



# Innst. 147 L

(2016–2017)

## Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 147 L (2015–2016)

### **Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selv- bestemmelse og rettssikkerhet)**

---

Til Stortinget

## **1. Sammendrag**

### **1.1 Innledning**

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i proposisjonen endringer i psykisk helsevernloven som vil gi pasienter i psykisk helsevern økt selvbestemmelse og bedre rettssikkerhet.

Tall fra Helsedirektoratet tyder på at bruken av tvang går litt opp, og at det fortsatt er store geografiske variasjoner i bruken av tvang. Tvang skal bare brukes når det er helt nødvendig og som en siste utvei. Styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet er viktige tiltak for å redusere bruken av tvang og for å få en riktigere bruk av tvang. Medvirkning og selvbestemmelse er også sentrale elementer i regjeringens arbeid med å skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste.

I forbindelse med en større revisjon av psykisk helsevernloven i 2006 ba Stortinget om en grundige vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven (Innst. O. nr. 66 (2005–2006)). Helsedirektoratet satte derfor ned en arbeidsgruppe i august 2008 som blant annet fikk i mandat å gjøre en slik vurdering.

Arbeidsgruppen, ledet av professor dr. juris Jan Fridthjof Bernt, leverte sin rapport i juni 2009. Arbeidet resulterte ikke i et samlet standpunkt til spørsmålet om lovendringer. Et flertall anbefalte imidlertid at det ble nedsatt et lovutvalg for å vurdere etiske, fag-

lige og rettslige sider av dagens regler og praksis innen psykisk helsevern, særlig sett i forhold til pasientrettighetsloven og menneskerettighetene.

Regjeringen oppnevnte ved kongelig resolusjon 28. mai 2010 et lovutvalg som skulle utrede regler om tvang mv. innen psykisk helsevern. Utvalget ble ledet av advokat Kari Paulsrud og var ellers satt sammen av brukerrepresentanter og fagpersoner innen jus og medisin.

Paulsrud-utvalget leverte sin utredning, NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011. Helse- og omsorgsdepartementet sendte utredningen på høring 25. august 2011 med frist 3. januar 2012. Høringsfristen ble senere forlenget til 6. februar 2012.

Departementet har vurdert lovforslagene i NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet (Paulsrud-utvalget) og foreslår at flere av forslagene fra utvalgets flertall følges opp. Departementet er imidlertid kommet til at noen av forslagene fra Paulsrud-utvalget får betydning også utenfor psykisk helsevern og bør sees i en større sammenheng. Regjeringen vil derfor oppnevne et nytt offentlig lovutvalg som skal få i oppdrag å foreta en samlet gjennomgang av tvangsregelverket i helse- og omsorgstjenesten.

Psykisk helsevernlovens regler om frihetsberøvelse og bruk av tvang overfor mennesker med psykiske lidelser må utformes og praktiseres slik at de ikke kommer i konflikt med menneskerettslige regler om blant annet rett til vern om personlig frihet og integritet. I proposisjonen gjøres det nærmere rede for relevante menneskerettsbestemmelser i Grunnloven og i konvensjoner Norge har ratifisert.

## 1.2 Formålet med psykisk helsevernloven

Formålet med psykisk helsevernloven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. Det går fram av psykisk helsevernloven § 1-1.

Paulsrud-utvalgets flertall foreslo at lovens formålsbestemmelse i større grad skulle markere sentrale prinsipper for anvendelse av tiltakene loven hjemler.

Departementet mener at en henvisning i formålsbestemmelsen vil minne de ansatte i psykisk helsevern og kontrollinstansene om at menneskerettighetene gir viktige føringer for praktiseringen av bestemmelsene i psykisk helsevernloven.

Departementet viser til at det er et formål med kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven å forebygge og begrense bruk av tvang. De samme føringene gjelder for lovreglene om tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-1. Departementet slutter seg derfor til forslaget om harmonisering av regelverkene og foreslår at de samme prinsippene tas inn i formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven.

## 1.3 Forslag som gjelder styrking av pasientens selvbestemmelse

### 1.3.1 Manglende samtykkekompetanse som vilkår for bruk av tvang

Paulsrud-utvalgets flertall foreslo at manglende beslutningskompetanse skal være et vilkår for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Forslaget gjelder både ved tvungen observasjon, etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern og ved behandling uten eget samtykke. Formålet er å styrke pasientens selvbestemmelsesrett i behandlingsspørsmål.

#### INNFØRE KRAV OM SAMTYKKE FRA SAMTYKKEKOMPETENTE PASIENTER (KOMPETANSEBASERT MODELL)

Tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven kan i dag fattes også når pasienten er samtykkekompetent. Forslaget om å innføre en kompetansebasert modell for tvungent psykisk helsevern reiser vanskelige spørsmål. Høringsinstansene hadde delte meninger om forslaget, men et flertall støttet det. De som støttet forslaget, viste særlig til at det vil styrke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Innvendene mot forslaget gjaldt særlig praktiske utfordringer og helsemessige og velferdsmessige konsekvenser forslaget kan få for personer med alvorlige psykiske lidelser. I proposisjonen gjøres det rede for

argumenter som taler for å innføre en kompetansebasert modell, og argumenter som taler mot.

