



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 31 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i psykisk helsevernloven og
pasient- og brukerrettighetsloven mv.
(bedre beslutningsgrunnlag og behandling)



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 31 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i psykisk helsevernloven og
pasient- og brukerrettighetsloven mv.
(bedre beslutningsgrunnlag og behandling)

Innhold

1	Hovedinnholdet i proposisjonen	5	4.3.3	Utvalgenes forslag	32
			4.3.4	Høringsinstansenes syn	33
			4.3.5	Departementets vurderinger og forslag	34
2	Bakgrunnen for lovforslaget	8	4.4	Senkning av beviskravet for manglende beslutningskompetanse til «overveiende sannsynlig»	38
2.1	Innledning	8	4.4.1	Innledning	38
2.2	Paulsrud-utvalget	8	4.4.2	Gjeldende rett	38
2.3	Tvangslovutvalget	9	4.4.3	Utvalgenes forslag	38
2.4	Samtykkeutvalget	9	4.4.4	Høringsinstansenes syn	38
2.5	Høringene	10	4.4.5	Departementets vurderinger og forslag	39
2.5.1	NOU 2011: 9 (Paulsrud-utvalget)	10			
2.5.2	NOU 2019: 14 (Tvangslovutvalget)	13			
2.5.3	Ekspertutvalgsrapporten (Samtykkeutvalget)	19			
2.6	Andre pågående arbeider med relevans for lovarbeidet	24			
3	Gjeldende rett	25	5	Styrking av pasientenes rettssikkerhet	41
3.1	Dagens norske regelverk	25	5.1	Lovfesting av krav om løpende vurdering av om lovens vilkår for tvangsbruk er oppfylt	41
3.2	Menneskerettighetenes betydning for norsk regelverk	25	5.1.1	Innledning	41
3.3	Nærmere om de mest relevante menneskerettighetene	26	5.1.2	Gjeldende rett	41
3.4	CRPD-utvalget	27	5.1.3	Tvangslovutvalgets forslag	42
			5.1.4	Sivilombudets anbefaling	42
			5.1.5	Høringsinstansenes syn	42
			5.1.6	Departementets vurderinger og forslag	42
4	Bedre balanse mellom selvbestemmelse og rett til liv og helse	29	5.2	Presisering av kontrollkommisjonens kompetanse til å treffe tvangsvedtak	43
4.1	Justert formålsbestemmelse i psykisk helsevernloven	29	5.2.1	Innledning	43
4.1.1	Innledning	29	5.2.2	Gjeldende rett	43
4.1.2	Gjeldende rett	29	5.2.3	Tvangslovutvalgets forslag	43
4.1.3	Utvalgenes forslag	29	5.2.4	Høringsinstansenes syn	43
4.1.4	Høringsinstansenes syn	29	5.2.5	Departementets vurderinger og forslag	43
4.1.5	Departementets vurderinger og forslag	30	5.3	Lovfesting av elektrokonvulsiv behandling (ECT) som livreddende tiltak	44
4.2	Justert begrepsbruk – fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse	31	5.3.1	Innledning	44
4.2.1	Innledning	31	5.3.2	Om ECT	44
4.2.2	Gjeldende rett	31	5.3.3	Gjeldende rett	45
4.2.3	Utvalgenes forslag	31	5.3.4	Tvangslovutvalgets forslag	45
4.2.4	Høringsinstansenes syn	31	5.3.5	Høringsinstansenes syn	45
4.2.5	Departementets vurderinger og forslag	32	5.3.6	Departementets vurderinger og forslag	50
4.3	Presisering av forståelseskravet og oppheving av sykdomsvilkåret ved bortfall av beslutningskompetanse	32	6	Bedre pasientforløp	54
4.3.1	Innledning	32	6.1	Utvidet mulighet for å gi helsehjelp til pasienter som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg	54
4.3.2	Gjeldende rett	32			

6.1.1	Innledning	54	7.3	Lovfesting av plikt til å vurdere voldsrisiko	90
6.1.2	Gjeldende rett	54	7.3.1	Innledning	90
6.1.3	Utvalgenes forslag	55	7.3.2	Gjeldende rett	91
6.1.4	Høringsinstansenes syn	56	7.3.3	Samtykkeutvalgets forslag	91
6.1.5	Departementets vurderinger og forslag	62	7.3.4	Høringsinstansenes syn	91
6.2	Mer arenafleksible regler om behandling av alvorlige psykiske lidelser som pasienten motsetter seg	68	7.3.5	Departementets vurderinger og forslag	95
6.2.1	Innledning	68	7.4	Lovfesting av plikt til samarbeid ved overgang fra tvungent psykisk helsevern i heldøgns- institusjon til poliklinisk behandling (TUD)	97
6.2.2	Gjeldende rett	68	7.4.1	Innledning	97
6.2.3	Utvalgenes forslag	70	7.4.2	Gjeldende rett	97
6.2.4	Høringsinstansenes syn	70	7.4.3	Samtykkeutvalgets forslag	98
6.2.5	Departementets vurderinger og forslag	75	7.4.4	Høringsinstansenes syn	98
6.3	Samme adgang til varslings- og lokaliseringsteknologi for personer med utviklings- hemning	78	7.4.5	Departementets vurderinger og forslag	101
6.3.1	Innledning	78	7.5	Utvidet adgang til deling av taushetsbelagte opplysninger med annet helsepersonell ved fare	102
6.3.2	Gjeldende rett	78	7.5.1	Innledning	102
6.3.3	Tvangslovutvalgets forslag	80	7.5.2	Gjeldende rett	102
6.3.4	Høringsinstansenes syn	80	7.5.3	Samtykkeutvalgets forslag	102
6.3.5	Departementets vurderinger og forslag	81	7.5.4	Høringsinstansenes syn	102
7	Styrket samfunnsvern	83	7.5.5	Departementets vurderinger og forslag	104
7.1	Begrensninger i adgangen til å nekte pårørendeinvolvering	83	8	Økonomiske og administrative konsekvenser	105
7.1.1	Innledning	83	9	Merknader til lovforslaget	108
7.1.2	Gjeldende rett	83			
7.1.3	Utvalgenes forslag	84			
7.1.4	Høringsinstansenes syn	85			
7.1.5	Departementets vurderinger og forslag	86			
7.2	Pårørendeansvarlig personell	89			
7.2.1	Samtykkeutvalgets forslag	89			
7.2.2	Høringsinstansenes syn	89			
7.2.3	Departementets vurderinger og forslag	90			
				Forslag til lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)	114



