom de som praktiserer undersøkelser av eiendeler og/eller kroppsvisitasjon ved mistanke.

Kontrollkommisjonenes hovedoppgave er å sikre den enkelte pasients rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Gjennom ulike bestemmelser i loven er det fastsatt at kommisjonene skal drive egeninitiert kontroll med vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern og behandle klager på vedtak truffet med hjemmel i loven. Kontrollkommisjonenes virksomhet er også regulert i [psykisk helsevernforordningen §§ 43-69](#).

Helsedirektoratet har utgitt [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet](#), brosjyrene [Velkommen som medlem av kontrollkommisjon](#) og [Informasjonsskriv til medlemmer av kontrollkommisjonen](#). Det er også utarbeidet [maler for kontrollkommisjonsvedtak](#).

Annet ledd: Kontrollkommisjonen skal føre den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd. Kontrollen skal foretas "i den utstrekning det er mulig", og denne oppgaven anses derfor som sekundær i forhold til oppgavene som omtales i første ledd.

Kontrollkommisjonens velferdskontroll er nærmere regulert i [psykisk helsevernforordningen § 63](#) som er omtalt i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 12](#).

Kontrollkommisjonen har ikke kompetanse til å treffe bindende vedtak eller gi pålegg i saker vedrørende pasientens generelle velferd. Dersom kontrollkommisjonen avdekker alvorlige forhold ved institusjonen skal den varsle Fylkesmannen. Andre forhold kan tas opp med sykehusets ledelse eller faglig ansvarlig.

Tredje ledd: Departementets myndighet til å oppnevne kontrollkommisjonens medlemmer er delegert til landets Fylkesmenn. Se [Rundskriv for fylkesmennene vedrørende oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet](#).

Helsedirektoratet beslutter hvilke institusjoner den enkelte kontrollkommisjon skal ha ansvaret for, etter forslag fra fylkesmannen.

Fjerde ledd: Departementet har et overordnet ansvar for at kontrollkommisjonsordningen fungerer tilfredsstillende. Den nærmere faglige og praktiske oppfølgingen av kommisjonene utføres av Helsedirektoratet.

1.7.2 § 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.

Kommentarer til § 6-2:

Første ledd regulerer hvordan kontrollkomisjonene skal være sammensatt.

Annet ledd bestemmer at det enkelte kontrollkomisjonsmedlemmet oppnevnes for en periode på fire år. Ingen kan gjenoppnevnes mer enn én gang i samme kontrollkomisjon. Det vil si at vedkommende kan sitte sammenhengende 4+4 år i samme kommisjon. Etter å ha vært ute av kontrollkomisjonen en periode, kan likevel samme medlem gjenvelges på nytt.

Tredje ledd fastsetter krav til habilitet, og innebærer at personer som er ansatt hos eksempelvis fylkesmannen eller ved institusjon kontrollkomisjonen har ansvar for, ikke kan oppnevnes som medlemmer av kontrollkomisjonen.

Se nærmere om kvalifikasjonskrav til og gjenoppnevning av medlemmene i [Rundskriv for fylkesmennene vedrørende oppnevning av medlemmer til kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet](#)

1.7.3 § 6-3. Kontrollkomisjonens uavhengighet

Kontrollkomisjonen er uavhengig i sin virksomhet.

Lederen skal påse at kommisjonen ikke følger arbeidsrutiner som undergraver kommisjonens uavhengighet.

Kommentarer til § 6-3:

Bestemmelsen presiserer kontrollkomisjonens uavhengige stilling i forhold til pasienter og institusjonens personale. Kontrollkomisjonenes uavhengige stilling innebærer at den ikke kan instrueres av overordnet myndighet i enkeltsaker. Kontrollkomisjonenes avgjørelser kan bare overprøves av domstolene ([§ 7-1](#)).

1.7.4 § 6-4. Særlige saksbehandlingsregler

Før kontrollkomisjonen avgjør sak om tvungen observasjon, 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.

Kontrollkomisjonen skal sørge for at saken blir best mulig opplyst. Enhver har plikt til å møte for kommisjonen som vitne eller sakkyndige etter reglene i [tvisteloven kapittel 24 og 25](#).

Kontrollkomisjonen 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 kontrollkomisjonen finner det tilrådelig, gjelder dette også pasienten selv eller den som handler på hans eller hennes vegne.

Kontrollkomisjonen skal prøve alle sider av saken.

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. Har saken vært prøvd for retten etter reglene i [tvisteloven kapittel 36](#), kan det ikke framsettes slik klage for kontrollkommisjonen før det er gått minst seks måneder etter at dommen ble rettskraftig.

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.

Kommentarer til § 6-4:

Bestemmelsen oppstiller særskilte saksbehandlingsregler for klagesaker knyttet til tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, samt overføring ([§§ 3-2, 3-3, 3-7, 4-10, 5-4](#)). Forvaltningslovens generelle regler kommer til anvendelse (§ 1-6), men saksbehandlingsreglene i § 6-4 går foran som spesiallov. Reglene er nærmere omtalt i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 11](#).

For andre vedtak enn de som er eksplisitt angitt i bestemmelsens første ledd gjelder saksbehandlingsreglene i [forvaltningsloven \(§ 1-6\)](#).

Første ledd fastsetter at pasienten eller den som handler på dennes vegne - det vil si pasientens advokat eller fullmektig - skal gis anledning til å uttale seg før kontrollkommisjonen treffer vedtak. Disse har også anledning til å uttale seg der en sak behandles på grunnlag av klage fra offentlig myndighet (for eksempel [§ 3-3 a tredje ledd](#)). Pasienten har imidlertid ikke møte- eller forklaringsplikt, men dersom pasienten ikke ønsker å møte, må kontrollkommisjonen påse at pasienten er gitt nødvendig informasjon og rådgivning av sin advokat, herunder at det generelt ikke vil være til pasientens fordel å utebli fra møtet.

Bestemmelsen må ses i sammenheng med [forvaltningsloven § 16](#) om forhåndsvarsling. Selv om pasientens nærmeste pårørende ikke er gitt særskilt uttalerett i sak vedkommende ikke selv har anlagt, kan det i noen tilfeller være grunn til å innhente slik uttalelse for å sikre sakens opplysning (§ 6-4 annet ledd). Innhentingen må imidlertid skje i tråd med reglene om taushetsplikt.

Bestemmelsens **annet, tredje og fjerde ledd** inneholder saksbehandlingsregler som gir klageren sterkere partsstilling enn hva som følger av forvaltningsloven.

Annet ledd første punktum pålegger kontrollkommisjonen å påse at saken blir best mulig opplyst. Det kan for eksempel være aktuelt å innhente opplysninger fra politiet eller barnevern for å underbygge eller avkrefte antakelser om at pasienten er til fare for andres liv og helse. Kontrollkommisjonen har adgang til å gi andre forvaltningsorganer tilstrekkelig med opplysninger til at kontrollkommisjonen kan få utlevert relevante og nødvendige opplysninger fra disse organene, jf. [forvaltningsloven § 13b nr. 5](#).

Kontrollkommisjonen er i denne typen saker også gitt forsterket mulighet til å sikre opplysning av saken, ved at det er fastsatt møteplikt for vitner og sakkyndige, og adgang til å begjære bevisopptak for tingretten, jf. **annet ledd annet punktum og tredje ledd**. På samme måte som ved domstolprøving av tvungent psykisk helsevern, kan det ved kommisjonens behandling være aktuelt å

oppnevne sakkyndig, for eksempel dersom det er tvil om hovedvilkåret. Denne muligheten benyttes i liten grad av kontrollkommisjonene i dag. Kommisjonen må også vurdere å oppnevne vitner der dette er nødvendig for å få belyst saken tilstrekkelig. Det vil for eksempel kunne være fastlege, ansatt fra psykisk helsetjeneste i kommunen eller politiet.

Fjerde ledd: Pasientens advokat har rett til å gjøre seg kjent med alle opplysninger i saken. Pasienten og eventuell annen fullmektig har rett til dette i den utstrekning kontrollkommisjonen finner det tilrådelig. Annen klager (nærmeste pårørende eller eventuelt begjærende offentlig myndighet ([§ 3-6 første ledd](#), jf. [§ 1-3](#)) skal ha informasjon i samsvar med reglene om taushetsplikt ([forvaltningsloven § 13 flg.](#)). Se også kommentarer til [psykisk helsevernforskriften § 10 tredje ledd](#).

Femte ledd: Kontrollkommisjonen skal foreta rettslig prøving av om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og **plikter** i denne sammenheng å prøve **alle** sider av saken. Dette innebærer at den faglig ansvarliges vurdering kan og skal overprøves fullt ut, og at kontrollkommisjonen også skal prøve relevante forhold som ikke er påberopt av klageren.

Kontrollkommisjonen skal i klagesaksbehandling ta stilling til anførsler om brudd på menneskerettighetene og også ellers vurdere dette dersom forholdene i saken gir grunn til det.

Kontrollkommisjonen kan kun overprøve spørsmålet om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon, samt overføring. Kontrollkommisjonen kan ikke overprøve det nærmere innholdet i det tvungne vernet, for eksempel hvilken form for tvungent vern en pasient skal være underlagt eller om det skal gis behandling uten eget samtykke.

Sjette ledd pålegger kontrollkommisjonene å tilstrebe rask behandlingstid i saker som behandles etter § 6-4. Saker skal så langt mulig avgjøres innen to uker etter at saken ble brakt inn for den. Begrunnelsen skal gis samtidig med vedtaket, jf. [forvaltningsloven § 24 første ledd](#).

Syvende ledd fastsetter at vedtak må treffes i møte av en fulltallig kommisjon, og at det ved stemmelikhet er lederens stemme som avgjør utfallet i saken. Dersom noen av medlemmene er inhabile ([domstoloven kapittel 6](#)) må deres personlige varamedlem delta i avgjørelsen. Godtgjørelse til advokaten som er oppnevnt i saken fastsettes av kontrollkommisjonens leder.

Åttende ledd begrenser adgangen til å fremsette ny klage etter at klage er realitetsbehandlet av kontrollkommisjonen (seks måneder). Med "tilsvarende klage" menes klage over samme vedtak. Har saken vært prøvd for retten etter reglene i [tvisteloven kapittel 36](#), kan det ikke fremsettes tilsvarende klage for kontrollkommisjonen før det har gått minst seks måneder etter at dommen ble rettskraftig. Kommisjonen må vurdere om en klage skal avvises på dette grunnlag. Bestemmelsen er ikke til hinder for at kontrollkommisjonen behandler en klage i tilfeller der for eksempel endrede forhold tilsier dette. Lovens ordlyd gjelder dommer, ikke kjennelser: Dette må forstås slik at dersom saksøker trekker saken før hovedforhandling og det avsies hevingskjennelse, utløser ikke kjennelsen en ny karenperiode på seks måneder.

Ved klage over vedtak om overføring, jf. [§§ 4-10](#) og [5-4](#), skal kommisjonen kun prøve selve overføringsvedtaket og ikke hvorvidt vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Dersom vilkårene for tvang likevel er prøvd – på tross av at pasienten bare påklaget selve overføringsvedtaket, bør klagebehandlingen ikke utløse seks måneders fristen for å få prøvd selve det tvungne vernet.

Niende ledd fastsetter regler om gebyrer og godtgjøring.

Tiende ledd: I saker der pasienten ikke får medhold skal kontrollkommisjonen, i vedtaket informere pasienten om adgangen til å få vedtaket overprøvet av domstolene ([§ 7-1](#)).

Praktisk

Se også [Helse- og omsorgsdepartementets brev av 08.05.2009, saksnr. 2009-00055](#)

1.7.5 § 6-5. Forskrifter om saksbehandlingen

Kongen kan gi forskrifter om den nærmere saksbehandlingen i kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 6-5:

Nærmere bestemmelser om kontrollkommisjonens saksbehandling er gitt i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. \(psykisk helsevernforskriften\) §§ 43-63](#).

1.8 Kapittel 7. Domstolprøving

1.8.1 § 7-1. Domstolprøving

Kontrollkommisjonens vedtak i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter [§§ 3-2, 3-3 og 3-7](#), kan av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende bringes inn for tingretten etter reglene i [tvisteloven kapittel 36](#). Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. [§§ 4-10 og 5-4](#).

Kommentarer til § 7-1:

Første punktum fastsetter at kontrollkommisjonens vedtak i sak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern kan bringes inn for domstolene av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende etter de særlige reglene i [tvisteloven kapittel 36](#), som gir domstolen en utvidet overprøvingskompetanse. Søksmål kan bare reises dersom saksøkeren har et aktuelt tvangsvedtak rett mot seg ([tvisteloven § 36-1 annet ledd](#)). Tvungen observasjon er et tiltak av så kortvarig art at det ikke er aktuelt å prøve dette for domstolene etter tvisteloven kapittel 36, da tiltaket vil ha opphørt før saken kommer opp for retten.

Søksmål kan reises av pasienten selv eller vedkommendes nærmeste pårørende, og skal rettes mot staten ved Helse- og omsorgsdepartementet ([tvisteloven § 36-3 tredje ledd](#)). Myndigheten til å opptre som stedfortreder for Helse- og omsorgsdepartementet ved søksmål etter § 7-1, er delegert til Helsedirektoratet, jf. [FOR-2010-03-18-425](#).

Staten bærer alle kostnadene ved saken når ikke annet følger av særskilt lovbestemmelse ([tvisteloven § 36-8](#)).

Domstolens kompetanse i saker som behandles etter tvisteloven kapittel 36 er begrenset til overprøving av at vilkårene for det aktuelle vedtaket er oppfylt på domstidspunktet. Domstolen kan ikke avgjøre tvangsvedtakets nærmere innhold, for eksempel hvorvidt en pasient skal være underlagt tvungent vern med eller uten døgnopphold ([§ 3-5](#)), eller om vedkommende skal være underlagt behandling uten eget samtykke ([§ 4-4](#)) (Rt.1999 s. 637).

Dersom vedtaket er opphevet, kan det kun prøves etter alminnelige prosessregler. Dette forutsetter blant annet at saksøker har rettslig interesse ([tvisteloven § 1-3](#)). Den oppreisning en dom i saksøkers favør vil kunne gi, gir ikke alene rettslig interesse etter denne bestemmelsen (Rt. 2001 s. 1123). Søksmål som gjelder andre vedtak enn de som er oppregnet i bestemmelsen følger alminnelige prosessregler.

Annet punktum fastsetter tilsvarende mulighet i forhold til vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon ([§§ 4-10](#) og [5-4](#)). Dette omfatter kun vedtak om overføring fra tvungent vern **uten** døgnopphold til tvungent vern **med** døgnopphold. Dette er begrunnet med at det er disse vedtakene som føles mest byrdefulle for pasienten.

1.9 Kapittel 8. Forskjellige bestemmelser

1.9.1 § 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.

Kommentarer til § 8-1:

[Forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen § 7](#) gir enkelte bestemmelser i psykisk helsevernloven anvendelse på Svalbard. Det gjelder [§ 3-1](#) (legeundersøkelse), [§ 3-6](#) (varslings- og bistandsplikt for offentlig myndighet) og [§ 4-8](#) (tvangsmidler - når det er nødvendig i påvente av at pasienten kan bringes til fastlandet eller under transporten). Også [psykisk helsevernforskriften § 8](#) (legeundersøkelse) er gitt anvendelse..

Som kommunelege etter lovens [§ 3-1](#) anses lege ansatt i den offentlige helsetjenesten for Svalbard. Ansvarlig fylkesmann er Fylkesmannen i Troms og fungerende kontrollkomisjon er kontrollkomisjonen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge

1.9.2 § 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.