Etter en helhetsvurdering foreslår departementet at det innføres et krav om samtykke i psykisk helsevernloven for de tilfellene pasienten er samtykkekompetent (kompetansebasert modell). Departementet er enig med utvalgets flertall i at modellen ikke bør gjelde i tilfeller der pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Her vil hensynet til samfunnsbeskyttelse være det sentrale. Videre mener departementet i likhet med utvalgets flertall at modellen ikke bør gjelde i tilfeller der det er en nærliggende og alvorlig fare for selvmord.

Det kan anføres argumenter mot forslaget, men departementet mener at tiden er moden for å styrke selvbestemmelsesretten og rettssikkerheten for pasienter med psykiske lidelser i Norge. Etter departementets vurdering er det viktig å foreslå endringer i psykisk helsevernloven som innebærer tilpasninger til utviklingen internasjonalt.

Det vil være avgjørende at det blir gitt god opplæring og veiledning i hvordan reglene skal forstås før ny modell skal iverksettes. Departementet tar sikte på å gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en veileder i samarbeid med relevante fagmiljøer. Denne veilederen bør være ferdig før iverksetting av ny modell.

#### FORHOLDET TIL REGLENE OM SAMTYKKEKOMPETANSE

Enkelte høringsinstanser tok til orde for å innføre en kompetansebasert modell uten å endre reglene i pasient- og brukerrettighetsloven om hvem som har samtykkekompetanse. Helsedirektoratet viste til at det synes både litt overflødig og pedagogisk uheldig å endre et innarbeidet begrep som «samtykkekompetanse». Direktoratet anbefalte også at dersom begrepet «samtykkekompetanse» skal skiftes ut med «beslutningskompetanse», bør begrepet også skiftes ut i annet helserettlig lovverk.

Etter departementets vurdering tilsier konsekvensene for øvrig helselovgivning at utvalgets forslag om hvem som har samtykke-/beslutningskompetanse, utredes nærmere av et nytt lovutvalg. Dette gjelder særlig forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A, som regulerer somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Utredning av dette vil inngå i mandatet til lovutvalget som skal revidere og modernisere reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten.

Dette innebærer at departementet foreslår at det innføres en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven, men at modellen inntil videre skal bygge på gjeldende regler om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven.

## SÆRLIG OM PASIENTER MED SPISEFORSTYRRELSER

Paulsrud-utvalgets flertall har vurdert spørsmål om manglende beslutningskompetanse for pasienter med spiseforstyrrelser særskilt. Flertallet uttalte at det å legge større vekt på beslutningskompetanse lett kan føre til at færre med alvorlige spiseforstyrrelser kommer inn under tvungent vern enn i dag. Det ble også anført at alvorlige spiseforstyrrelser kan ha stor påvirkning på beslutninger om ernæring og vekt, mens andre funksjoner er intakt.

Departementet slutter seg til vurderingene fra utvalgets flertall. Departementet legger til grunn at pasienter som på grunn av spiseforstyrrelse anses å ha en alvorlig sinnslidelse og ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, som hovedregel må anses å mangle samtykkekompetanse.

### 1.3.2 *Krav om antatt samtykke*

Paulsrud-utvalgets flertall foreslo at antatt samtykke skal være et vilkår for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Vilkåret er formulert slik at det skal være «sannsynlig at pasienten ville ha samtykket til helsehjelpen dersom vedkommende hadde hatt beslutningskompetanse». Utvalgets forslag innebærer at dersom vilkåret ikke er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern ved behandlingsbehov ikke etableres eller opprettholdes.

Departementet finner ikke tilstrekkelig grunnlag for å foreslå at antatt samtykke bør gjelde som et absolutt vilkår for å bruke tvang etter psykisk helsevernloven. Halvparten av de høringsinstansene som har uttalt seg om forslaget, støtter det. Støtten er imidlertid ofte forbeholden og supplert med uttalelser om at det i praksis vil være vanskelig å ta stilling til vilkåret, at det gir et stort tolkningsrom og kan føre til ulik praksis mv. Departementet er enig i disse innvendingene.

### 1.4 **Retten til å uttale seg før det fattes vedtak**

Paulsrud-utvalget foreslo en bestemmelse om rett for pasienten til å uttale seg før det treffes vedtak om legeundersøkelse etter psykisk helsevernloven § 3-1. Ingen av høringsinstansene har uttalt seg særskilt om dette.

Gjeldende bestemmelse i psykisk helsevernloven § 3-9 regulerer rett til å uttale seg før det fattes vedtak om etablering, opprettholdelse og opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Etter departementets vurdering er det viktig at det tydeliggjøres at pasienten også har rett til å uttale seg før det fattes vedtak om gjennomføringstiltak etter lovens kapittel 4.

Selv om det følger av forvaltningsloven at en part som utgangspunkt skal varsles og gis anledning til å uttale seg før det treffes vedtak, mener departementet at det er viktig at dette også framgår av psykisk helsevernloven. Departementet er enig med utvalgets flertall i at forslaget bør avgrenses til situasjoner der dette er mulig. Departementet er også enig i at bestemmelsen ikke bør omfatte pasientens nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, slik dette er regulert i § 3-9. Departementet legger til grunn at vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 i mindre grad enn vedtak etter lovens kapittel 3 vil ha betydning for pårørende mv.

### 1.5 **Plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell**

Paulsrud-utvalgets flertall foreslo nye bestemmelser om at faglig ansvarlig skal ha plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det fattes vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. Høringsinstansene hadde delte meninger. Som enkelte viste til, er det en innvendig mot forslaget at det allerede følger av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell har plikt til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Det er også presisert i denne bestemmelsen at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Etter en helhetsvurdering finner departementet likevel grunn til å følge opp forslaget, avgrenset til å gjelde vedtak om behandling uten eget samtykke. Når det gjelder vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, er det i dagens regelverk allerede stilt krav om at pasienten har vært undersøkt av minst to kvalifiserte helsepersonell.

Det å lovfeste en plikt i psykisk helsevernloven til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om behandling uten eget samtykke, kan bidra til en kvalitetssikring av vedtaket, slik Helsedirektoratet har anført. En tydeliggjøring i psykisk helsevernloven kan også legge til rette for en bred vurdering utover det medisinskfaglige, og at flere begrunnede meninger om saken kan komme fram. Plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet helsepersonell er i helsepersonelloven begrenset til tilfeller der dette er nødvendig og mulig, eller dersom pasientens behov tilsier det. Etter forslaget til nye regler i psykisk helsevernloven vil plikten gjelde i alle tilfeller der faglig ansvarlig vurderer å fatte vedtak om behandling uten eget samtykke.

## **1.6 Krav til vedtak, begrunnelse og tidsfrist for vedtak**

### **1.6.1 *Plikt til å fatte vedtak ved bruk av skjerming***

Paulsrud-utvalgets flertall foreslo at kravet om vedtak ved bruk av skjerming skulle utvides. Det skal alltid fattes vedtak før skjerming iverksettes dersom pasienten motsetter seg tiltaket.

Skjerming er et inngrep i pasientens integritet. Inngrepet blir større jo lenger tiltaket varer. Loven krever derfor at det fattes vedtak hvis tiltaket har en viss varighet. Regelverket skiller derimot ikke etter hvordan pasienten stiller seg til tiltaket.

Departementet ser at det kan være behov for å kunne ta raske beslutninger om å ta pasienter ut av situasjoner som er ugunstige for dem selv eller for medpasienter.

Når pasienten eksplisitt eller stilltiende godtar at skjerming iverksettes, mener departementet at det fortsatt må være tilstrekkelig at beslutningen nedfelles i et skriftlig og begrunnet vedtak først når skjermingen opprettholdes utover 24 (12) timer.

Departementet mener at skjerming blir særlig inngripende når det iverksettes for pasienter som motsetter seg tiltaket. Bruk av skjerming når pasienten muntlig eller fysisk motsetter seg tiltaket har en del likhetstrekk med bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8. Det må fattes vedtak før slike tvangsmidler kan tas i bruk.

Ifølge Paulsrud-utvalget varierer opplevelsen av behandlingsutbytte ved skjerming. Utvalget refererer til pasientstudier av skjerming som tyder på at tvangsaspektet ved skjerming er sterkere og mer likt opplevelsene ved bruk av isolering enn behandlingstenkningen ved skjerming skulle tilsi.

Krav om at det skal fattes vedtak har som følge at forvaltningslovens regler om saksforberedelse og krav til enkeltvedtak, under dette krav om begrunnelse for vedtaket, gjelder. Enkeltvedtak gir også rett til å klage. Kravene i forvaltningsloven bidrar på denne måten til grundigere og mer korrekte vedtak. Krav om vedtak før skjerming settes i verk vil derfor innebære økt rettssikkerhet for pasienten, noe som er særlig viktig når pasienten motsetter seg tiltaket.

Videre vil krav om vedtak kunne skjerpe bevissheten om i hvilke situasjoner tiltaket bør brukes og hvorfor skjerming foretrekkes framfor andre tiltak. Kravet vil også kunne bidra til redusert bruk av skjerming i tråd med målet om redusert tvangsbruk.

Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at vedtak om skjerming skal fattes før tiltaket settes i verk når pasienten motsetter seg tiltaket. I likhet med dagens vedtak om forlenget skjerming, skal vedtakene fattes av faglig ansvarlig og kunne påklages til kontrollkommisjonen.

### **1.6.2 *Begrunnelse av vedtak om bruk av tvang***

Begrunnelser for vedtak skal bl.a. bidra til å dokumentere at lovens krav er oppfylt. De skal videre gi dem vedtakene retter seg mot, en forklaring på hvorfor konklusjonen ble som den ble. Begrunnelsen kan bidra til forståelse for vedtaket og styrke grunnlaget for klage.

Begrunnelsen for tvangsvedtak er ofte en forutsetning for at pasienten kan bruke klageretten. Det er også viktig for klageinstansen å ha et mest mulig presist faktisk, faglig og rettslig grunnlag for sin prøving.

Departementet slutter seg derfor til vurderingen fra utvalgets flertall av at tydeligere krav til den skriftlige begrunnelsen for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke vil kunne bidra til å styrke pasientenes rettssikkerhet. Departementet mener også at en oversikt over hva begrunnelsen må inneholde, vil kunne være til hjelp for den som skal utforme den.