Kommentarer til § 8-2:

Loven trådte i kraft 1. januar 2001. Etter ikrafttredelsen har det vært foretatt en rekke endringer som fremgår i [Lovdata](#). Her finnes også historiske versjoner av loven.

1.9.3 § 8-3. Endringer i andre lover

Fra den tid loven trer i kraft, gjøres følgende endringer i andre lover: - - -

2 Forskrift til psykisk helsevernloven med kommentarer

2.1 Kapittel 1. Øyeblikkelig hjelp, godkjenning av institusjoner og faglig ansvarlig

2.1.1 § 1. Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp

Institusjon eller avdeling som er utpekt til å gi øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern etter [spesialisthelsetjenesteloven § 3-1](#) andre ledd, skal straks motta pasienter for undersøkelse og om nødvendig behandling dersom pasientens tilstand anses å være livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre.

Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter blant annet:

a) psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse

b) psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre

c) delirøse tilstander der avrusing ikke er en hovedsak

d) psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

Kommentarer til § 1:

Bestemmelsen regulerer mottakelse av pasienter til undersøkelse eller behandling i helseinstitusjon eller avdeling som i medhold av [spesialisthelsetjenesteloven](#) har plikt til å motta pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. En avdeling kan være en døgn- eller dagavdeling eller en poliklinikk. Bestemmelsen vil også være veiledende for de institusjoner som faller utenfor dens direkte virkeområde, men som likevel yter øyeblikkelig hjelp. Selv om institusjonen eller avdelingen ikke er særskilt utpekt til denne oppgaven, vil helsepersonellet likevel ha plikt til å yte slik hjelp overfor pasienter som er innlagt eller møter opp, jf. [helsepersonelloven § 7](#).

Bestemmelsen gjelder både pasienter som mottas til frivillig og tvungent psykisk helsevern.

Første ledd: Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer når dette er "påtrengende nødvendig", jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første og annet ledd](#). Plikten tar sikte på å fange opp situasjoner som krever livreddende innsats eller innsats for å avverge alvorlig helseskade.

Bestemmelsen omhandler institusjonens/avdelingens ansvar for behandling av pasienten i øyeblikkelig hjelp-tilfeller. Det følger av [spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 tredje ledd](#) at plikten til å yte øyeblikkelig hjelp ikke inntreffer hvis institusjonen eller avdelingen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide. Med begrepet "andre" i psykisk helsevernlovens forstand menes andre institusjoner, avdelinger eller annet behandlingspersonell.

En pasient som har behov for øyeblikkelig hjelp skal uten opphold mottas i institusjon eller avdeling med mottakplikt for nærmere undersøkelse. Undersøkelsen vil i de fleste tilfeller måtte foretas av lege. Hvorvidt annet personell, for eksempel spesialist i klinisk psykologi, kan foreta undersøkelsen, må avgjøres ut fra vanlige krav til forsvarlighet i den konkrete situasjonen. Det er ikke krav om forutgående henvisning av pasienten. For etablering av tvungent psykisk helsevern stilles det imidlertid krav om forutgående undersøkelse hos lege, jf. [psykisk helsevernloven § 3-3](#) nr. 2.

I øyeblikkelig hjelp-situasjoner hvor det er aktuelt å etablere tvungent psykisk helsevern, kan pasienten mottas på grunnlag av muntlig uttalelse fra lege, under forutsetning av at legeopplysninger vil foreligge skriftlig innen 24 timer etter pasientens ankomst, jf. forskriften § 10 første ledd.

Annet ledd angir nærmere hvilke tilstander som kan gi grunnlag for øyeblikkelig hjelp. Oppregningen i bokstav a) - d) er ikke uttømmende, og utelukker derfor ikke at også andre akutte og alvorlige psykiske tilstander kan kreve øyeblikkelig hjelp.

Bokstav c: Alvorlige intoksikasjoner forutsettes tatt hånd om i somatisk avdeling. Hvis behovet for psykiatrisk behandling fremdeles er akutt etter at medisinsk behandling er ivaretatt vil tilstanden berettigte henvisning til øyeblikkelig hjelp etter bokstav a) eller b).

Bokstav d: Psykiske tilstander som krever øyeblikkelig hjelp vil også for barn og unge i de fleste tilfeller falle inn under kriteriene angitt under bokstavene a) - c).

Bokstav d) omhandler særlige forhold som vedrører denne gruppen. Av bestemmelsen følger at barnets eller den unges behov for øyeblikkelig hjelp også må ses i sammenheng med familiesituasjonen og de totale omsorgsmulighetene. Det vil likevel være nødvendig å skille mellom kriser på grunn av omsorgsproblemer eller skjermingsbehov, og psykiatrisk behandlingsbehov. I mange tilfeller må barn og unge tas hånd om av barnevernet for å dekke omsorgs- og behandlingsbehovet. Det avgjørende for om øyeblikkelig hjelp-plikten inntreffer etter denne bestemmelsen er at det foreligger en tilstand hos barnet/ungdommen som gjør det absolutt påkrevet med hjelp fra det psykiske helsevernet.

2.1.2 § 2. Godkjenning av institusjoner

Institusjoner som skal være ansvarlig for eller kunne anvende tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, skal ha godkjenning av Helsedirektoratet. Med institusjoner menes også avdelinger ved institusjoner i de tilfeller det vil være aktuelt med egen godkjenning av slike avdelinger.

Godkjenning gis til institusjoner som

a) eies av eller utfører tjenester etter avtale med regionalt helseforetak og

b) oppfyller kravene i [§ 3](#) og [§ 4](#).

Dersom det er nødvendig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene, kan institusjoner som ikke oppfyller kravene i [§ 2](#) til [§ 4](#), likevel gis midlertidig godkjenning. Slik godkjenning kan gis for inntil ett år.

Helsedirektoratets vedtak kan påklages til departementet.

Kommentarer til § 2:

Første ledd: Det stilles formelle, materielle og personellmessige krav til institusjoner som skal ha ansvar for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern. De strengeste kravene stilles til institusjoner som skal motta pasienter til døgnopphold. Helsedirektoratet treffer vedtak om godkjenning av institusjoner for bruk av tvungent vern. Institusjonenes søknad om godkjenning skal rettes til aktuelle Fylkesmann, som gir uttalelse til Helsedirektoratet som deretter behandler saken. Helsedirektoratets vedtak kan påklages til Helse- og omsorgsdepartementet.

Godkjenningsordningens viktigste formål er å sikre at pasienter under tvungent psykisk helsevern tilbys behandling under forsvarlige forhold. Det vises til [psykisk helsevernloven § 3-3](#) nr. 5 hvor det slås fast at vedtak om tvungent psykisk helsevern kun kan treffes og gjennomføres dersom ansvarlig institusjon faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende behandling og omsorg.

Det følger av [§ 3-5](#) at tvungent psykisk helsevern kan gis med og uten døgnopphold under ansvar av en institusjon som er godkjent for dette formålet. Det angis ikke konkret i lovteksten hvilken type

institusjon som kan være ansvarlig. Formålet med ordningen er å skape fleksibilitet i forhold til den enkelte pasients behov. Institusjoner som kan godkjennes vil eksempelvis være psykiatriske sykehus, psykiatriske avdelinger i sykehus, poliklinikker og distriktpspsykiatriske sentre.

Tredje ledd: I noen tilfeller vil hensynet til pasientene tilsi at en institusjon bør godkjennes til å være ansvarlig for tvungent psykisk helsevern til tross for at institusjonen ikke innfrir vilkårene i forskriften. Det kan tenkes at institusjonen har tilfredsstillende kompetanse på denne gruppen pasienter, men at institusjonen er gammel og umoderne og at det vil koste uforholdsmessig mye å innfri de materielle kravene. Det kan åpnes for bredere bruk av dispensasjonsadgangen under utbyggings- og omstrukturingsfaser enn i senere faser. Etter tidligere bestemmelse kunne det gis midlertidig godkjenning når "særlige hensyn" tilsa det. Etter nåværende bestemmelse kan godkjenning gis "dersom det er nødvendig for å ivareta et forsvarlig tilbud til pasientene". Med endringen er det tydeliggjort at eksempelvis økonomiske hensyn eller vanskeligheter med å få besatt stillinger i seg selv ikke er tilstrekkelige hensyn. Endringen innebærer således en innsnevring av hensyn til behovet for økt rettssikkerhet samt kravet til forsvarlighet.

For at det skal være aktuelt å gi midlertidig godkjenning ved bemanningsmessige mangler er det naturligvis en forutsetning at dette vurderes som faglig forsvarlig. Ved vurderingen bør det ses hen til hva som er årsaken til mangelen, hva institusjonen gjør for å få ansatt kompetent personell og hva som er den beste løsning for pasientene.

Midlertidig godkjenning er ment å gi mulighet for en forbigående og relativt kortvarig ordning som enten vil munne ut i en permanent godkjenning eller en avvikling/ nedleggelse av tvungent psykisk helsevern ved aktuell institusjon/avdeling.

Praktisk

Søknadsskjema for godkjenning av institusjon kan lastes ned fra www.helsedirektoratet.no

2.1.3 § 3. Materielle krav

Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#).

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal i tillegg så langt det er mulig

- a) gi tilbud om enerom
- b) ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer
- c) ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål
- d) ha tilgang på egnede utearealer som skal være i rimelig nærhet av institusjonen
- e) være fysisk utformet og materielt utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås
- f) være materielt utrustet slik at anvendelse av tvang er forsvarlig
- g) sørge for at rom som tenkes brukt til isolasjon er egnet til formålet
- h) ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter.

Kommentarer til § 3:

Første ledd: Bestemmelsen i første ledd gjelder generelt, men de nærmere vilkårene for godkjenning vil være avhengig av om institusjonen skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold eller uten døgnopphold i institusjon.

Pasienter under tvungent psykisk helsevern har ikke mulighet til å motsette seg oppholdet. Bygningene bør derfor ha så god materiell standard at pasientene ikke påtvinges et opphold under forhold som anses uegnede. For eksempel må lokalene ha tilstrekkelig med lys og ventilasjon. For at kravet til forsvarlighet skal være oppfylt bør det være tilstrekkelig sikring av dører, vinduer, uknuselig glass og innredning som for øvrig tar hensyn til sikkerheten. Det bør også være tilstrekkelig tilgang på lydisolerte kontorer.

Institusjonen må sørge for å innfri kravet om god materiell standard innenfor variasjonene i ulike pasientgruppers behov. Institusjoner der barn legges inn må utstyres og utformes slik at de er tilpasset barns behov, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 3-6](#). Institusjonen må også ha rom som er egnet for pasienter med nedsatt funksjonsevne.

Annet ledd: Kravene i annet ledd gjelder særlig for institusjoner som skal motta pasienter til døgnopphold.

Bokstav a): Særlige hensyn taler for at pasienter under tvungent psykisk helsevern som hovedregel skal ha eget rom. For mange pasienter er sykdommen relatert til vanskeligheter med å forholde seg til andre. For noen kan det oppleves vanskelig å bli tvunget til å dele rom med en ukjent person. Institusjoner bør derfor unngå at pasienter som ikke ønsker det må dele rom med andre. Så snart som mulig etter innleggelsen må institusjonen sørge for praktiske løsninger slik at pasienten kan tilbys enerom. Kravet om enerom kan fravikes dersom mangel på slike rom kan føre til at pasienter med akutt behov for hjelp ikke får nødvendig undersøkelse og behandling, for eksempel som følge av overbelegg.

Pasientrom som brukes av pasienter under tvungent psykisk helsevern bør som hovedregel ha eget WC og bad/dusj. Institusjonen bør ha et tilstrekkelig antall slike rom. Hva som regnes som tilstrekkelig antall må vurderes konkret i forhold til ulike pasientgruppers behov, hvor mange pasienter som må dele fasilitetene samt om pasientene vanligvis er innlagt over lengre tid.

Bokstav b): Av hensyn til pasienten og dennes pårørende bør institusjonen ha rikelig med fellesareal, inkludert samtalerom, aktivitetsrom og besøksrom. Lokalene bør være tilrettelagt for at barn av innlagte pasienter kan opprettholde direkte kontakt med foreldrene. For å hindre skader på pasienter og personale må planløsningen være oversiktlig.

Bokstav c): Institusjoner der barn og unge legges inn over lengre tid må ha egnede areal og tilstrekkelig utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering av barn på ulike alderstrinn.

Bokstav d): Tilgang til utearealer kan ha stor betydning for den enkelte pasients helse. Institusjonen bør ligge slik til at pasientene ikke må transporteres for å kunne benytte egnede utearealer. Utearealene bør være oversiktlige. Området bør også være tilpasset barn og unges behov for lek og utfoldelse.

Bokstav g): Rom som skal benyttes til isolasjon bør være lydisolert.

Bokstav h): Med tilfredsstillende skjermingsmuligheter legges det til grunn at institusjonen bør ha en egen skjermingsenhet med soverom, bad og oppholdsrom. Enheten/ rommene bør være fysisk separert fra øvrige deler av avdelingen. Skjermingsplasser kan inngå som en del av det ordinære plasstallet. Dette under forutsetning av at den fysiske utformingen av lokalene legger til rette for det og at det er faglig forsvarlig i forhold til pasientsammensetning og institusjonens oppgaver.

2.1.4 § 4. Krav til bemanning

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

a) lege som er spesialist i psykiatri

b) psykolog som er spesialist i klinisk psykologi

c) kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til at medisinsk eller psykologisk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold skal alltid

a) kunne tilkalle lege som er spesialist i psykiatri

b) ha kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til stede.

Institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av en viss varighet skal i tillegg

a) ha tilgang på kvalifisert personell for å kunne gi et godt tilbud om miljø- og fritidsaktiviteter

b) ha tilgang på kvalifisert personell for å sikre tilbud om nødvendig opplæring.

I psykisk helsevern for barn og ungdom skal legen være spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og psykologen være spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde i klinisk barne- og ungdomspsykologi.

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

Kommentarer til § 4:

Første ledd: I første ledd er det gitt felles bestemmelser for institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold. De øvrige leddene stiller opp særskilte personellmessige vilkår for godkjenning av institusjoner som skal motta pasienter til døgnopphold.

Bemanningskravene under bokstav a) – c) innebærer i utgangspunktet at de aktuelle stillingshjemlene må være besatt for at institusjonen skal kunne bli godkjent. Institusjonen må være bemannet slik at det er gode forutsetninger for aktiv behandling. Det stilles derfor krav om at institusjonen skal ha tilsatt personell slik at det er tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse. For at vilkåret skal være oppfylt må institusjonen ha tilstrekkelig kompetanse innen medisin/psykiatri, klinisk psykologi, relevante psykoterapiformer og miljøterapi.

Institusjoner som mottar barn og unge må ha en bemanning som i kvalifikasjoner og antall ivaretar denne pasientgruppens behov.

Hva som for øvrig er tilstrekkelig bredde i kompetansen vil avhenge av hvilken pasientgruppe institusjonen har ansvar for. Kravene til forsvarlig bemanning i et sykehus og en poliklinikk vil på denne bakgrunn kunne variere.

Bokstav a): Institusjonen må ha tilsatt psykiater. En psykiater vil kunne være faglig ansvarlig for vedtak etter psykisk helsevernloven, jf. [§ 1-4](#), og [forskriften § 5](#).