Utvalgets forslag innebærer først og fremst en tydeliggjøring av krav som allerede følger av forvaltningsloven og psykisk helsevernloven. De foreslåtte kravene til skriftlige begrunnelser korresponderer med kravene til vurderinger som må gjøres før de aktuelle tiltakene settes i verk. Departementet ser at det vil kunne kreve noe mer administrativt arbeid å omtale alle vurderingene som er gjort i vedtaket. Departementet mener likevel at det er rimelig å kreve mer av begrunnelsen for så inngripende vedtak som det her er snakk om, enn det som følger av dagens bestemmelser. En slik utvidelse har også fått alminnelig støtte fra høringsinstansene.

Departementet slutter seg derfor til forslaget om å skjerpe lovens krav til begrunnelse for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke.

### **1.6.3 *Tidsfrist for å fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern***

Paulsrud-utvalget foreslo at bestemmelsen om frist for å fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skulle flyttes fra psykisk helsevernloven til loven. Departementet slutter seg til vurderingen fra utvalgets flertall av at bestemmelsen stiller opp et viktig krav av særlig betydning for pasienter og pårørende, og at den av hensyn til bedre informasjon bør tas inn i loven.

## **1.7 Evaluering av bruk av tvang og skjerming**

Bruk av tvang vil oppleves som en påkjenning både for den som blir utsatt for inngrepet, og for dem som gjennomfører det. Det er derfor viktig at både

pasienten og personellet får sette ord på og gjennomgå det de har opplevd.

Loven krever at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og at det så langt det er mulig skal 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. Dette går fram av psykisk helsevernloven § 4-2.

En systematisk gjennomgang av hele hendelsesforløpet vil gi god oversikt over situasjonen i forkant av og under tvangsutøvelsen. Journalføring av pasientens syn på iverksatte tiltak vil gi et bedre grunnlag for tilpassede tiltak ved eventuelle senere episoder. Gjennomgangen vil også bidra til læring og utvikling av en forsvarlig praksis i institusjonen.

Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at institusjoner i psykisk helsevern pålegges å evaluere bruk av tvang, og å journalføre pasientens syn på iverksatte tiltak. Departementet foreslår også at utvalgets forslag om å lovfeste at pasienten skal få tilbud om minst én samtale, følges opp. Forslagene fra utvalget støttes av de høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet.

Departementet mener at det er viktig at det ikke er tvil om hvilke tiltak som omfattes av evalueringsplikten, og foreslår en mer presis lovregulering.

Vedtak om bruk av tvang kan overprøves av kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen skal vurdere om lovens vilkår for bruk av tvang er oppfylt. Formålet med evalueringer må dermed først og fremst være å belyse andre forhold. Evalueringen vil for eksempel kunne bidra til å avklare om det mest hensiktsmessige av de aktuelle tiltakene ble valgt, om det ble iverksatt på riktig tidspunkt, mv.

Departementet foreslår at evalueringsplikten skal omfatte bruk av skjerming når pasienten motsetter seg tiltaket, behandling uten eget samtykke, undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon ved begrunnet mistanke om innføring av uønskede gjenstander, rusmiddeltesting når pasienten ikke har samtykket, mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, isolering, enkeltstående bruk av beroligende eller bedøvende legemidler og kortvarig fastholding.

Departementet foreslår at tiltakene skal evalueres når de er opphørt.

## **1.8 Obligatorisk undersøkelsestid før det kan fattes vedtak om tvangsmedisinering**

Høringsinstansene hadde delte meninger om forslaget fra utvalgets flertall om å forlenge den obligatoriske undersøkelsestiden forut for tvangsmedisinering. Det kan anføres gode argumenter både for og mot dette forslaget.

Etter en helhetsvurdering vil departementet tilrå at den obligatoriske undersøkelsestiden før det fattes vedtak om tvangsmedisinering forlenges fra tre til fem døgn, slik Helsedirektoratet har foreslått. Departementet legger avgjørende vekt på at en forlengelse av undersøkelsestiden vil legge til rette for et bedre beslutningsgrunnlag og kan øke mulighetene for å oppnå frivillig behandling. Dette er særlig viktig ved så inngripende tvangstiltak som tvangsmedisinering.

Ut fra uttalelsene fra høringsinstansene finner departementet ikke grunnlag for å oppheve dagens adgang til å gjøre unntak fra undersøkelsestiden hvis pasienten gjennom tidligere behandlingsopphold er godt kjent av institusjonen som vedtar behandlingen. Etter departementets vurdering bør begge unntakene som gjelder i dag, videreføres, slik at både unntak der pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade, og unntak der pasienten er godt kjent, videreføres.

Krav om en obligatorisk undersøkelsestid vil ikke være like nødvendig i tilfeller der pasientens tilstand og effekt av behandling er godt dokumentert. I slike tilfeller bør en faglig vurdering av pasientens behov for behandling, lidelsestrykk og pasientens holdning til og tidligere erfaringer med bruk av tvang være avgjørende for når behandling skal igangsettes.

Dette forutsetter imidlertid at institusjonen har både oppdatert og tilstrekkelig dokumentasjon for vurderingen av en godt kjent pasient. Både pasientens tilstand og tidligere effekt av behandlingstiltaket må være avklart. Tidligere kjennskap kan ikke ligge langt tilbake i tid. Departementet viser også til kravet om at den faglig ansvarlige personlig skal ha undersøkt pasienten de siste 48 timene før vedtak treffes. Dette vil gjelde også ved anvendelse av unntaket for godt kjente pasienter.

Departementet er enig med utvalgets flertall i at både hovedregelen om undersøkelsestid og reglene om unntak bør framgå av lovteksten.

Proposisjonen gjør nærmere rede for hvordan dagens unntak skal forstås.

## **1.9 Fri retts hjelp**

### ***1.9.1 Fritt rettsråd før det tas endelig stilling til etablering av tvang***

Paulsrud-utvalget foreslo at pasienter i psykisk helsevern skulle få fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved etableringen av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.

Departementet anfører at det er et mål å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. Juridisk bistand ved etablering av tvang kan tenkes å medføre reduksjon i antallet tvangsvedtak og bidra til riktigere bruk av bestemmelsene om bruk av tvang.

Departementet er likevel i tvil om hvor hensiktsmessig det er å gi rett til advokatbistand før det etableres tvungen observasjon eller tvungent psykisk

helsevern. Pasienten vil oftest være svært syk når det er aktuelt å etablere tvang. Det er derfor ikke opplagt at det er en fordel for pasienten at prosessen med etablering av tvang trekker ut. Pasienten vil dessuten ha krav på fri sakførsel, jf. rettshjelploven §§ 16 og 17, ved klage på etablering av tvangsinnleggelsen til kontrollkommisjonen og eventuell domstolsbehandling. I praksis vil kontrollkommisjonen raskt oppnevne advokat til en pasient som ikke er enig i innleggelsen. Departementet er derfor kommet til at denne delen av forslaget ikke bør følges opp.

### **1.9.2 Fritt rettsråd ved klage over vedtak om behandling uten eget samtykke**

Departementet er enig med flertallet i utvalget i at pasientene har det samme behovet for å få ivaretatt rettssikkerheten sin ved vedtak om behandling uten eget samtykke (tvangsmedisinering mv.) som ved vedtak om tvangsinnleggelse. Departementet slutter seg derfor til forslaget om rett til fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved klage til fylkesmannen over vedtak om behandling uten eget samtykke.

Utvalgets flertall foreslo ingen begrensning i antallet timer det skal kunne gis fritt rettsråd, men la til grunn fem timer i sine økonomiske beregninger. Departementet viser til at innlemming av nye saker i rettshjelpsordningen vil kunne virke prosessdrivende i den forstand at antallet klager øker. Dette gjelder særlig når hjelpen gis uten behovsprøving og søker ikke har økonomiske utlegg og derfor ikke noe økonomisk insentiv til å begrense kostnadene. Departementet foreslår derfor at adgangen til fritt rettsråd gis i form av stykkpris med fem ganger den offentlige salærsatsen. Det forutsetter endringer i stykkprisforkriften.

### **1.10 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene**

Et av de sentrale forslagene i proposisjonen gjelder innføring av en kompetansebasert modell i psykisk helsevernloven. I likhet med utvalgets flertall mener departementet at det er sannsynlig at forslaget vil føre til færre tvangsinnleggelser enn det som følger av dagens lov og praksis, og også kortere opphold. Dette trekker i retning av færre liggedøgn. De pasientene dette gjelder, bør imidlertid få annen helsehjelp som alternativ til tvangsinnleggelse.

Når det gjelder pasienter som har samtykkekompetansen i behold, og som faglig ansvarlig vurderer vil være best tjent med tvungent psykisk helsevern, kan det tenkes at forslaget kan føre til en mer aktiv søking etter tegn på fare for andre. I praksis kan dette føre til økt bruk av farevilkåret sammenliknet med hva som er gjeldende praksis. Dette kan redusere virkningen av regelendringen.

Samlet sett mener departementet at forslaget ikke vil medføre vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Departementet legger til grunn at en presisering av pasientens rett til å uttale seg før det fattes vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4, ikke vil ha vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser. En part som ikke ved søknad eller på annen måte har uttalt seg i saken, har etter forvaltningsloven allerede en rett til å uttale seg før det treffes vedtak.

Etter departementets vurdering vil heller ikke en plikt for faglig ansvarlig til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell ha vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser. En slik plikt følger for en stor del allerede av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven.

Forslagene om vedtak når pasienten motsetter seg skjerming og krav om evaluering etter tvangsbruk, vil føre til noe økt ressursbruk i institusjonene, og til klagebehandling i kontrollkommisjonene. Utgifter forutsettes dekket innenfor de gitte rammer til de regionale helseforetakene og kontrollkommisjonene.

Den offentlige salærsatsen for fritt rettsråd er 995 kroner eksklusive mva. per 1. januar 2016. Helsedirektoratet har anslått kostnadene ved utvidelse av ordningen med fritt rettsråd ved klager på behandling uten samtykke til om lag 5,5 mill. kroner og kostnader ved økt antall klagesaker hos Fylkesmannen til om lag 3,5 mill. kroner, dvs. totalt om lag 9 mill. kroner per år. De økte kostnadene vil bli dekket innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjetttramme.

Departementet legger til grunn at forslagene om endringer i formålsbestemmelsen og flytting av frist for å fatte vedtak fra forskriften til loven ikke vil få økonomiske eller administrative konsekvenser.