Bokstav b): Institusjonen må ha tilsatt psykolog som er spesialist i klinisk psykologi. En psykolog som er spesialist i klinisk psykologi og som tilfredsstiller kravene i [forskriften § 5](#) tredje ledd vil kunne være faglig ansvarlig for vedtak etter psykisk helsevernloven, jf. [§ 1-4](#).

Bokstav c): For å ivareta medisinsk kompetanse er det nødvendig at institusjonen har tilsatt tilstrekkelig helsepersonell med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Det er opp til godkjenningsmyndigheten og institusjonen å avgjøre hvilken type kompetanse institusjonen trenger for å ivareta kravet til forsvarlig behandling.

Generelt til første ledd

Det er ikke konkretisert hvor mange spesialister i psykiatri, psykologspesialister og annet personell som må være tilknyttet en enhet som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern. Hva som kreves må avgjøres etter en konkret helhetsvurdering ut fra hensynet til faglig forsvarlighet. I denne vurderingen vil blant annet følgende momenter være relevante:

- Hvorvidt enheten skal anvende tvungent psykisk helsevern med døgn- eller uten døgnopphold.
- Antall pasienter og hva slags diagnosegrupper som er dominerende ved enheten (om det er mye utagering, voldsproblematikk og behov for ulike tvangstiltak).
- Hvorvidt enheten har inngått avtaler med andre enheter om å overføre en pasient dersom det skjer en utvikling hos pasienten som tilsier at det er behov for et høyere omsorgsnivå. Eventuelt om institusjonen/avdelingen har en "back-up"-plan dersom pasienten blir utagerende.

Annet ledd: Virksomheten har ansvar for å utøve forsvarlig praksis, jf. [spesialisthelsetjenestelovens § 2-2](#). Kravet til tilgjengelighet av lege/psykiater må vurderes på bakgrunn av hvilken type institusjon i det psykiske helsevern det gjelder. Hva som vil være forsvarlig i forhold til vaktordning, vil for eksempel være forskjellig for en akuttavdeling på et sykehus og for en åpen post ved et DPS.

Bokstav a): Det kreves en vaktordning som muliggjør at spesialist i psykiatri alltid kan konsulteres per telefon og komme til institusjonen innen rimelig tid. Når det gjelder akuttavdelinger eller avdelinger som innehar en øyeblikkelig-hjelp funksjon, bør vaktordningen påse at spesialist i psykiatri alltid kan konsulteres per telefon og komme til institusjonen innen 30 minutter.

Når det gjelder åpne poster på DPS skal psykiater alltid være tilgjengelig for konsultasjon per telefon og kunne komme til institusjonen ved behov, men da innen den tid som anses faglig forsvarlig i henhold til virksomhetens art og pasientpopulasjonen ved avdelingen/institusjonen.

Lege må alltid kunne tilkalles. Det forutsettes at legehjelp kan gis på kort varsel, for eksempel når det er nødvendig å avklare om pasientens psykiske tilstand kan ha sammenheng med somatisk sykdom eller for å vurdere pasientens fysiske skader som følge av selvmordsforsøk, skader som vedkommende har påført seg selv etc.

Ved akuttavdelinger eller avdelinger som innehar en øyeblikkelig-hjelp funksjon bør lege alltid være tilstede og tilgjengelig på kort varsel (5 minutter). Ved åpne poster på DPS må lege kunne tilkalles og være tilstede innen rimelig tid/den tid som anses faglig forsvarlig.

2.1.5 § 5. Faglig ansvarlig

Den enkelte institusjon skal sørge for en forsvarlig organisering av vedtakskompetent personell og utpeke en eller flere faglig ansvarlige. Faglig ansvarlig for vedtak etter forskriften skal ha tilfredsstillende kunnskaper i helse- og omsorgslovgivningen, med særlig vekt på psykisk

helsevernloven.

Lege som skal være faglig ansvarlig etter [psykisk helsevernloven § 1-4](#), skal være spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Psykolog som skal være faglig ansvarlig etter [psykisk helsevernloven § 1-4](#), skal være spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde i klinisk voksenpsykologi eller barne- og ungdomspsykologi. Psykologen skal ha minst 2 års relevant praksis fra institusjon eller avdeling som er godkjent for å ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Nedre grense for godkjenning av et arbeidsforhold er 6 måneder. Praksisen skal dokumenteres.

Psykolog kan ikke ha det faglige ansvaret for vedtak etter [psykisk helsevernloven § 4-4](#) andre ledd bokstav a og [§ 4-8](#) andre ledd bokstav c om bruk av legemidler.

Helsedirektoratet kan dispensere fra andre og tredje ledd når særlige hensyn tilsier det. Helsedirektoratet kan delegere myndigheten til Fylkesmannen.

Kommentarer til § 5:

Første ledd: Institusjonen skal organisere virksomheten slik at det til enhver tid er tilstrekkelig personell med vedtakskompetanse.

Å bli utpekt til faglig ansvarlig medfører tildeling av myndighet til å treffe vedtak som er lagt til faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven. Det er viktig at det til enhver tid er klart hvem som har slik kompetanse, og utnevelser bør derfor være skriftlige.

Annet og tredje ledd: Faglig ansvarlig kan være faglig ansvarlig både for pasienter som er voksne og for barn/ungdom, uavhengig av spesialitet og praksis.

Femte ledd: Bestemmelsen fastsetter at Helsedirektoratet kan dispensere fra kravene i andre og tredje ledd når særlige hensyn tilsier det. Dette kan for eksempel være ved forbigående mangel på kvalifisert personell. Bestemmelsens andre punktum fastsetter at Helsedirektoratet kan delegere sin myndighet til å gi slik dispensasjon. Direktoratet har delegert denne myndigheten til fylkesmannen ([Delegasjonsbrev av 18.06.09](#)). Vedtak om dispensasjon kan påklages til Helsedirektoratet som overordnet organ, jf. [forvaltningsloven § 28](#).

Leger under spesialistutdanning bør ikke ha mer enn to år igjen av utdannelsen dersom slik dispensasjon skal gis. Vedkommende bør også ha arbeidet med tvungent psykisk helsevern.

En søknad om dispensasjon må inneholde opplysninger om årsaken til behovet for dispensasjon og kvalifikasjonene til de(n) søknaden gjelder.

Dispensasjon fra bestemmelsen gis for en tidsbegrenset periode, og ikke for mer enn ett år av gangen. I denne perioden må institusjonen/avdelingen arbeide med å få på plass nødvendig kompetent personell til å kunne fatte vedtak i tråd med psykisk helsevernforskriftens krav. Hvis forholdene endrer seg slik at dispensasjon ikke lenger er nødvendig må fylkesmannen informeres om dette.

Dersom vilkårene fortsatt ikke er oppfylt når vedtakets gyldighet utgår må det søkes om fornyet dispensasjon. Slik søknad sendes i god tid før vedtaket utløper.

2.1.6 § 6. Veiledningsplikt

Den som treffer vedtak etter [psykisk helsevernloven](#) plikter å sørge for at pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende får nødvendig informasjon om sine rettigheter, herunder rettigheter etter psykisk helsevernloven, [pasient- og brukerrettighetsloven](#), [forvaltningsloven](#) og

denne forskriften. Veiledningsplikten gjelder tilsvarende overfor offentlige myndigheter der disse har rettigheter etter psykisk helsevernloven.

Kommentarer til § 6:

Institusjonen har plikt til å veilede pasient, pårørende og offentlig myndighet om deres rettigheter etter psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven og forvaltningsloven. Plikten fremgår også av bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#), [forvaltningsloven § 11](#) og i de enkelte bestemmelser om vedtak etter psykisk helsevernloven.

Veiledningsplikten vil særlig være aktuell i forbindelse med vedtak etter psykisk helsevernloven, og omfatte forhåndsvarsling, informasjon om vedtak, opplysning om klagerett, frister osv. Innholdet i bestemmelsen suppleres av bestemmelsene i psykisk helsevernlovens og psykisk helsevernlovens enkelte bestemmelser. Se blant annet [§ 10](#) tredje ledd, 12 annet ledd, 27 andre ledd, 28 og 29. Se for øvrig loven [§ 1-5](#) og [§ 1-6](#).

2.2 Kapittel 2. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern m.m.

2.2.1 § 7. Begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern

Offentlig myndighet som etter [psykisk helsevernloven § 3-6](#) kan begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, er

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

Den som fremsetter begjæringen skal ha kjennskap til saken og pasientens situasjon.

Begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal

- a) være skriftlig, datert og adressert til institusjonen
- b) inneholde pasientens navn, fødselsdato og adresse
- c) angi hvem som har fremsatt begjæringen og hvilket forhold vedkommende har til pasienten
- d) mottas av institusjonen senest samtidig med pasienten.

Kommentarer til § 7:

Første ledd: Offentlig myndigheter har plikt til å bidra til at personer som antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal offentlig myndighet begjære tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk

helsevern. Offentlig myndighet har som begjærende instans klagerett på vedtak om etablering, ikke-etablering og opphør av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, og dermed også en rett til informasjon om slike vedtak, se kommentaren til [forskriftens § 10](#).

Bestemmelsen utdyper lovens [§ 1-3](#) med hensyn til hvilken offentlig myndighet som vil være rette vedkommende til å fremme en begjæring.

Annet ledd: Hvilken offentlig myndighet som vil være rett instans vil være avhengig av den konkrete situasjonen. Det forutsettes i alle tilfeller at vedkommende myndighet har kjennskap til den antatt syke. Dette er viktig for at ordningen skal ha ønsket rettssikkerhetsmessig verdi. *Hvem* hos den offentlige instans som er tillagt myndigheten vil reguleres av instansens egne instruksjoner.

Begjæringsadgangen knytter seg til etableringen av tvungen observasjon eller tvungent vern, jf. [forskriften § 7](#) tredje ledd bokstav d) som krever om at begjæringen skal mottas av institusjonen senest samtidig med pasienten. Offentlig myndighet kan altså ikke på et senere tidspunkt fremsette begjæring i den hensikt å få rett til informasjon om vedtak og å få klageadgang.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [14/2643-2](#)

2.2.2 § 8. Uttalelse etter legeundersøkelse

Legens skriftlige uttalelse etter [psykisk helsevernloven § 3-1](#) skal gi opplysninger om

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

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

Kommentarer til § 8:

Det følger av psykisk helsevernloven [§ 3-1](#) at tvungent psykisk helsevern ikke kan etableres uten at en lege personlig har undersøkt pasienten. Legeundersøkelse kan komme i stand ved at han eller hun selv oppsøker lege, eller ved at vedkommende bringes til lege f.eks. av sine pårørende eller andre. Legeundersøkelse kan også komme i stand ved at kommunelegen har truffet vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Formålet med legeundersøkelsen er å bringe på det rene om lovens vilkår for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Hvis legen etter undersøkelsen konkluderer med at det er grunnlag for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal vedkommende gi en skriftlig uttalelse om dette.

Undersøkende lege må presisere om det henvises til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan imidlertid være vanskelig for legen etter en relativt kortvarig undersøkelse å være sikker på hva som er riktig alternativ. Dersom legen er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, men likevel finner det overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt) at pasienten fyller vilkårene, vil det riktige være å henvise til tvungen observasjon. Hvis legen derimot kjenner til pasienten fra tidligere konsultasjon, og symptomer på alvorlig sinnslidelse er tydelige, vil det (når også øvrige vilkår etter lovens [§ 3-3](#) nr. 3 vurderes oppfylt) være riktig å henvise til etablering av tvungent vern. Den faglige ansvarlige legen ved innleggelsesinstitusjonen er imidlertid ikke bundet av den undersøkende legens konklusjon.

Første ledd: Første ledd inneholder en oppregning av hvilke opplysninger som alltid skal fremgå av legeuttalelsen. I tråd med generelle krav til dokumentasjon, skal legen nedtegne sine observasjoner, funn og tiltak uavhengig av utfallet av undersøkelsen. Det vises til [helsepersonelloven kapittel 8](#).

Annet ledd: Bestemmelsen fastsetter at uttalelsen skal sendes/følge med til institusjonen hvor vernet søkes etablert.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning 15/6818-3

2.2.3 § 9. Tvungen legeundersøkelse. Delegering.

Det skal fremgå av kommunelegens vedtak om tvungen legeundersøkelse etter [psykisk helsevernloven § 3-1](#) andre ledd hvem som har fremsatt begjæring om undersøkelsen og hvem som har gitt uttalelse i saken.

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

Selve undersøkelsen bør gjennomføres av en annen lege enn den som fattet vedtaket

Kommentarer til § 9:

Annet ledd: Selv om bestemmelsen gir kommunelegen mulighet til å utstyre annen lege eller klinisk psykolog med vedtaksmyndighet i sitt fravær, vil kommunelegen ha ansvar for at myndigheten utøves forsvarlig. Delegasjon etter denne bestemmelsen bør derfor primært skje til kommunalt ansatt lege eller klinisk psykolog så sant dette er praktisk mulig og hensiktsmessig. Med avtale siktes det her til fastlegeavtale eller annen driftsavtale, for eksempel kommunal eller interkommunal legevaktavtale. Det vises for øvrig også til [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3](#).

Bestemmelsen gir adgang til å delegere myndigheten til kommunal legevakt. Det kreves ikke angivelse ved navn av den enkelte lege som skal fatte vedtak når legen inngår i vaktberedskap. Det vil i disse tilfellene være tilstrekkelig å spesifisere delegasjonen til vakthavende lege ved legevakten.

Tredje ledd: Vedtak om tvungen legeundersøkelse og gjennomføring av undersøkelsen skal så langt mulig utføres av to forskjellige leger. Ved enkelte legevakter er imidlertid situasjonen slik at det kun er en lege på vakt. I disse tilfellene må vedtak om tvungen legeundersøkelse og gjennomføringen av legeundersøkelsen utføres av samme lege.

2.2.4 § 10. Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Underretning

Den faglig ansvarlige for vedtak skal påse at skriftlig uttalelse fra lege foreligger, jf. [§ 8](#). Legeuttalelsen skal ikke være eldre enn 10 dager. Ved øyeblikkelig hjelp kan pasienten mottas på grunnlag av muntlig uttalelse fra lege. En skriftlig uttalelse skal likevel foreligge innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen.

Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter at pasienten er kommet til institusjonen, jf. psykisk helsevernloven § 3-3a.

Den underretning om vedtaket som skal gis etter reglene i [forvaltningsloven § 27](#), skal gis både til pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende. Dersom offentlig myndighet har framsatt begjæring etter [§ 7](#), skal også denne underrettes om vedtaket. I tillegg til veiledningen som skal gis etter reglene i [forvaltningsloven § 17](#) tredje og fjerde ledd, skal underretningen om vedtaket opplyse om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter [psykisk helsevernloven § 1-7](#).

Gjenpart av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og de dokumenter vedtaket bygger på, skal sendes kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 10:

Første ledd: Bestemmelsen er en konkretisering av forvaltningslovens krav om forsvarlig utredning, jf. [forvaltningsloven § 17](#). Faglig ansvarlig skal kontrollere at det foreligger skriftlig uttalelse fra lege. Faglig ansvarlig bør også vurdere om eventuell begjæring fra offentlig myndighet er fremsatt av korrekt instans.

Bestemmelsen fastsetter at legeuttalelse ikke skal være eldre enn 10 dager før vedtak treffes. På grunn av at pasientens tilstand og situasjon kan ha endret seg, er det viktig at legeuttalelsen ikke ligger for langt tilbake i tid. Dette gjelder også en eventuell begjæring, selv om det ikke gjelder et absolutt tidskrav for denne.