### **Komiteens merknader**

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønnaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at tall fra Helsedirektoratet tyder på at bruken av tvang går litt opp, og at det fortsatt er store geografiske forskjeller. Dette er i strid med et mangeårig uttalt mål fra et samlet storting om at bruken av

tvang må ned, og at de geografiske variasjonene må minskes. Tvang skal bare brukes når det er helt nødvendig og som en siste utvei.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet således er viktige tiltak og sentrale i elementer i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste.

Komiteen ser at mange av forslagene fra NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet, følges opp i proposisjonen. Den viktigste endringen gjelder pasienter som har samtykkekompetanse. Disse skal nå gis en rett til å nekte behandling i det psykiske helsevernet.

Komiteen støtter at regjeringen har oppnevnt et nytt offentlig lovutvalg som har fått i oppdrag å foreta en samlet gjennomgang av tvangsregelverket i helse- og omsorgstjenesten. Utvalget skal særskilt se på ulike problemstillinger som NOU 2011:9 løftet, men hvor dette utvalget ikke gikk dypere inn i problemstillingen eller konkluderte.

Komiteen gjennomførte en høring hvor Landsforeningen We shall overcome påpekte at vi trenger en holdningsendring, og hvor proffene i Forandringsfabrikken påpekte at særlig barn og unge trenger å bli sett og hørt, og at tvang skader mye. Det ble også påpekt i høringen at de foreslåtte endringene går i riktig retning, men at dette ikke er nok. De imøteså den bebudede gjennomgangen av hele tvangsfeltet. Komiteen støtter disse utsagnene.

Komiteen vil minne om at formålet med psykisk helsevernloven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. Komiteen støtter en utvidelse og presisering av § 1-1. Det er viktig at det i formålet med loven kommer tydelig frem at det også er et overordnet mål å forebygge og begrense tvang.

Komiteen viser til at utvalget i sitt mandat særlig ble bedt om å gjennomgå forholdet til samtykkebestemmelsen. Regjeringen foreslår å oppheve muligheten til å fatte tvangsvedtak mot pasienter som har samtykkekompetanse. Komiteen mener at dette vil styrke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet, og støtter dette. Flere av høringsuttalelsene var bekymret for at dette kunne utsette igangsettelsen av behandling. Komiteen støtter vurderingen om at et lovverk som også bygger på pasientens kompetanse, vil gi et bredere beslutningsgrunnlag. Manglende samtykkekompetanse som vil-

kår for bruk av tvang vil innebære en sterkere rettsliggjøring av tvungent psykisk helsevern. Økt rettsliggjøring kan også gjøre vurderingene mer tilgjengelige for kontroll av jurister og lekfolk i klageinstanser og domstoler, slik at rettssikkerheten til pasienten styrkes. Komiteen viser videre til at den nye regelen ikke vil gjelde der pasienten utgjør en alvorlig fare for andres liv og helse, eller der det foreligger overhengende fare for selvmord. Komiteen støtter videre behovet for god opplæring og veiledning i hvordan de nye reglene skal forstås.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at flere høringsinstanser har delte meninger om forslaget. Disse medlemmer viser også til at departementet i proposisjonen understreker at det å innføre en kompetansebasert modell for tvunget psykisk helsevern reiser mange vanskelige spørsmål. Disse medlemmer støtter denne vurderingen.

Disse medlemmer registrerer at flere høringsinstanser viser til at en modell som går ut på at en pasient med alvorlig psykisk lidelse kan nekte å ta i mot tilbud fra psykisk helsevern, kan medføre alvorlige helsemessige og velferdsmessige konsekvenser for pasienten. Flere høringsinstanser peker på at forslaget kan føre til at noen pasienter kommer senere i gang med behandling hvis helsetjenesten ikke lykkes med annen oppfølging på frivillig basis. Det kan også bety tidligere utskrivelser og flere reinnleggelser. Dette kan igjen bety dårligere behandlingssikter og redusert livskvalitet for disse pasientene. En innvendig mot å innføre en kompetansebasert modell er at dette kan føre til økt bruk av vilkåret om at pasienten utgjør en fare for andre, og økt bruk av tvang, ikke mindre. Disse medlemmer viser til at også departementet i proposisjonen skriver at det er vanskelig å forutse i hvilken grad krav om manglende samtykkekompetanse vil påvirke bruk av tvang i praksis, men at man antar at det kan føre til mindre bruk av tvang i tilfeller der tvangen vanskeligst lar seg forsvare etisk. Disse medlemmer mener det er helt avgjørende at det blir gitt god opplæring og veiledning om hvordan reglene skal forstås før disse iverksettes. Slik veiledning må utarbeides i samarbeid med relevante fagmiljøer og være ferdig før iverksetting av en ny modell.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser også til Senterpartiets representantforslag om en offentlig gransking av tvangsbruk i norsk psykiatri, Dokument 8:23 S (2016–2017). Gjennom kartlegginger utført av media er det høsten 2016 påvist omfattende alvorlig og ulovlig tvangsbruk i norsk psykiatri. Dette medlem mener en offentlig gransking er nødvendig for å sikre pasienter gode,

verdige og forsvarlige psykiatriske helsetjenester i fremtiden, men også for å påvise urettmessig og eventuell lovstridig tvangsbehandling av pasienter som har vært til behandling i norsk psykiatri.

Komiteen viser til at gjeldende bestemmelse i psykisk helsevernlov § 3-9 regulerer retten til å uttale seg før det fattes vedtak om etablering, opprettholdelse og opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Komiteen støtter en tydeliggjøring av at pasienten også har rett til å uttale seg før det fattes vedtak om gjennomføringstiltak etter lovens kapittel 4.

Komiteen støtter å lovfeste en plikt til å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell før det treffes vedtak om behandling uten eget samtykke, da dette kan bidra til en kvalitetssikring av vedtaket. En tydeliggjøring kan også legge til rette for en bred vurdering utover det medisinskfaglige, og at flere begrunnede meninger kan komme frem.

Komiteen støtter forslaget om at det skal fattes vedtak dersom pasienten motsetter seg tiltak om skjerming.

Komiteen støtter videre forslaget om å skjerpe lovens krav til begrunnelse for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. Komiteen er enig i at begrunnelsen for et tvangsvedtak ofte er en forutsetning for at pasienten kan bruke sin klagerett, og at en god begrunnelse også er vesentlig når klageinstansen skal behandle en klage.

Komiteen støtter også kravet til evaluering ved bruk av tvang og skjerming sammen med pasienten når tiltaket er opphørt. Bruk av tvang oppleves som en påkjenning og en krenkelse, og det er derfor viktig at pasienten får gjennomgå og sette ord på det han eller hun har opplevd. Journalføring av pasientens syn på iverksatte tiltak vil gi et bedre grunnlag for tilpassede tiltak ved eventuelle senere episoder. En slik gjennomgang vil også kunne gi kunnskap og utvikling i institusjonen.

Komiteen støtter at den obligatoriske undersøkelsestiden før det fattes vedtak om tvangsmedisinering, forlenges fra tre døgn til fem døgn, og at dette nedfelles i loven fremfor å fremkomme i forskrift. Også at unntaksreglene flyttes fra forskrift og inn i loven, støttes av komiteen. Ved å forlenge kravet til undersøkelsestid legges det til rette for et bedre beslutningsgrunnlag, som igjen kan gi økt mulighet for å oppnå frivillig behandling. Komiteen mener at dette er særlig viktig ved et såpass inngripende tiltak som tvangsmedisinering er.

Komiteen vil understreke at frivillighet er hovedprinsippet i all pasientbehandling, også ved behandling av psykiske lidelser. Komiteen er bekymret over at tvang og beltelegging i psykisk helse-

vern fortsatt er et stort problem, til tross for årelang fokus på utfordringene, og at det er store mangler i rapporteringsordningene og kontrollsystemene. Komiteen setter stor pris på at VG i det siste har satt fokus på tvangsbruk og behov for bedre kontrollrutiner og rapportering. Komiteen viser til helse- og omsorgsministerens redegjørelse i Stortinget 7. desember 2016 om bruk av tvang i den psykiske helsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at flertallet i Innst. 11 S (2016–2017) foreslo å styrke kontrollkomisjonenes arbeid med 5 mill. kroner for bedre å ivareta rettsikkerheten til pasientene.

For komiteen er det et mål å gi pasientene i psykisk helsevern økt selvbestemmelse og bedre rettssikkerhet. Komiteen er bekymret for at det synes som om bruken av tvang går litt opp, samt at det er store geografiske forskjeller når det gjelder bruk av tvang. Det tyder på at vi har en lang vei å gå før vi er i mål.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener at vi ikke lenger kan akseptere at psykisk helsevern nedprioriteres sammenlignet med somatikken. Det er grunn til å minne om at psykisk sykdom fører til flest tapte leveår av samtlige sykdommer i Norge.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre viser til Venstres representantforslag om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren, Dokument 8:90 S (2015–2016), der det foreslås at det nedsettes et bredt sammensatt offentlig utvalg som skal utrede bruken av tvang i hele helse- og omsorgssektoren, herunder psykisk helse, rusomsorg, demensomsorg og barnevern. I tillegg foreslår Venstre at det må etableres et mer effektivt system for registrering og innrapportering av bruk av tvang i alle deler av helse- og omsorgssektoren, noe som viser seg å være et prekært behov.

Komiteen viser til det pågående arbeidet til tvangslovutvalget oppnevnt 17. juni 2016, som skal foreta en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren. Komiteen avventer og har forhåpninger til dette arbeidet. Komiteen støtter behovet for et mer effektivt system for registrering og innrapportering av tvangsbruk.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Venstre tror at økt brukermid-