Som hovedregel bør legeuttalelsen og eventuell begjæring foreligge samtidig med at pasienten ankommer institusjonen. Dette må ses i sammenheng med at faglig ansvarlig skal treffe vedtak innen 24 timer, jf. [psykisk helsevernloven § 3-3](#) a annet ledd og forskriften § 10 **annet ledd**, og at legeuttalelsen og eventuell begjæring er en viktig forutsetning for at faglig ansvarlig kan foreta en forsvarlig vurdering.

Bestemmelsen gjør unntak fra hovedregelen om samtidighet i øyeblikkelig hjelp-tilfeller. Uttalelsen fra legen kan da gis muntlig. Skriftlige dokumenter må foreligge innen 24 timer, som er fristen faglig ansvarlig har for å treffe vedtak, jf. [psykisk helsevernloven § 3-3](#) a annet ledd.

Tredje ledd: Underretning om vedtaket skal gis *både* til pasienten, til pasientens nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)), og til eventuell begjærende instans. Nærmeste pårørende og eventuelt begjærende instans har selvstendig klagerett på vedtaket, og skal gis informasjon som er nødvendig for å kunne klage, uavhengig av pasientens samtykke. Dette vil si informasjon om at vedtak er fattet og begrunnelsen for dette. Det skal videre gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og nærmere fremgangsmåte ved klage. Slik informasjon skal gis så snart som mulig, og skal som hovedregel gis skriftlig. I praksis vil det gis kopi av vedtaksskjema – dersom begrunnelsen ikke fremgår av dette, må det også vedlegges journalnotat med begrunnelsen.

Det kan unntaksvis unnlates å gi en pasient eller pårørende innsyn i begrunnelsen eller deler av den dersom det av hensyn til vedkommendes helse eller personer som står ham nær, må anse utilrådelig at han får kjennskap til ([pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 tredje ledd](#)). Dette hindrer ikke at opplysningene kan gis til en representant for vedkommende, typisk advokat, jf. [forvaltningsloven § 24 tredje ledd](#) jf. [§ 19 første ledd bokstav d](#).

Fjerde ledd: Underlagsdokumentene som kontrollkommisjonen skal ha kopi av vil være henvisning og

eventuell begjæring om tvungen observasjon eller tvungent vern, vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (eventuelt avslag) og journalnotater med begrunnelse for vedtaket, dersom begrunnelsen ikke fremgår av selve vedtaket. Dette gjelder også dersom pasienten overføres fra tvungen observasjon til tvungent psykisk helsevern. Det vises til loven [§ 3-8](#) første ledd (kontrollkommisjonenes dokumentkontroll)

2.2.5 § 11. Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon

Den faglig ansvarlige skal vurdere om pasienten behøver døgkontinuerlig omsorg og behandling, eller om det er bedre for pasienten å bo i egen bolig eller har opphold i annen institusjon, for eksempel i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten, under gjennomføringen av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. I vurderingen skal det legges vekt på om det kan etableres et samarbeid med det lokale behandlingsapparatet som gjør det forsvarlig at pasienten ikke har opphold i godkjent institusjon. Det skal legges særlig vekt på pasientens eget ønske. Det skal også tas hensyn til pasientens sykdom, bo- og familiesituasjon, sosiale situasjon og individuelle behov samt pasientens pårørende og deres situasjon.

I tillegg til vurderingen etter første ledd, må pasienten enten

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

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon kan ikke etableres eller gjennomføres dersom pasienten er bostedsløs.

Kommentarer til § 11:

Se kommentarene til lovens [§ 3-5](#) tredje ledd.

Første ledd: Det er et vilkår for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon at dette er til det beste for pasienten. Tiltaket kan ikke iverksettes eller opprettholdes overfor pasienter som har behov for opphold og tilbakeholdelse på institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnoophold. Det er ikke anledning til å plassere pasienter med slikt behov utenfor godkjent institusjon av ressurshensyn.

Hva som er det beste for den enkelte pasient vil bero på en helhetsvurdering der en rekke forhold må tas i betraktning og veies mot hverandre. Forskriften gir enkelte føringer i forhold til hvilken vekt de ulike momentene skal tillegges. Det skal særlig legges vekt på pasientens ønske. Det vil likevel kunne tenkes tilfeller hvor tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i institusjon vil være det beste for pasienten selv om det er mot vedkommendes vilje. Pasientens ønske må alltid vurderes i sammenheng med andre forhold som inngår i et helhetlig behandlingsperspektiv. Vurderingen bør foretas i samråd med andre som er involvert i behandlingen av pasienten. Videre må det tas hensyn til pasientens barn og andre pårørende. Det bør tas hensyn til hvor alvorlig pasientens tilstand er og hvor belastende det kan være for familie å leve sammen med den som er syk. Etablering av tvungent psykisk helsevern mens pasienten bor hjemme hos pårørende kan vanskelig tenkes dersom pårørende motsetter seg dette. Se også kommentarene til fjerde ledd vedrørende betydningen av pasientens boposisjon der

pasienten ikke disponerer egen eid eller leid bolig.

Annet ledd: Annet ledd bokstav a) og b) oppstiller alternative tilleggsvilkår for å etablere tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Vilkårene utelukker at denne formen for vern kan velges hvor institusjonen ikke på forhånd har kjennskap til pasienten og hvor det er tvil knyttet til pasientens symptomer, diagnose og behandlingsopplegg.

Bokstav a): For at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres uten direkte tilknytning til opphold i institusjon stilles det krav om at pasienten må ha en kjent sykdomshistorie samt at institusjonen på forhånd har kunnskap om pasientens symptomer og sykdomsforløp. Dette betyr ikke at helsepersonell ved institusjonen nødvendigvis må ha hatt personlig kontakt med pasienten tidligere. Det forutsettes at tilgjengelig og oppdatert journal kan gi nødvendig informasjon om pasienten.

Bokstav b): Pasienten må legges inn i institusjon før det etableres tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon, hvis undersøkelsen som skal foretas før det iverksettes behandling uten eget samtykke, gjør slikt opphold nødvendig, jf. kravet om tilstrekkelig undersøkelse i [psykisk helsevernloven § 4-4](#) fjerde ledd og [forskriften § 20](#).

Tredje ledd: Pasienten kan kun pålegges å møte til behandling i det psykiske helsevernet. Behandling uten eget samtykke kan ikke gjennomføres i pasientens hjem med mindre pasienten ønsker det, se [forskriften § 22](#) annet ledd.

Denne begrensningen gjelder ikke fullt ut hvor pasienten har frivillig opphold ved institusjon godkjent for tvungent vern med og/eller uten døgnopphold. Gjennomføringstiltak etter lovens kapittel 4 vil som utgangspunkt kunne anvendes overfor pasienter under tvungent vern uten døgnopphold som har frivillig opphold på institusjon i det psykiske helsevernet. Innskrenking i forbindelse med omverdenen ([§ 4-5](#) annet ledd) kommer imidlertid ikke til anvendelse da bestemmelsen forutsetter at pasienten er underlagt tvungent vern *med* døgnopphold. Tvangsmidler ([§ 4-8](#)) kan som hovedregel kun benyttes ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern *med* døgnopphold, jf. [forskriften § 24](#) første ledd, men i bestemmelsens annet ledd er det gjort unntak ved akutte situasjoner.

Fjerde ledd: Tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er ikke en aktuell tvangsform dersom pasienten er bostedsløs. I disse tilfellene vil ikke tvang uten døgnopphold være et bedre alternativ enn døgnopphold.

Lowerket definerer ikke bostedsløs, men NIBRs (By- og regionsforskningsinstituttet) definisjon kan gi veiledning til forståelsen av begrepet og til helhetsvurderingen etter [§ 11](#) første ledd. En person regnes som bostedsløs dersom vedkommende ikke disponerer egen eid eller leid bolig, men er henvist til tilfeldige eller midlertidige botilbud, oppholder seg midlertidig hos nær slektning, venner eller kjente, personer som befinner seg under kriminalomsorgen eller i institusjon og skal løslates eller utskrives innen to måneder og ikke har bolig. Som bostedsløs regnes også en person som er uten ordnet oppholdssted kommende natt.

Midlertidige botilbud vil typisk være pensjonat, hospits eller annet midlertidig husvære. Dette er husvære som er ment å være av kortvarig karakter, og helst ikke lengre enn tre måneder. I helhetsvurderingen som skal foretas om tvang uten døgn eller med døgn er best for pasienten, jf. første ledd, vil pasientens bosituasjon sammen med øvrige momenter være et relevant hensyn. Botilbud av kort karakter vil kunne medføre en ustabil bosituasjon, som er uheldig for personer som er underlagt tvunget psykisk helsevern og i en sårbar situasjon som følge av den psykiske helsetilstanden. I ytterste konsekvens vil pasienten måtte flytte fra ulike midlertidige botilbud flere ganger, men også overføres tilbake til institusjon igjen dersom det ikke er mulig å skaffe et botilbud.

Direktoratet mener derfor at det som *hovedregel* ikke kan etableres tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, dersom pasienten kun kan tilbys midlertidige botilbud som hospits. I helhetsvurderingen skal det imidlertid også særlig legges vekt på pasientens ønsker; det kan tenkes unntakstilfeller der pasienter selv ønsker å bo ved midlertidige botilbud, framfor å være innlagt på institusjon. Pasientens

ønsker bør vektlegges, men må alltid ses i sammenheng med andre forhold som inngår i et helhetlig behandlingsperspektiv.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkninger 10/2219 og 16/4634

2.2.6 § 12. Vedtak om overføringer, jf. psykisk helsevernloven § 4-10 og § 5-4

Ved overføring til annen døgninstitusjon eller annen form for tvungent psykisk helsevern i eller under ansvar av institusjon som nevnt i [psykisk helsevernloven § 3-5](#), skal det treffes særskilt vedtak. Fylkesmannen avgjør i tvilstilfeller om en overføring omfattes av bestemmelsen her.

Den underretning om vedtaket som skal gis etter reglene i [forvaltningsloven § 27](#), skal straks gis både til pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende og påtalemyndigheten. I tillegg til veiledningen som skal gis etter reglene i [forvaltningsloven § 17](#) tredje og fjerde ledd, skal underretningen om vedtaket opplyse om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter [psykisk helsevernloven § 1-7](#).

Kommentarer til § 12:

Første ledd: Bestemmelsen omhandler overføring i to forskjellige sammenhenger - overføringer mellom forskjellige institusjoner og overføringer til annen tvangsform. Med overføring til annen tvangsform menes overføring fra tvang med opphold i døgninstitusjon til tvang uten døgnopphold eller omvendt, jf. loven [§ 3-5](#) første og tredje ledd.

Bestemmelsen fastslår at det skal treffes særskilt vedtak ved overføringer. Vedtak om overføring treffes av faglig ansvarlig.

Overføringer mellom avdelinger innen samme institusjon faller utenfor denne bestemmelsen. Hvorvidt man har med to ulike døgninstitusjoner eller to avdelinger i samme institusjon å gjøre må vurderes konkret. Det at avdelingene inngår i én organisatorisk enhet er ikke avgjørende. Det avgjørende må være hvilken betydning overføring vil få for pasienten med hensyn til oppbrudd fra vante omgivelser, skifte av behandlingsmiljø, nærhet til familie mv. En avdeling vil etter forholdene kunne anses som en egen døgninstitusjon etter bestemmelsen her dersom den er geografisk atskilt eller fremtrer som en driftsmessig selvstendighet enhet.

I tvilstilfeller er det fylkesmannen som avgjør om en overføring omfattes av bestemmelsen.

I de tilfeller fylkesmannen avgjør at det må fattes overføringsvedtak vil pasienten ha klageadgang på institusjonens overføringsvedtak til kontrollkommisjonen. I de tilfeller hvor fylkesmannen avgjør at det ikke skal fattes overføringsvedtak, har ikke pasienten slik klageadgang.

2.2.7 § 13. Kontrollundersøkelser

Undersøkelse etter [psykisk helsevernloven § 4-9](#) skal gjennomføres av den faglig ansvarlige. Undersøkelsen skal omfatte en redegjørelse for pasientens individuelle plan. Dersom det ikke er utarbeidet individuell plan for pasienten, skal årsaken til dette oppgis.

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

Kommentarer til § 13:

Bestemmelsen understreker at institusjonen fortløpende skal ha fokus på arbeidet med pasientens individuelle plan, jf. lovens [§ 4-1](#). Se for øvrig kommentarer til lovens [§ 4-9](#).

2.2.8 § 14. Begjæring om forlengelse av tvungen psykisk helsevern

Begjæring om samtykke til forlengelse av tvungen psykisk helsevern skal være mottatt av kontrollkommisjonen senest 4 uker før det tvungne vernet opphører, jf. [psykisk helsevernloven § 3-8](#) tredje ledd.

Kommentarer til § 14:

Tvungen psykisk helsevern opphører ett år etter at det ble etablert med mindre kontrollkommisjonen samtykker til forlengelse av vernet.

Dersom institusjonen etter kontrollundersøkelse mener at pasienten fortsatt bør være under tvungen vern, må den fremme begjæring om dette. Slik begjæring skal være kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før vernet opphører. Fristen skal sikre at kommisjonen har tilstrekkelig tid til å behandle saken.

2.3 Kapittel 3. Skjerming, undersøkelse og behandling uten eget samtykke og tvangsmidler

2.3.1 I. Innledende bestemmelse

2.3.1.1 § 15. Vern om personlig integritet. Pasientens rett til medvirkning

Restriksjoner og tvang skal ikke være mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for tiltaket. Tiltaket kan bare iverksettes dersom det gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket, jf. [psykisk helsevernloven § 4-2](#).

Før det iverksettes tiltak etter dette kapittelet, skal pasienten gis så stor innflytelse som mulig. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom ulike tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#). Forsøk på å etablere frivillig samarbeid med pasienten skal fortsette også etter at tiltaket er iverksatt.

Kommentarer til § 15:

Annet ledd: Tiltak etter dette kapittelet vil kunne innebære en innskrenking i pasientens rett til innflytelse. Bestemmelsen presiserer at pasienten likevel skal gis så stor innflytelse som mulig. Det vises til [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#). Om pasienten er uenig i behovet for tiltakene, vil vedkommende likevel kunne mene noe om for eksempel formen for tiltak, og dette bør man så langt det er mulig ta hensyn til. Det skal tas hensyn til hvor og hvordan pasienten ønsker at tiltaket skal gjennomføres. Bestemmelsen understreker at det er pasienten og dennes behov som skal stå i sentrum. Ved valg av tvangsmiddel skal det for eksempel legges vekt på hvilken type tvangsmiddel pasienten opplever som minst inngripende. I den grad det er forsvarlig, bør det også tas hensyn til pasientens ønsker om personalet skal være tilstede eller ikke.

Opplysninger om pasientens syn på ulike tiltak bør nedtegnes i journalen og eventuelt i individuell

plan/kriseplan.

Det skal fortløpende forsøkes å etablere frivillig samarbeid med pasienten, både forut for vedtaket og under gjennomføringen.

2.3.2 II. Skjerming

2.3.2.1 § 16. Vilkår for skjerming

Skjerming skal være begrunnet i behandlingsmessige hensyn eller i hensyn til andre pasienter, jf. [psykisk helsevernloven § 4-3](#). Behandlingsmessige hensyn vil blant annet kunne foreligge dersom det er nødvendig å begrense pasientens sanseinntrykk, eller i situasjoner der pasienten utviser tiltagende uro eller angst og skjerming vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

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

Ved skjerming av hensyn til pasienten selv, må det vurderes om tiltaket vil ha en gunstig behandlingseffekt. Ved skjerming av hensyn til andre, må medpasientenes behov vurderes opp mot de uheldige konsekvenser skjerming kan få for pasienten.

Kommentarer til § 16:

Første ledd: Skjerming av behandlingsmessige hensyn kan være nødvendig for eksempel for å begrense pasientens sanseinntrykk. Skjerming kan også brukes forebyggende dersom pasienten utviser tiltagende uro eller angst, og tiltaket vurderes å kunne motvirke forverring av pasientens tilstand. Tilfeller hvor pasientens psykiske tilstand kan gjøre skjerming påkrevd kan, i tillegg til sterk uro, blant annet omfatte tilfeller hvor vedkommende er kataton. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten lider av en uro som må anses vanlig ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Hvorvidt pasienten utviser tilstrekkelig sterk uro må avgjøres etter en konkret faglig vurdering.

Annet ledd: Skjerming av hensyn til andre pasienter kan for eksempel være nødvendig når en svært dårlig pasient utviser ukritisk og støyende atferd. Skjerming av hensyn til andre pasienter kan også ha et fare- eller skadeavvergende formål. Dette kan særlig være tilfelle hvor pasienten utagerer i miljøet ved avdelingen. Utagering kan kun begrunne skjerming dersom denne er av et slikt omfang at den er svært forstyrrende, plagsom eller uheldig for de andre pasientene. Utageringen må være av kvalifisert art, men det kreves ikke at pasienten utgjør en fare. Bruk av skjerming vil i slike situasjoner kunne forhindre at bruk av tvangsmidler blir nødvendig, jf. lovens [§ 4-8](#).

Skjerming vil være et mindre inngripende tiltak enn for eksempel isolasjon. Det forutsettes derfor at det skal vurderes om skjerming vil være tilstrekkelig i en konkret situasjon, også i situasjoner med et visst element av fare. Sentrale momenter for om tiltaket anses som skjerming eller isolasjon vil være bakgrunnen for tiltaket og hvilket innhold det har. Som eksempel nevnes at en pasient utviser utagerende og aggressiv oppførsel i fellesarealet, og at en pleier leder pasienten til dennes rom i den hensikt å skjerme andre pasienter og å hindre at situasjonen utarter seg, samt å få roet ned pasienten. Hvis dette tiltaket viser seg tilstrekkelig i den konkrete situasjonen, må det regnes som skjerming. Er pasienten derimot så utagerende at det er behov for å ha stengt dør mellom pasient og helsepersonell må tiltaket regnes som isolasjon, jf. lovens [§ 4-8](#), se kommentaren til denne paragrafen vedrørende grenseoppgang mellom skjerming og isolasjon. Dette gjelder også i tilfeller der situasjonen tilspisser

seg etter at pasienten er ledet til rommet for skjerming.

Skjerming kan ikke settes i verk av hensyn til personal/bemanningssituasjon.

2.3.2.2 § 17. Vedtak om skjerming som opprettholdes utover 12 timer

Ved vurderingen av om skjermingen innebærer en betydelig endring av pasientens omgivelser eller bevegelsesfrihet, jf. [psykisk helsevernloven § 4-3](#) andre ledd andre punktum, må det foretas en sammenligning av pasientens situasjon under skjerming og uten slikt tiltak. Sentrale momenter i vurderingen vil være hvilke restriksjoner pasienten blir underlagt, for eksempel om det settes strenge begrensninger for tilgang til bestemte ting eller utgangsmuligheter, og hvordan lokalet som skjermingen gjennomføres i, er innredet.

Kommentarer til § 17:

I lovens [§ 4-3](#) annet ledd andre punktum fremgår det at dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer.

Med «skjermet enhet eller liknende» menes lokale som er atskilt fra fellesarealer og pasientrom i avdelingen. Bestemmelsen gir for øvrig anvisning på vurderingstema her.

2.3.2.3 § 18. Gjennomføring av skjerming

Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjermet enhet). Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten befinner seg. Pasienten kan fysisk ledes dit skjermingen skal gjennomføres.

Pasienten kan holdes tilbake dersom han eller hun forsøker å forlate stedet der skjermingen blir gjennomført. En pasient som er under frivillig psykisk helsevern, kan ikke holdes tilbake eller på annen måte forhindres i å forlate institusjonen dersom han eller hun ønsker dette. Pasienten skal informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen.

Helsepersonell skal være til stede i den utstrekning det er nødvendig. Dersom pasienten gir uttrykk for å ville være alene, skal helsepersonellet forlate rommet dersom tilstedeværelse ikke vurderes som nødvendig.

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

Kommentarer til § 18:

Første og annet ledd: Skjerming innebærer at pasienten ikke får ta del i aktivitetene i fellesmiljøet på vanlig måte, og at han eller hun får begrenset bevegelsesfrihet og selvbestemmelsesrett. Tiltaket kan også innebære restriksjoner for eksempel ved begrensning av tilgang til bestemte ting eller utgangsmulighet. Innskrenkning i pasientens forbindelse med omverdenen forutsetter imidlertid at det treffes eget vedtak om dette, jf. **fjerde ledd**.

Fotfølging - at helsepersonell ved institusjonen til enhver tid har visuell kontakt med pasienten - vil ikke i seg selv anses som skjerming. Fotfølging innebærer normalt ikke at pasienten gis restriksjoner på hvor vedkommende kan oppholde seg. Pasienten kan bevege seg fritt også blant andre pasienter og helsepersonell, og tiltaket faller derfor i utgangspunktet ikke inn under definisjonen av skjerming.

At pasienten ved skjerming kan "henvises til eget rom" skal ikke tolkes slik at det regnes som skjerming dersom helsepersonell ber en pasient om å gå til rommet sitt. Derimot vil det være skjerming dersom pasienten etter anmodningen motsetter seg å gå på rommet, men likevel pålegges å gjøre det.

Det er ikke adgang til å låse døren til rommet der pasienten befinner seg eller på annen måte holde døren fysisk stengt, for eksempel ved fysisk makt eller ved hjelp av en kloss eller lignende. Det er imidlertid anledning for helsepersonell som er inne i rommet med pasienten å hindre pasienten i å ta seg ut av døren, for eksempel ved at helsepersonellet stiller seg slik at de blokkerer/stenger utgangen.

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

Tredje ledd: Hvorvidt og i hvilken grad helsepersonell skal være tilstede avgjøres etter en faglig vurdering. Dersom pasienten ikke ønsker tilstedeværelse, skal dette respekteres i den grad det er forsvarlig og tilstedeværelse ikke er nødvendig av behandlingsmessige hensyn.

2.3.3 III. Undersøkelse og behandling uten eget samtykke

2.3.3.1 § 19. Vurdering av alternative tiltak

Før vedtak kan treffes etter [psykisk helsevernloven § 4-4a](#), skal det alltid vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til behandling uten eget samtykke.

Kommentarer til § 19:

Det vises til [forskriften § 15](#) og kommentarene til denne. Pasienten skal så langt mulig tas med på råd og gis innflytelse over innholdet i behandlingen. Så langt det er forsvarlig må pasientens ønske om å avstå fra eller avslutte medikamentell behandling respekteres. Pasienten må gis mulighet til å treffe et selvstendig og informert valg om behandling, basert på god og tilpasset informasjon om ulike behandlingsalternativer.

2.3.3.2 § 20. Nærmere om undersøkelsen

Før det treffes vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke, skal den faglig ansvarlige for vedtaket personlig ha undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timer.

Vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan ikke fattes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet. Dette gjelder ikke hvis pasienten ved utsettelse vil lide vesentlig helseskade, eller hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen.

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

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

Undersøkelsen skal alltid skje ved observasjon i godkjent institusjon, med mindre det av hensyn til forsvarlig helsehjelp bør skje i annen institusjon, jf. [psykisk helsevernloven § 3-5](#) andre ledd.

Ved vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke skal undersøkelsen skje ved døgnopphold, med mindre den ansvarlige institusjon har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende medikasjon og virkningen av denne på pasienten.

Kommentarer til § 20:

Første ledd oppstiller krav til undersøkelse ved behandling med legemiddel. For det første kreves det at faglig ansvarlig selv har undersøkt pasienten i løpet av de siste 48 timer.

Annet ledd gjelder også behandling med legemidler og oppstiller krav om at undersøkelsestiden skal være minimum fem døgn. Bestemmelsen er identisk med lovens [§ 4-4](#) femte ledd, og det vises til kommentarene til denne bestemmelsen.

Tredje ledd: Bestemmelsen presiserer kravet om legeundersøkelse ved vedtak om tvangsernæring. Legeundersøkelsen må foretas i direkte tilknytning til at slikt vedtak treffes. I tilfeller hvor faglig ansvarlig er lege, kan vedkommende selv forestå undersøkelsen.

Fjerde ledd: Det kreves at institusjonen gjennom hele undersøkelsesperioden søker å oppnå pasientens tillit og få pasientens samtykke slik at vedtak blir unødvendig. Det vises for øvrig til [forskriften § 15](#) og kommentaren til denne.

Femte ledd første punktum: Undersøkelsen skal alltid foregå i institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Tvungent psykisk helsevern kan gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent for dette formålet dersom det er nødvendig for å sikre at pasienten kan få forsvarlig helsehjelp, jf. loven [§ 3-5](#) annet ledd. Dette vil typisk være aktuelt ved ernæringstilførsel uten eget samtykke. Forutgående undersøkelse kan da utføres i institusjon som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Femte ledd annet punktum: Fra kravet om at undersøkelse må skje ved døgnopphold før legemiddelbehandling gjør bestemmelsen unntak dersom institusjonen har inngående kjennskap til og erfaring med pasienten og pasientens situasjon, og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende medikasjon og virkningen av denne for den aktuelle pasienten. Dette er aktuelt dersom pasienten har hatt opphold på institusjonen tidligere eller vært behandlet med medisiner, men så sluttet å ta disse. Hovedkravet om tilstrekkelig undersøkelse gjelder like fullt. Unntaket gjelder ikke dersom pasienten har liten tidligere erfaring med legemidler.

2.3.3.3 § 21. Vedtak om behandling uten eget samtykke

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

Vedtaket skal angi planlagt begynnelse og varighet av behandlingen. Den planlagte varigheten kan maksimalt settes til 3 uker. Ved vedtak om behandling med legemidler kan varigheten maksimalt settes til 3 måneder. Av vedtaket skal det også fremgå at kravene til tilstrekkelig undersøkelse etter [§ 20](#) er oppfylt.

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

Begrunnelsen for slik umiddelbar iverksettelse skal fremgå av vedtaket.

Kommentarer til § 21:

Bestemmelsen inneholder krav til vedtak om tvungen behandling, og supplerer bestemmelsen om krav til vedtaket i lovens [§ 4-4 a](#).

Første ledd: Vedtak om behandling uten eget samtykke kan omfatte flere behandlingsformer. Det gjøres imidlertid unntak for behandling med legemidler, som alltid skal fattes som separat vedtak.

Annet ledd første punktum: Vedtaket skal være tidsbegrenset. Behandling uten eget samtykke kan kun vedtas for inntil tre uker om gangen, så fremt det ikke gjelder behandling med legemidler. Ved behandling med legemidler kan varigheten settes til inntil tre måneder.

Når henholdsvis tre uker/tre måneder er gått, opphører vedtaket. Behandlingen kan da kun fortsette dersom pasienten samtykker til dette eller dersom det treffes nytt vedtak.

I enkelte tilfeller ser man at institusjonen fatter nytt vedtak om behandling uten eget samtykke **før** vedtaksperioden for forrige vedtak er utløpt. Når det treffes nytt vedtak anses det forrige vedtaket som bortfalt, og det nye vedtaket trer inn i stedet.

Annet ledd annet punktum: Det skal fremgå av vedtaket at den personlige undersøkelsen av pasienten, er gjort i henhold til kravene i [forskriften § 20](#).

Tredje ledd: Begrunnelsen for at det skal gå 48 timer fra pasienten er underrettet om vedtaket til behandling starter, er at pasienten skal ha anledning til å vurdere om han eller hun vil klage på vedtaket. Klage i løpet av disse 48 timene har oppsettende virkning, jf. [forskriften § 28](#) tredje ledd. Annet punktum gjør unntak fra kravet om 48 timers ventetid dersom tungtveiende behandlingsmessige grunner tilsier at behandling må starte tidligere. Dette kan for eksempel være tilfelle dersom man ved utsettelse risikerer at pasientens tilstand blir vesentlig forverret eller det er overhengende fare for at sjansen til vellykket behandling forspilles. Det er faglig ansvarlig som vurderer om det er uforsvarlig å vente med å iverksette behandlingen.

2.3.3.4 § 22. Gjennomføring av behandling med legemidler

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

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

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

Kommentarer til § 22:

Første ledd: Med uttrykket «ikke er mulig» menes blant annet det ikke er mulig å få pasienten til å forstå behovet for medisiner. Forbudet mot depotinjeksjoner ved akutte lidelser antas ikke å ramme medikamenter med relativt begrenset depoteffekt (opp til to-tre dager). En lidelse med hyppig tilbakefall vil normalt ikke regnes som en akutt sinnslidelse etter forskriften.

Annet ledd: Behandling skal skje ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Dette gjelder også pasienter som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Imidlertid åpner annet ledd for behandling med legemidler utenfor institusjon, for eksempel i pasientens hjem ved at kommunens hjemmesykepleie sørger for at pasienten tar medisiner eller ved at pasienten møter hos fastlege for injeksjon av depotmedisiner. Det stilles tre vilkår for en slik ordning: Pasienten må ønske dette, det må være inngått avtale mellom institusjonen og helsetjenesten som sørger for den praktiske gjennomføringen, og gjennomføringen må skje under forsvarlig tilsyn og veiledning av institusjonen. De regionale helseforetakene skal dekke utgifter til behandling som utføres av andre tjenesteytere etter avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 5-2](#) jf. [§ 5-1](#). Pasienter som mottar legemiddelbehandling med hjemmel i loven [§ 4-4](#) fra kommunal hjemmesykepleier, fastlege ol. etter avtale med spesialisthelsetjenesten, skal derfor ikke betale egenandel for dette.

Tredje ledd: Pasienten har rett til informasjon om faktisk dosering og mulige bivirkninger, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, og helsepersonell skal så langt mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. God informasjon om mulige gjennomføringsmåter vil være en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne benytte sin rett til medvirkning.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [12/1394](#)

2.3.3.5 § 23. Gjennomføring av behandling med ernæringstilførsel

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#), kan ernæringstilførsel gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent for bruk av tvang. I slike tilfeller er den godkjente institusjonen ansvarlig for det tvungne vernet.

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

Kommentarer til § 23:

Første ledd: Pasienten kan ha opphold utenfor institusjon som er godkjent for bruk av tvang, jf. lovens [§ 3-5](#) annet ledd. Unntaket er utformet generelt, men vil særlig være aktuelt for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelse. Dersom ernæringstilførselen gis ved midlertidig døgnopphold i annen institusjon er den godkjente institusjonen ansvarlig for det tvungne vernet. Institusjonene må etablere samarbeid som gjør det mulig å ivareta dette ansvaret.