virkning er en viktig nøkkel for å redusere bruk av tvang både i og utenfor institusjon. Disse medlemmer viser til at Paulsrud-utvalgets flertall foreslo at antatt samtykke skal være et vilkår for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Det er delte meninger hos høringsinstansene som har uttalt seg om forslaget. Disse medlemmer viser til at departementet ikke har funnet tilstrekkelig grunnlag for å foreslå at antatt samtykke bør gjelde som et absolutt vilkår for å bruke tvang etter psykisk helsevernloven. Disse medlemmer er uenig i dette. Disse medlemmer anerkjenner at det kan være vanskelig i praksis å ta stilling til vilkåret, samtidig mener disse medlemmer at det bør la seg gjøre gjennom egenerklæringer, pasientens tidligere uttrykte ønsker, individuelle planer, mv. Disse medlemmer mener et vilkår formulert slik at det skal være «sannsynlig at pasienten ville ha samtykket til hjelpen dersom vedkommende hadde hatt beslutningskompetanse», er et vilkår som bør inntas i loven. Disse medlemmer mener i likhet med Paulsrud-utvalget at et krav om antatt samtykke har en høy etisk legitimitet ved inngrep som er begrunnet ut fra hensynet til pasienten selv. Disse medlemmer viser til at «antatt samtykke» gjelder i pasient- og brukerrettighetsloven, og synes det er en selvfølge at psykisk syke skal ha de samme rettighetene. Disse medlemmer mener at antatt samtykke for pasienter som mangler beslutningskompetanse, vil styrke den reelle betydningen av fortidige erklæringer og pasientens uttrykte meninger når tvang vurderes. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med et forslag om endringer i psykisk helsevernloven om å oppstille et krav om antatt samtykke som vilkår for tvungent psykisk helsevern på behandlingsindikasjon, etter anbefalingene fra Paulsrud-utvalget.»

Disse medlemmer vil minne om at i Oviedo-konvensjonen (Europarådets bioetiske konvensjon) artikkel 9, som Norge er folkerettslig bundet av, er det et krav om at det skal tas hensyn til pasientens tidligere uttrykte ønsker.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at det fremdeles skal gjøres unntak fra krav om obligatorisk undersøkelsestid før tvangsmedisinering, dersom pasienten vil lide alvorlig helseskade eller pasienten er kjent av institusjonen gjennom tidligere behandlingsopphold. Disse medlemmer vil understreke at det i høringen, blant annet av Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn, ble problematisert at økning av

krav om undersøkelsestid også kan føre til mer bruk av tvang overfor denne gruppen, og en forverring av tilstandene og lengre opphold i institusjon. Disse medlemmer registrerer at departementet har tatt inn over seg disse bekymringene, og redusert undersøkelsestiden fra seks til fem dager, som var Paulsruds-utvalgets forslag. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for en følgeevaluering av endringene i psykisk helsevernloven, og se til at de nye reglene ikke fører til mer tvang i tjenestene.»

Komiteen viser til at bruk av tvang er et alvorlig inngrep mot dem det gjelder. Nettopp derfor er det viktig å føre kontroll med lovligheten av tvangsvedtakene. Juridisk bistand ved etablering av tvang kan medføre reduksjon i antall tvangsvedtak. Komiteen slutter seg derfor til forslaget om å gi rett til fritt rettsråd uten behovsprøving og egenandel ved klage til fylkesmannen over vedtak om behandling uten eget samtykke.

## Forslag fra mindretall

### Forslag fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet:

#### *Forslag 1*

Stortinget ber regjeringen sørge for en følgeevaluering av endringene i psykisk helsevernloven og se til at de nye reglene ikke fører til mer tvang i tjenestene.

### Forslag fra Kristelig Folkeparti og Venstre:

#### *Forslag 2*

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med et forslag om endringer i psykisk helsevernloven om å oppstille et krav om antatt samtykke som vilkår for tvungent psykisk helsevern på behandlingsindikasjon, etter anbefalingene fra Paulsrud-utvalget.

## Komiteens tilråding

Komiteens tilråding er enstemmig.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til proposisjonen og råår Stortinget til å gjøre følgende

## vedtak til lov

om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)

## I

I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjøres følgende endringer:

§ 1-1 skal lyde:

## § 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.*

§ 1-1 a andre ledd skal lyde:

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, 4-4 a, 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.

§ 1-7 overskriften skal lyde:

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

§ 1-7 tredje ledd skal lyde:

Ved saker om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, saker om overføringer, saker som nevnt i §§ 2-1 annet ledd og 2-2 femte ledd og ved klage til fylkesmannen over vedtak om undersøkelse og behandling etter § 4-4, har pasienten rett til *fri retts- hjelp* etter lov 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp.

§ 3-2 skal lyde:

§ 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 en 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.

§ 3-3 skal lyde:

§ 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 en 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.

Ny § 3-3 a skal lyde:

*§ 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 nedtegnes.

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 behandlingmessig 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.

§ 3-7 fjerde ledd andre punktum skal lyde:

Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at *observasjonen eller vernet* er opphørt.

§ 4-2 første, andre og tredje ledd skal lyde:

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.*

Nåværende andre, tredje, fjerde og femte ledd blir fjerde, femte, sjette og syvende ledd.

§ 4-3 andre ledd første punktum skal lyde:

*Det skal fattes vedtak hvis pasienten motsetter seg skjerming, eller hvis skjerming opprettholdes ut over 24 timer.*

§ 4-4 skal lyde:

*§ 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 ulempene ved eventuelle bivirkninger.

- b) Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis *ernæring såfremt* dette fremstår 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.

Ny § 4-4 a skal lyde:

*§ 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 behandlingmessig 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 behandlingstilta-

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.

## II

I lov 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp gjøres følgende endringer:

§ 11 første ledd nytt nr. 8 skal lyde:

*8. for pasienter i saker for fylkesmannen om undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven § 4-4.*

## III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 15. desember 2016

**Kari Kjønås Kjos**

leder og ordfører