Vedtak om ernæringstilførsel uten eget samtykke treffes av faglig ansvarlig, jf. lovens [§ 1-4](#). Denne vil være ansvarlig for vedtaket også der behandlingen gjennomføres på somatisk avdeling. Dette innebærer blant annet at det er faglig ansvarlig som må foreta den løpende vurderingen av om lovens vilkår for bruk av tvang er oppfylt. Faglig ansvarlig har også ansvar for at pasienten får nødvendig psykiatrisk behandling og oppfølging mens han eller hun er innlagt på somatisk avdeling. Behandlingsansvaret for selve den medisinske gjennomføringen av næringstilførselen og somatiske komplikasjoner vil på vanlig måte ligge hos den somatiske avdelingen der pasienten er innlagt. Den somatiske avdelingens ansvar vil omfatte de somatiske sidene ved behandlingen (det vil si ernæringstilførselen) som for eksempel plassering av sonde, veneflon, bruk av intravenøs væsketilførsel, overvåkning, blodprøvetaking og så videre.

Den somatiske avdelingen er ikke underlagt faglig ansvarliges instruksjonsmyndighet. Pasienten må henvises til somatisk avdeling på vanlig måte, og den somatiske avdelingen må foreta en selvstendig vurdering av om gjennomføring av behandlingen som faglig ansvarlig tar initiativ til kan skje i

overensstemmelse med lovverkets krav til forsvarlighet, jf. [helsepersonelloven §§ 4 og 16](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#).

Opphold på somatisk avdeling i forbindelse med tvangsernæring forutsetter et nært samarbeid med den psykiatriske avdelingen. Avdelingene bør derfor ligge i geografisk nærhet til hverandre, og aller helst innenfor samme sykehusområde. Videre må den nærmere gjennomføringen av samarbeidet tilpasses den enkelte pasients tilstand og behov, og det må settes klare rammer for samarbeidet i forhold til den enkelte pasient.

Når det gjelder forholdet mellom klinisk psykolog som faglig ansvarlig for vedtaket og legen som foretar den forutgående legeundersøkelsen ([forskriften § 20](#) annet ledd) bemerkes det at begge har et selvstendig ansvar for å sikre at deres vurdering foretas i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet, jf. [helsepersonelloven § 4](#). Dette innebærer at de selv må vurdere om de har tilstrekkelige kvalifikasjoner til henholdsvis å foreta undersøkelse og treffe avgjørelse om tvangsbruk. Den kliniske psykologens ansvar omfatter også at de somatiske sidene ved avgjørelsen er vurdert. En faglig ansvarlig psykolog må derfor overlate vurderingen til en faglig ansvarlig psykiater i de tilfeller der vedkommende ikke finner det forsvarlig å gjøre vurderingen selv.

Annet ledd: Pasienten har rett til informasjon, både om at ernæring tilføres og faktisk dosering, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, og helsepersonell skal så langt mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. God informasjon om mulige gjennomføringsmåter vil være en viktig forutsetning for at pasienten skal kunne benytte sin rett til medvirkning.

Informasjon til pasienten kan unnlates dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven 3-2 tredje ledd](#).

Praktisk

Se også [Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser](#).

2.3.4 IV. Tvangsmidler

2.3.4.1 § 24. Hvilke institusjoner som kan anvende tvangsmidler

Tvangsmidler som nevnt i [psykisk helsevernloven § 4-8](#), kan bare anvendes i institusjon som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern med døgnopphold.

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

Kommentarer til § 24:

Første ledd: Tvangsmidler kan kun anvendes i institusjon som er godkjent for tvungen psykisk helsevern med døgnopphold. Det vises til forskriften kapittel 1, [§§ 2 - 4](#).

Annet ledd: Unntaksvis kan det forekomme situasjoner hvor det er nødvendig å bruke tvangsmidler overfor pasienter i andre typer institusjoner, og i annet ledd åpnes det for dette. Det kan for eksempel

være aktuelt ved en avdeling som kun har frivillige innleggelser.

Bruk av tvangsmidler utenfor godkjent institusjon skal meldes til kontrollkommisjonen, jf. [§ 30](#) fjerde ledd.

2.3.4.2 § 25. Avgjørelse om bruk av tvangsmidler

Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandlingsøyemed.

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

Kommentarer til § 25:

Første ledd: Tvangsmidler skal ikke brukes i behandlingsøyemed eller som straff.

Annet ledd: Faglig ansvarlig, jf. loven [§ 1-4](#) og [forskriften § 27](#), treffer vedtak om bruk av tvangsmidler. Det vil imidlertid kunne oppstå situasjoner hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. I slike unntakstilfeller vil det tilstedeværende personalet som er ansvarshavende, for eksempel lege, avdelingssykepleier eller psykolog, kunne vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. Dersom tiltak i en akutt situasjon iverksettes og avsluttes av miljøpersonell før faglig ansvarlig eller ansvarshavende kommer til stedet, skal faglig ansvarlig, eventuelt ansvarshavende, fatte etterfølgende vedtak. Dette gjøres av hensyn til registrering, slik at institusjonen får et korrekt bilde av omfanget av tvangstiltak, og for at pasientens klagerett skal ivaretas. Dersom faglig ansvarlig/ansvarshavende kommer til at tvangsmiddelbruken var ulovlig og at det derfor ikke kan fattes vedtak, må hendelsen likevel dokumenteres i journal og forevises kontrollkommisjonen. Ved eventuelle gjentatte ulovlig tvangsmiddelbruk må avdelingens rutiner gjennomgås, og kontrollkommisjonen må vurdere om forholdet bør rapporteres til fylkesmannen.

Hvis vedtak er truffet av en annen enn faglig ansvarlig, skal faglig ansvarlig underrettes snarest. Faglig ansvarlig skal da vurdere om bruk av tvangsmidler skal opprettholdes. Hvorvidt faglig ansvarlig må kontaktes umiddelbart eller underretningen kan vente til faglig ansvarlig er tilstede ved avdelingen, må avgjøres etter **en konkret vurdering i det enkelte tilfelle**. Ved denne vurderingen vil sentrale momenter være hvilken type personell som er tilstede (formelle og reelle kvalifikasjoner), hvor godt disse kjenner pasienten, hvordan situasjonen utarter seg (herunder hvor lenge det er nødvendig å opprettholde tvangsmiddelbruken), hvor lenge det er til faglig ansvarlig vil være tilstede, tidligere tvangsmiddelbruk overfor pasienten osv.

Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler treffes av lege. Dersom faglig ansvarlig er lege, vil det være naturlig at det er vedkommende som treffer vedtak om også denne type tvangsmidler. Dersom det er behov for å bruke legemidler som tvangsmiddel når legen ikke er tilstede, kan legen muntlig treffe vedtak og meddele dette over telefon dersom dette er forsvarlig. Vedtaket må nedtegnes så snart som mulig.

2.3.4.3 § 26. Gjennomføring av bruk av tvangsmidler

Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Isolering skal maksimalt benyttes i inntil to timer av gangen. Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, skal det så langt det er

mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes.

Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn. Ved fastspenning i seng eller stol skal personellet oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig.

Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

Kommentarer til § 26:

Første ledd: Mindre inngripende tiltak bør forsøkes i den grad det er mulig. Før et tvangsmiddel tas i bruk skal pasienten i den grad det er mulig informeres om at tiltaket vil bli iverksatt og hvorfor dette blir gjort. Tiltaket skal gjennomføres på en så lite inngripende måte som mulig. Hva som er minst inngripende gjennomføringsmåte må vurderes konkret for den enkelte pasient. For enkelte pasienter bør fastholding for eksempel bare gjennomføres av personale av samme kjønn som pasienten. Tilsvarende kan det tenkes at fastholding bør unngås overfor pasient som har vært utsatt for seksuelt misbruk.

Tvangsmidler skal ikke brukes lenger enn det som er ytterst nødvendig. Det vises også til bestemmelsens siste ledd om at bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende.

Anbringelse av pasienten bak låst dør uten personale til stede kan maksimalt anvendes i inntil to timer om gangen. Isolasjon bør brukes med forsiktighet. Etter to timer skal andre tiltak prøves ut før man eventuelt startet ny periode med isolasjon. Det vil si at en ny periode ikke kan følge etter kun en liten pause, men etter noen timer der man vurderer mindre inngripende tiltak eller eventuelt andre type tvangsmidler.

Ved sammenhengende bruk av tvangsmiddel ut over 8 timer skal det så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid, for eksempel løses fra belter eller gis transportbelter i stedet for belteseng. Kan dette ikke gjøres skal årsaken til dette nedtegnes. Dette skal gjentas hver 8 time.

Annet ledd: Med uttrykket kontinuerlig tilsyn forstås visuelt tilsyn. Dette innebærer at personalet skal være innen synsrekkevidden til pasienten så lenge tvangsmiddelet er i bruk. Personalet skal ikke oppholde seg lenger unna enn at pasienten straks kan tilkalle vedkommende. Ved fastspenning til seng eller belte skal personale oppholde seg i samme rom som pasienten. Hvis pasienten sover eller gir uttrykk for at vedkommende ønsker å være alene kan pleiepersonalet forlate rommet dersom dette er forsvarlig. Pasienten må likevel hele tiden være under tilsyn.

Tredje ledd: At bruk av tvangsmiddel skal vurderes fortløpende innebærer at man kontinuerlig må veie pasientens situasjon og den fare han eller hun representerer opp mot de ulemper tvangsmiddelet innebærer for pasienten. Bruken skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.

Praktisk

Se også Helsedirektoratets fortolkning [11/5503](#).

2.3.5 V. Generelle bestemmelser

2.3.5.1 § 27. Vedtakskompetanse. Underretning m.m.

Vedtak etter dette kapitlet treffes av den faglig ansvarlige, med mindre annet er særskilt bestemt, jf. andre ledd i paragrafen her og [§ 25](#) andre ledd. For vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke, jf. [psykisk helsevernloven § 4-4a](#), kreves det at den faglig ansvarlige er lege med spesialistutdanning som nevnt i [denne forskriften § 5](#) andre ledd.

Vedtak om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, jf. [psykisk helsevernloven § 4-8](#) andre ledd bokstav c, treffes av lege.

Den underretning om vedtaket som skal gis etter reglene i [forvaltningsloven § 27](#), skal gis både til pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende, med mindre pasienten motsetter seg dette. I tillegg til veiledningen som skal gis etter reglene i [forvaltningsloven § 17](#) tredje og fjerde ledd, skal underretningen om vedtaket opplyse om pasientens rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig etter [psykisk helsevernloven § 1-7](#).

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

Kommentarer til § 27:

Første ledd: I [§ 25](#) annet ledder det gjort unntak fra kravet om at faglig ansvarlig skal treffe vedtak om tvangsmidler. I akutt nødsituasjon kan dette gjøres av ansvarshavende ved avdelingen.

Denne type vedtak kan ikke treffes av faglig ansvarlig som er psykologspesialist.

Annet ledd: Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler treffes av lege. Dersom faglig ansvarlig er lege vil det være naturlig at det er vedkommende som treffer vedtak om også denne type tvangsmidler.

Tredje ledd: Pasient og nærmeste pårørende skal underrettes om vedtaket så snart som mulig. Underretning skal i utgangspunktet gis skriftlig, det vil i praksis si i form av en kopi av vedtaket. Underretningen må opplyse om vedtaket og begrunnelsen for dette. Det skal videre gis opplysninger om klageadgang, klagefrist, klageinstans og den nærmere fremgangsmåten ved klage.

Bestemmelsen presiserer at pasienten kan motsette seg at nærmeste pårørende informeres om vedtak etter dette kapitlet (forskriften kapittel 3). Forskriften kapittel 3 omfatter tiltakene skjerming, undersøkelse og behandling uten eget samtykke og tvangsmidler, men den samme reservasjonsretten må antas å gjelde andre tiltak etter lovens kapittel 4 (bortsett fra vedtak om overføring i [§ 4-10](#)).

Fjerde ledd: Det må fortløpende tas stilling til om vedtak skal opprettholdes. Bestemmelsen er et utslag av det generelle forsvarlighetskravet nedfelt i [helsepersonelloven § 4](#). I vurderingen skal det tas hensyn til pasientens syn på saken, jf. [forskriften § 15](#). Dersom det foretas vesentlige endringer i behandlingsopplegget skal det treffes nytt vedtak.

2.3.5.2 § 28. Klage

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

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

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

Kommentarer til § 28:

Første ledd: Klage kan fremsettes for helsepersonell der pasienten oppholder seg. Dette åpner for at klage kan fremsettes for eksempel for sykepleier, og ikke bare for den som har truffet vedtaket.

Dersom pasienten ønsker å klage på tvangsbehandlingsvedtak ([§ 4-4 a](#)), må institusjonen umiddelbart kontakte kontrollkommisjonen for oppnevning av advokat eller kontakte advokat direkte, dersom pasienten ønsker dette, *da pasienten har* krav på inntil fem timer fri rettshjelp i forbindelse med vurdering/utforming av klagen, jf. loven [§ 1-7](#). Advokaten kan bistå pasient med nedtegning av klagen. Dersom pasient ønsker å levere klage før konsultasjon med advokat lar seg gjennomføre eller pasient ikke ønsker advokat, skal mottakeren av klagen om nødvendig skrive ned klagen (se siste avsnitt i kommentaren til første ledd).

Klagen kan leveres til institusjonen eller sendes direkte til fylkesmannen. Selv om første ledd førstepunktum - som et unntak fra hovedregelen i fvl. § 32 bokstav a) - tillater at klage sendes direkte til fylkesmannen eller kontrollkommisjonen, innebærer ikke dette at institusjonen er fritatt for å gjøre de undersøkelser som klagen gir grunn til, jf. fvl. § 33 andre ledd. Det innebærer først og fremst at institusjonen må ta stilling til nye opplysninger og de anførsler som gjøres i klagen, og om nødvendig supplere vedtakets begrunnelse. Dette er nødvendig for at institusjonen skal kunne vurdere eventuell omgjøring av vedtaket, så vel som for å effektivisere klagebehandlingen hos fylkesmannen og kontrollkommisjonen. Det forutsettes selvsagt at institusjonen ikke kan gjøre slike undersøkelser før fylkesmannen eller kontrollkommisjonen (eventuelt klager selv) har orientert institusjonen om klagen.

Dette tilsier at institusjonen må prioritere å ta hurtig stilling til opplysningene og anførselene i klagen og gjøre nødvendige undersøkelser som følge av disse ganske umiddelbart, men det tilsier også at mer inngående undersøkelser ikke kan forventes.

Ved øvrige klager over vedtak dette kapittel, må den som mottar en muntlig klage, skrive ned klagen, jf. første ledd andre punktum. Dersom det etter forholdene er grunn til det, kan den som mottar en muntlig klage be om at pasienten gir skriftlig uttrykk for at vedkommende vil klage, jf. første ledd tredje punktum. Dette kan være aktuelt dersom det er grunn til å tro at det ikke foreligger et reelt ønske om å klage, eksempelvis dersom helsepersonell har erfaring for at pasienten fremsetter klage i frustrasjon og senere gir uttrykk for at han eller hun ikke ønsker å benytte klageadgangen. Det er viktig å merke seg at kravet om at pasienten gir skriftlig uttrykk for at han eller hun vil klage, ikke er et krav om at pasienten skriver klagen selv. Det er heller ikke et krav om at pasienten signerer klagen. Helsepersonell skal om nødvendig bistå med nedtegning av selve klagen, jf. første ledd fjerde punktum. Institusjonen bør utvise stor grad av fleksibilitet her.

I første ledd fjerde punktum heter det også at vedtaket skal oversendes til fylkesmannen eller kontrollkommisjonen straks. Dette tilsier at institusjonen må prioritere å ta hurtig stilling til opplysningene og anførselene i klagen og gjøre nødvendige undersøkelser som følge av disse ganske umiddelbart, men det tilsier også at mer inngående undersøkelser ikke kan forventes.

Annet ledd: Klagen skal behandles selv om tiltaket har opphørt. Selv om klageadgangen i slike tilfeller ikke får direkte betydning for bruken av det aktuelle tiltaket vil den likevel være egnet til å avdekke eventuelt misbruk eller feil bruk av gjennomføringstiltak.

Tredje ledd: En klage har som hovedregel ikke oppsettende virkning. Dette innebærer at vedtaket skal

iverksettes selv om det er påklaget.

Dersom pasienten klager innen 48 timer etter at vedkommende får melding om vedtak om legemiddelbehandling (loven [§ 4-4](#) a), har klagen oppsettende virkning. Dette innebærer at vedtaket ikke kan iverksettes før klagesaken er avgjort. Vil slik utsettelse av behandlingen kunne gi pasienten alvorlig helseskade, vil ikke vedtaket ha slik oppsettende virkning. Med uttrykket «alvorlig helseskade» menes en alvorlig og akutt risiko for at pasientens helsetilstand forverres betydelig. Uttrykket kan også innbefatte alvorlig fysisk helseskade, selvbeskadigelse eller forsøk på suicid. Det må utøves skjønn hvor både somatiske og psykiske følger av utsettelse skal vurderes. Det er faglig ansvarlig som vurderer om det er uforsvarlig å vente med å sette i gang behandlingen, se [§ 21](#).

Den alminnelige klagefristen på vedtak etter lovens kapittel 4 er ellers tre uker, jf. [forvaltningsloven § 29](#), med unntak av overføringsvedtak etter [§ 4-10](#) hvor klagefristen er én uke. Fristen for å klage er tre uker fra det tidspunkt underretning om vedtaket er kommet frem til den klageberettigede.

For klager som fremsettes etter fristens utløp vises det til [forvaltningsloven § 31](#) om oversittelse av klagefrist. Et pågående tvangstiltak vil i de fleste tilfeller gi grunnlag for oppreisning for fristoversittelse. Dersom pasienten eller pasientens nærmeste pårørende mener at vilkårene for bruk av vedtak etter lovens [kapittel 4](#) ikke lenger er til stede vil vedkommende ha rettslig interesse av å få overprøvd institusjonens vurdering av dette spørsmålet.

2.3.5.3 § 29. Klagebehandling

Kontrollkommisjonens behandling av klage reguleres i [kapittel 7](#).

For Fylkesmannens behandling av klage gjelder reglene i [forvaltningsloven](#) med de tilføyelser som følger av neste ledd.

Fylkesmannen skal treffe avgjørelser uten ugrunnet opphold. Dersom det anses påkrevet, skal det engasjeres sakkyndig hjelp. Det skal tas personlig kontakt med pasienten, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Dersom klagen tas til følge, skal det treffes vedtak om øyeblikkelig opphør av eventuell iverksatt behandling. Underretning om avgjørelsen skal sendes til klageren med gjenpart til den faglig ansvarlige for vedtaket.

Kommentarer til § 29:

Første ledd: Kontrollkommisjonen behandler alle klager over vedtak etter lovens [kapittel 4](#), med unntak av tvangsbehandlingsvedtak etter [§ 4-4](#) a. Kontrollkommisjonens behandling av klage reguleres i loven [§ 6-4](#) og forskriften [§§ 51-56](#).

Klagebehandlingen er nærmere omtalt i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet](#).

Annet ledd: Fylkesmannen behandler klager på vedtak etter lovens [§ 4-4](#) a (tvangsbehandling). Fylkesmannens klagebehandling reguleres av forvaltningsloven med de tilføyelser som følger av [§ 29](#) tredje ledd. Bestemmelsene utfylles av [forvaltningsloven kapittel VI](#), jf. [psykisk helsevernloven § 1-6](#).

Fylkesmannens klagebehandling er nærmere omtalt i [Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4](#)

2.3.5.4 § 30. Registrering av vedtak om skjerming, behandling uten eget

Samtykke og bruk av tvangsmidler

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

Fylkesmannen og kontrollkommisjonen skal på forespørsel forelegges protokollene.

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

I tilfeller som nevnt i [§ 24](#) andre ledd, skal tvangsmiddelets art, begrunnelse for bruken, tidspunktet for iverksettelse og opphør samt navn på den som har truffet vedtaket, nedtegnes. Melding om tvangsmiddelbruken skal snarest sendes til kontrollkommisjonen.

Kommentarer til § 30:

Første ledd: Ved legemiddelbehandling skal det fremgå hvilken mengde medisin som er gitt over hvor lang tid.

Helsedirektoratet gir ut papirversjoner av protokoller for registrering av skjerming, behandling uten eget samtykke og skjerming (en rød, en grønn og en blå). Helsedirektoratet ønsker imidlertid at disse papirprotokollene avvikles ved at institusjonene går over til "elektroniske protokoller": Helsedirektoratet har i samarbeid med E-helsedirektoratet utarbeidet en standard for registrering av vedtak om tvang i det psykiske helsevern i elektronisk pasientjournal (EPJ). Standarden kan lastes ned fra [E-helsedirektoratets hjemmeside](#).

Standarden skal legge forholdene til rette for en enhetlig og korrekt dokumentasjon av vedtak etter psykiske helsevernloven ved at prosessen knyttet til registrering av vedtak forenkles. Ved å bruke standarden unngår en blant annet dobbeltregistrering ved at en registrering i EPJ både inngår i en "elektronisk tvangsprotokoll" og skrives ut i form av et vedtaksskjema. Ettersom vedtaksskjemaene og tvangsprotokollene er en del av pasientjournalen kan de føres elektronisk. Dette innebærer at det er unødvendig å ha papirversjoner i tillegg.

Standarden for registrering kan gi god oversikt over bruk av tvang innen den enkelte institusjon og ovenfor den enkelte pasient. Det kan tas ut oversikt for den enkelte pasient, for en avgrenset del av virksomheten, eller for virksomheten som helhet.

Standarden vil gi kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet bedre mulighet for kontroll av tvangsbruk, og den enkelte institusjon vil få betydelig bedre grunnlagsdata for bruk i egen fag- og kvalitetsutvikling. Videre vil den enhetlige formen for registrering gi direkte sammenlignbare tall for alle institusjoner innen psykisk helsevern, noe som vil forenkle og forbedre rapporteringen til Norsk Pasientregister (NPR).

Tredje ledd: Gjentatt eller vedvarende bruk av skjerming eller tvangsmidler kan si noe om institusjonens evne til å håndtere pasienten. Etter tredje ledd skal institusjonen derfor uoppfordret melde fra til kontrollkommisjonen ved bruk av skjerming eller tvangsmidler over lengre tid. Med lengre tid forstås ikke kun sammenhengende bruk av tvangsmiddel over flere dager eller bruk av skjerming utover den tidsperiode som etter [psykisk helsevernloven § 4-3](#) krever nytt vedtak (utover to uker), men også gjentatt bruk over et lengre tidsrom.

Dette kan for eksempel være tilfelle der en pasient gjentatte ganger holdes skjermet over en periode på flere uker uten at dette medfører noen forandring i forholdet som gjorde skjermingen nødvendig. Dette kan tilsi at pasienten har behov for annen form for behandling enn avdelingen kan tilby. Over hvor lang tidsperiode skjerming kan brukes før det skal meldes til kontrollkommisjonen vil avhenge av hvor hyppig bruken av skjerming er i perioden og hvor inngripende tiltakets innhold og gjennomføring

er i det enkelte tilfellet.

2.4 Kapittel 5. Gjennomføring av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon

2.4.1 § 31. Kontaktperson

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

Kommentarer til § 31:

Kravet om at pasienten skal ha en kontaktperson blant institusjonens behandlingspersonell på dagtid, bør ses i sammenheng med kravet om at det utpekes en koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a](#) og [forskrift av 16.12. 2011 nr 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#). Det er imidlertid ikke noe i veien for at kontaktpersonen kan være en annen enn den som er utpekt som koordinator, for eksempel en sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Pasienten og dennes pårørende må videre gis informasjon om hvem som kan kontaktes utenom dagtid. Dette behøver ikke nødvendigvis være en bestemt person. Det behøver heller ikke være personell ved institusjonen, men kan f. eks være vakthavende lege i kommunen. Det vises til [forskriften § 32](#).

2.4.2 § 32. Samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten

Den ansvarlige institusjon skal etablere et samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten om å lage et opplegg for vernet for pasienter som er under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon. Et slikt samarbeid skal nedfelles i pasientens individuelle plan.

Kommentarer til § 32:

I hvilken grad tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon vil være bedre for pasienten enn et institusjonsopphold, vil i mange tilfeller være avhengig av i hvilken grad pasienten har et nettverk rundt seg. I mange tilfeller vil bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten være nødvendig for en forsvarlig gjennomføring av vernet. Tjenestetilbudet fra kommunen kan også utgjøre store deler av pasientens nettverk. Det skal derfor etableres samarbeid mellom den behandlingsansvarlige institusjon og kommunens helse- og omsorgstjeneste som skal nedfelles i en eventuell individuell plan.

2.4.3 § 33. Samarbeid med pasientens pårørende

Under forutsetning av at pasienten ikke motsetter seg det, skal den ansvarlige institusjon søke å etablere et samarbeid med pasientens pårørende.

Kommentarer til § 33:

Med pasientens pårørende menes de personer som er nevnt i [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b](#). Utgangspunktet er at institusjonens behandlingspersonell har taushetsplikt overfor pasientens pårørende.

Pasienten kan samtykke til at institusjonen etablerer samarbeid med pårørende. Det viktigste er at pårørende blir informert i forbindelse med etableringen av vernet. Dersom pasienten ikke samtykker til slikt samarbeid, men skal bo hos pårørende, vil det i mange tilfeller ikke være forsvarlig å etablere tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon, jf. også [§ 11](#) med kommentarer.

Se for øvrig [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#).

2.4.4 § 34. Henting

Dersom pasienten ikke møter til undersøkelse eller behandling, kan institusjonens personell om nødvendig hente vedkommende. Henting skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten. Henting kan eventuelt skje med bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Dersom det er behov for bruk av fysisk makt, skal det benyttes bistand fra politiet.

Dersom pasienten etter en henting likevel ikke møter til undersøkelse eller behandling, skal det på nytt vurderes om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold er det beste for pasienten.

Kommentarer til § 34:

Første ledd: Dersom pasienten ikke møter til behandling er det institusjonen som har ansvar for å vurdere om det er nødvendig å hente pasienten. Det forutsettes at det er helsepersonell med selvstendig behandlingsansvar som foretar vurderingen av om pasienten skal hentes og om det er nødvendig med tvang og eventuelt bistand fra andre. Dette fordi det er behandlingspersonellet som kjenner pasienten og som står nærmest til å foreta de faglige vurderingene. Institusjonen kan for øvrig bestemme hvilket personell som faktisk skal utføre avhenting ut fra hva som er hensiktsmessig i det enkelte tilfelle.

Institusjonen kan be om bistand fra offentlig myndighet ved henting. Dersom det er behov for bruk av fysisk makt, skal bistand fra politiet benyttes. Det vises til rundskrivet [Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - Oppgaver og samarbeid](#).

Annet ledd: Det skal fortløpende vurderes om den vedtatte formen for tvungent psykisk helsevern er til det beste for pasienten, jf. loven [§ 3-5](#) tredje ledd og [§ 3-7](#) første ledd. Dette skal alltid vurderes dersom pasienten etter henting ikke selv møter til behandling.

2.5 Kapittel 6. Pasienter i privat forpleining

2.5.1 § 35. Virkeområde

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

Kommentarer til § 35:

I bestemmelsen presiseres at forskriften regulerer forpleining av pasienter som er under

privatpleieordningen ved tidspunktet for lovens ikrafttredelse, dvs. 1. januar 2001. Det følger av bestemmelsen at forpleiningskontrakter som inngås etter 1. januar 2001 ikke reguleres av denne forskriften. Privatforpleining er på vei ut av spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsene i forskriften er videreført for å sikre at pasienter som fremdeles er under privat forpleining og som ønsker å være under slik omsorg skal få være det under gode forhold.

2.5.2 § 36. Krav til privat forpleining

Pasient i privat forpleining skal tilbys

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

Kommentarer til § 36:

Bestemmelsen oppstiller enkelte minimumskrav til forpleiningen. Pasienten skal tilbys nødvendig pleie, omsorg, undersøkelse og behandling i samsvar med behov. Det stilles videre krav om tilrettelagt aktivitetstilbud, samt krav om at pasienten skal kunne tilbys enerom med tilgang til øvrige rom, som stue, kjøkken bad og toalett.

Ved behov for helsetjenester må kommunalt personell tilkalles på vanlig måte.

Dersom forpleiningsstedet drives i strid med lov eller forskrift vil tilsynsmyndighetene ved Statens helsetilsyn kunne gi pålegg om å rette mangler eller om stengning, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 7-1](#). I sistnevnte tilfelle må regionalt helseforetak ta ansvaret for at virksomheten blir forsvarlig avviklet, herunder sørge for at pasienten innen rimelig tid får et alternativt og bedre kommunalt bo- og omsorgstilbud i samarbeid med kommunen.

2.5.3 § 37. Forpleiningskontrakt

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

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

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

Kommentarer til § 37:

Forpleiningskontrakten regulerer forholdet mellom forpleier og regionalt helseforetak. Kontraktene er regionalt helseforetaks virkemiddel for å sikre at pasientene får forsvarlig oppfølging. Fordi forskriften ikke regulerer inngåelse av nye kontrakter, slår bestemmelsen innledningsvis fast at slik forpleiningskontrakt skal foreligge.

Det er viktig at kontrollkommisjon, fylkeslege og kommunelege er orientert om pleieforholdet, og det er derfor særlig uttalt at disse instansene skal ha gjenpart av og melding om endringer i kontrakten.

Hvis pasientens tilstand forverres vesentlig plikter det regionale helseforetak som har ansvaret for pleieforholdet så snart som mulig å ta de nødvendige skritt for å få pasienten under annen egnet omsorg.

2.5.4 § 38. Forpleierens plikter

Forpleieren skal holde øye med pasientens allmenntilstand, og plikter å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved behov for legetilsyn eller sykepleie for somatisk sykdom.

Forpleieren skal føre tilsyn med pasientens personlige eiendeler.

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

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

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

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

Kommentarer til § 38:

I **første ledd** slås det fast at forpleier plikter å varsle den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved behov for legetilsyn eller sykepleie for somatisk sykdom. Det følger av [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#) at enhver som bor eller oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig helsehjelp.

2.5.5 § 39. Taushetsplikt

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

2.5.6 § 40. Forbud mot restriktive tiltak

Bruk av tvangsmidler eller andre restriktive tiltak er ikke tillatt.

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

Kommentarer til § 40:

[Psykisk helsevernloven kapittel 4](#) inneholder bestemmelser om restriktive tiltak, som restriksjoner i pasientens kontakt med omverdenen, skjerming, og bruk av tvangsmidler. Bestemmelsen forbyr all bruk av restriktive tiltak overfor pasienter i privat forpleining.

2.5.7 § 41. Faglig oppfølging

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

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

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

Kommentarer til § 41:

Første ledd første punktum: Forsvarlighetskravet og den enkelte pasients behov er avgjørende for hvilken oppfølging som skal gis fra institusjonen eller behandleren som har ansvar for oppfølging av pasienten. Det fastsettes derfor ikke et minimumskrav til antall ganger helsepersonell skal besøke forpleiningsstedet. Tilsvarende vil det være opp til den ansvarlige institusjonen å avgjøre hva slags personell som skal besøke pasienten.

Første ledd annet punktum: Helsepersonell som gjennomfører slike besøk skal innta opplysninger om pasienten i pasientens journal i tråd med dokumentasjonsplikten, jf. [helsepersonelloven kapittel 8](#).

2.5.8 § 42. Innberetninger

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

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

2.6 Kapittel 7. Kontrollkommisjonens virksomhet

Under paragrafene i dette kapitlet er det kun henvist til relevante kapitler i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet](#). Der finnes nærmere kommentarer til bestemmelsene.

2.6.1 I. Generelle bestemmelser

2.6.1.1 § 43. Kontrollkommisjonens ansvarsområde

Helsedirektoratet fastsetter ansvarsområdet til den enkelte kontrollkommisjon.

Kommentarer til § 43:

Se nærmere om kontrollkommisjonens ansvarsområde i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 2.](#)

For oppdatert oversikt over kontrollkommisjoner, medlemmer og ansvarsområder, se [Helsedirektoratets nettside for kontrollkommisjonene.](#)

2.6.1.2 § 44. Taushetsplikt

Kontrollkommisjonens medlemmer har taushetsplikt etter [forvaltningsloven § 13 til § 13e](#). Taushetsplikten gjelder også pasientens fødselssted, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.

Brudd på taushetsplikten straffes etter [straffeloven § 209 og § 210](#).

Kommentarer til § 44:

Se nærmere om taushetsplikt og oppbevaring av dokumenter i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 5.](#)

2.6.1.3 § 45. Møter

Kontrollkommisjonens leder skal beramme tid og sted for møter. Et medlem som ikke kan møte, skal straks melde dette til kontrollkommisjonens leder, som innkaller varamedlemmet.

Møtene skal holdes for lukkede dører. Kontrollkommisjonen kan likevel gi adgang for andre enn dem som er berørt av saken, dersom særlige grunner taler for det.

Kommentarer til § 45:

Se nærmere om kontrollkommisjonens møter i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 11.3.](#)

2.6.1.4 § 46. Protokoll

Kontrollkommisjonen skal føre protokoll over sin virksomhet.

Protokollen skal blant annet inneholde opplysninger om tid og sted for kontrollkommisjonens møter, kontrollkommisjonens sammensetning og hvilke saker som er behandlet. Dersom det er behandlet klagesak, skal det fremgå hvem som er varslet, hvem av de varslede som har møtt og avgitt forklaring eller uttalelse, og hvilke dokumenter som har vært fremlagt.

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

Kommentarer til § 46:

Se nærmere om kontrollkommisjonens protokollering og arkivering i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 6.](#)

2.6.1.5 § 47. Rapportering

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

Helsedirektoratet utferdiger nærmere retningslinjer om hva rapporten skal inneholde.

Kommentarer til § 47:

Se nærmere informasjon om årsrapportering på [Helsedirektoratets nettside for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet](#).

2.6.1.6 § 48. Kontrollkomisjonens tilgang på opplysninger

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

- a) dokumenter utarbeidet i forbindelse med vedtak om tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern
- b) oppgave over pasienter som er overført til opphold i eller til andre tiltak under ansvar av institusjon som nevnt i [psykisk helsevernloven § 3-5](#), jf. loven [§ 4-10](#) og [§ 5-4](#)
- c) pasientjournal
- d) individuell plan, jf. [psykisk helsevernloven § 4-1](#)
- e) protokoll for bruk av skjerming, jf. [psykisk helsevernloven § 4-3](#)
- f) protokoll for behandling uten eget samtykke, jf. [psykisk helsevernloven § 4-4](#)
- g) protokoll for bruk av tvangsmidler, jf. [psykisk helsevernloven § 4-8](#).

Kommentarer til § 48:

Se nærmere om kontrollkomisjonens tilgang til og innhenting av opplysninger i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 4](#).

2.6.1.7 § 49. Meddelelser til pasienten

Meddelelser til pasienten skal skje i lukket brev til han eller henne personlig.

Meddelelsen kan sendes ved bruk av elektronisk kommunikasjon såfremt pasienten samtykker til det, og det er benyttet en betryggende metode for å sikre konfidensialitet.

Kommentarer til § 49:

Se nærmere om kontrollkomisjonens informasjon til pasienten i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 7](#).

2.6.1.8 § 50. Kontroll med pasienter i privat forpleining

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

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

Kommentarer til § 50:

Ordningen med pasienter i privat forpleining er under avvikling, og det vil være svært sjelden at kontrollkommisjoner vil ha oppgaver i form av klagebehandling for denne gruppen.

Kontrollkommisjonens funksjon i forhold til å føre kontroll med pasientens velferd er av like stor betydning for disse pasientene. Det vil blant annet være behov for at kontrollkommisjonene i samtale med pasientene forsikrer seg om at de forstår grunnlaget for oppholdet, og følger opp i de tilfeller pasienten for eksempel gir uttrykk for et ønske om å bo i egen bolig.

2.6.2 II. Saksbehandlingsregler i klagesaker

2.6.2.1 § 51. Virkeområde

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

Kommentarer til § 51:

Forskriften kapittel 7, del II, §§ 51-56 kommer til anvendelse i alle klagesaker etter psykisk helsevernloven. Se nærmere om kontrollkommisjonens saksbehandlingsregler for alle klagesaker i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 10](#). For klager i saker om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, vises og så til [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 11](#).

2.6.2.2 § 52. Redegjørelse fra den faglig ansvarlige for vedtak

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

Redegjørelsen skal inneholde opplysninger om den avgjørelse som er påklaget, herunder den faglig ansvarliges vurdering av lovens vilkår. Det skal også redegjøres for de opplysninger som den faglig ansvarlige har bygget sin avgjørelse på.

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

Kommentarer til § 52:

Se nærmere om redegjørelse fra den faglig ansvarlige for vedtak i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 10.2.](#)

2.6.2.3 § 53. Informasjon til pasienten

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

a) navnet på kontrollkommisjonens medlemmer

b) at pasienten og/eller den som handler på hans eller hennes vegne, har rett til å være til stede, jf. [§ 56](#)

c) tidspunktet for berømmelse og at pasienten har anledning til å uttale seg før kontrollkommisjonen avgjør saken

d) at pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, må gi beskjed snarest mulig dersom det vil anføres at noen av kontrollkommisjonens medlemmer er inhabile.

Kommentarer til § 53:

Se nærmere om kontrollkommisjonens informasjon til pasienten i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 10.2.](#)

2.6.2.4 § 54. Sakens opplysning

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

Skal vitner eller sakkyndige forklare seg for kontrollkommisjonen, sørger lederen for at de blir innkalt. Begjæring fra pasienten eller den som handler på hans eller hennes vegne, om å få innhentet opplysninger eller avhørt vitner, kan avvises av kontrollkommisjonen dersom opplysningene synes å være uten betydning for saken.

Kontrollkommisjonens avgjørelse skal begrunnes.

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

I saker etter [psykisk helsevernloven § 6-4](#) skal det holdes møter. [Forvaltningsloven § 17](#) gjelder tilsvarende.

Kommentarer til § 54:

Se nærmere om sakens opplysning i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 10.2.](#)

2.6.2.5 § 55. Kontrollkommisjonens vedtak

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

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

Vedtaket skal inneholde

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

Kontrollkommisjonen skal om mulig treffe sitt vedtak innen 2 uker etter at saken ble brakt inn for den. Dersom fristen ikke kan overholdes, skal grunnen til dette fremgå av vedtaket.

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

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

Kommentarer til § 55:

Se nærmere om krav til kontrollkommisjonens prøving, vedtak, saksbehandlingstid og underretning til pasienten i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 10.3.](#)

2.6.2.6 § 56. Pasientens rett til å være til stede

Pasienten og den som handler på hans eller hennes vegne, har rett til å være til stede i møter der det skal opptas forklaringer eller gis muntlige redegjørelser til bruk i saken.

Dersom sterke grunner taler for det, kan kontrollkommisjonen bestemme at pasienten skal forlate møtet. Når pasienten kommer tilbake til møtelokalet skal han eller hun gjøres kjent med det som er opplyst under hans eller hennes fravær. Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.](#)

Kommentarer til § 56:

Se nærmere om pasientens rett til å være tilstede i klagesaksmøtet i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 11.3.](#)

2.6.3 III. Etterprøving av vedtak uten klage

2.6.3.1 § 57. Dokumentkontroll

Når noen er undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal kontrollkommisjonen snarest mulig forvise seg om at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene i [psykisk helsevernloven § 3-2](#) eller [§ 3-3](#), jf. [loven § 3-8](#) første ledd.

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

Resultatet av dokumentkontrollen skal protokolleres.

Kommentarer til § 57:

Se nærmere om kontrollkommisjonens dokumentkontroll i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 9.1](#).

2.6.3.2 § 58. Etterprøving etter 3 måneder

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det er gått 3 måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern, jf. [psykisk helsevernloven § 3-8](#) andre ledd.

Kontrollkommisjonen skal vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern fremdeles er til stede. Hensiktsmessigheten av vernet skal særlig vurderes. Kontrollkommisjonen skal samtidig kontrollere at pasienten har fått individuell plan.

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

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

Kommentarer til § 58:

Se nærmere om kontrollkommisjonens etterprøving etter tre måneder [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 9.2](#).

2.6.3.3 § 59. Samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern

Dersom tvungent psykisk helsevern skal ha varighet utover 1 år, må kontrollkommisjonen samtykke til dette, jf. [psykisk helsevernloven § 3-8](#) tredje ledd.

Saksbehandlingen ved forlengelse vil være tilsvarende den etterprøving som følger av [§ 58](#).

Kommentarer til § 59:

Se nærmere om kontrollkommisjonens samtykke til tvungent helsevern i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 9.3](#).

2.6.3.4 § 60. Psykisk helsevern for barn under 16 år

Psykisk helsevern for barn under 16 år som ikke er enig i tiltaket, kan iverksettes selv om kontrollkommisjonen ikke har behandlet saken etter [psykisk helsevernloven § 2-1](#) andre ledd og [§ 2-2](#) fjerde ledd.

Barnet kan når som helst be om at det psykiske helsevernet skal opphøre. Dersom det besluttet at vernet skal opprettholdes, kan spørsmålet bringes inn for kontrollkommisjonen til etterprøving. Kontrollkommisjonen skal snarest mulig ta saken til behandling.

Kommentarer til § 60:

Se nærmere kommentarer i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 9.5](#).

2.6.4 IV. Kontroll med pasientens opphold ved institusjonen

2.6.4.1 § 62. Besøk

Kontrollkommisjonen skal minst 1 gang per måned besøke institusjoner eller avdelinger som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. I andre institusjoner og steder med privat forpleining skal besøk skje minst 4 ganger i året. Besøket kan skje ved ett eller flere av kontrollkommisjonens medlemmer. Noen av besøkene bør skje uanmeldt.

Helsedirektoratet kan gi dispensasjon fra første ledd.

Kommentarer til § 62:

Se nærmere kommentarer om kontrollkommisjonens besøk i institusjonene i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet kapittel 12.1](#).

2.6.4.2 § 63. Om kontrollen

Kontrollkommisjonen skal føre kontroll med bruken av restriktive tiltak.

Kontrollkommisjonen skal under sine besøk gjennomgå protokollene om bruk av skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler. Kontrollkommisjonen skal undersøke om det er husordensreglement ved institusjonen og påse at dette er i overensstemmelse med gjeldende lovgivning.

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

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

vedtak.

Kommentarer til § 63:

Se nærmere kommentarer om velferdskontrollens innhold i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkomisjonene i det psykiske helsevernet, kapittel 12.2.](#)

2.6.5 V. Godtgjøring m.m.

For informasjon om godtgjøring til kontrollkomisjonens medlemmer, henvises til [Helsedirektoratets nettsider for Kontrollkomisjonen i det psykiske helsevernet.](#)

2.6.5.1 § 64. Omfang

Godtgjøring gis for faktisk medgått tid til møteforberedelse, arbeid i møter, klagebehandling, tilsynsreiser m.m. Det skal være den samme godtgjøring for arbeid i og utenfor møter. Det gis godtgjøring for hver påbegynte halvtime. Godtgjøring for forberedende arbeid og reisefravær avrundes under ett oppover til nærmeste halvtime.

2.6.5.2 § 65. Satser

Kontrollkomisjonens medlemmer får godtgjøring per time. Satsen beregnes i prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen fastsatt av Justisdepartementet etter [forskrift 3. desember 1997 nr. 1441 om salær fra det offentlige til advokater m.v. § 2.](#)

Det skal ikke utbetales feriegodtgjøring i tillegg til godtgjøringssatsene. Annet fravær som for eksempel sykdom, godtgjøres heller ikke.

Eventuelle vikarer under ferie- eller sykefravær for kommisjonens leder eller øvrige medlemmer gis godtgjøring tilsvarende for leder og øvrige medlemmer.

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

Leder og varaleder:

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

b) advokat som er selvstendig næringsdrivende godtgjøres per time med 100 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

Lege og varamedlem for lege:

a) lege i lønnet stilling godtgjøres per time med 75 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen

b) lege som er selvstendig næringsdrivende godtgjøres per time med 100 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

Øvrige medlemmer:

a) øvrige medlemmer og varamedlemmer godtgjøres per time med 37,5 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen

b) medlem og varamedlem som er selvstendig næringsdrivende som hovedstilling, godtgjøres per time med 50 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

Sekretærhjelpe:

Sekretærer som bistår kommisjonen godtgjøres per time med 25 prosent av den til enhver tid gjeldende salærsatsen.

2.6.5.3 § 66. Beregning av timeantall som det skal gis arbeidsgodtgjøring for

I tidsrommet kl. 0800-1600 på hverdager (mandag til fredag) gis godtgjøring for reisetid og annet fravær. Til andre tider gis godtgjøring for reisetid.

Finner Fylkesmannen at det er benyttet lengre tid enn hva som er rimelig og nødvendig, skal salæret settes ned. Før dette skjer skal vedkommende som har innlevert arbeidsoppgaven, gis mulighet til å uttale seg. Hvilket tidsforbruk som er rimelig og nødvendig må avgjøres etter et konkret skjønn. Dersom det finnes nødvendig, kan Fylkesmannen innhente sakens dokumenter for vurdering av saksforberedelsens omfang. Settes salæret ned, skal dette begrunnes.

2.6.5.4 § 67. Tapt arbeidsfortjeneste

Dersom deltagelse i kommisjonen medfører tapt arbeidsinntekt, kan Fylkesmannen i det enkelte tilfelle samtykke til at det gis erstatning i tillegg til godtgjøringen. Tap i arbeidsinntekt kan dekkes med inntil det beløp som til enhver tid er bestemt i Statens personalhåndbok og kongelig resolusjon om styrer, råd og utvalg m.v.

2.6.5.5 § 68. Reisegodtgjøring

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

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

2.6.5.6 § 69. Regnskapsrapport og årsregnskap

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

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

2.7 Kapittel 8. Sluttbestemmelser

2.7.1 § 70. Overgangsbestemmelse

Endringen i vilkåret for midlertidig godkjenning etter [§ 2](#) tredje ledd gjøres gjeldende for nye søknader. Eksisterende midlertidige godkjenninger gjelder ut den fastsatte tidsfristen.

2.7.2 § 71. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. januar 2012.

Fra samme tidspunkt oppheves:

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