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 31 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 29. november 2024,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

1 Hovedinnholdet i proposisjonen

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår med dette endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, psykisk helsevernloven og i enkelte andre helselover. Proposisjonen følger opp forslag fra regjeringens ekspertutvalg som evaluerte vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved bruk av tvang i psykisk helsevern (Samtykkeutvalget) og enkelte av forslagene fra Tvangslovutvalget.

Endringene skal blant annet bidra til bedre balanse mellom pasientens selvbestemmelse og pasientens og andres rett til liv og helse:

Departementet foreslår å justere formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven og å ta inn at loven skal sikre helsehjelp av god kvalitet. Departementet foreslår også å ta inn i formålsbestemmelsen at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten, og at det er et formål å fremme riktig bruk av tvang.

Departementet ønsker å tydeliggjøre at pasienten som utgangspunkt har rett til både å sam-

tykke til og nekte å ta imot helsehjelp. Departementet foreslår derfor å endre begrepet «samtykkekompetanse» til «beslutningskompetanse» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og øvrig helselovgivning.

Departementet foreslår videre å tydeliggjøre at beslutningskompetansen kan falle bort når pasienten ikke er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen, og å oppheve kravet om at det må skyldes sykdom. Departementet foreslår også å endre beviskravet for manglende beslutningskompetanse fra åpenbart til overveiende sannsynlig.

Lovendringene skal også styrke pasientenes rettssikkerhet:

Departementet foreslår å ta inn en generell bestemmelse i psykisk helsevernloven som gjør det tydelig at alle vilkår for tvangsbruk må være oppfylt hele tiden mens vedtaket gjennomføres. Forslaget følger blant annet opp en anbefaling fra Sivilombudet.

Departementet foreslår også en presisering av kontrollkommisjonens kompetanse ved klage på vedtak om å ikke etablere eller om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Kontrollkommisjonen skal bare kunne vurdere lovligheten av vedtaket og ikke selv kunne treffe vedtak om bruk av tvang.

Departementet foreslår videre at adgangen til å bruke elektrokonvulsiv behandling (ECT) reguleres i lov. Det skal ikke lenger være adgang til å bruke ECT med grunnlag i ulovfestet nødrett med analogi til straffelovens straffrihetsgrunn. ECT uten samtykke skal bare kunne brukes dersom unnlattelse av å gi ECT i løpet av få uker vil føre til alvorlig fare for personens liv, pasienten mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg behandlingen. Det skal bare kunne treffes vedtak om bruk av ECT i inntil to uker i samme behandlingsserie. Tiltaket skal reguleres i en egen bestemmelse i psykisk helsevernloven. Det skal ikke stilles krav om vedtak om tvungent psykisk helsevern. Faglig ansvarlig lege som er spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, skal etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell treffe vedtak om bruk av ECT og det skal være klageadgang.

Departementet foreslår dessuten lovendringer som vil bidra til bedre pasientforløp, gjennom forenkling av regelverket og mer effektiv bruk av personellressursene i psykisk helsevern:

Departementet foreslår å oppheve dagens særregel om at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler beslutningskompetanse og som antas å ha en alvorlig sinnslidelse, bare kan skje etter reglene i psykisk helsevernloven kapittel 3. Muligheten for å gi helsehjelp i form av undersøkelse og behandling til personer som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg, skal være uavhengig av om pasienten har psykiske eller somatiske helseutfordringer. Dette betyr at pasienter med alvorlig sinnslidelse som ikke motsetter seg også kan gis helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, og ikke som i dag, bare etter psykisk helsevernloven. Dermed vil noen flere alvorlig syke pasienter kunne gis behandling for sin psykiske lidelse med grunnlag i frivillighet.

Departementet foreslår også at vedtak om tvangsbehandling av alvorlige psykiske lidelser med legemidler, skal kunne gjennomføres i sykehjem, om nødvendig med bruk av fysisk makt. Vilkåret skal være at tvangsgjennomføring av behandlingen i sykehjemmet er en klart bedre løsning for pasienten enn å bli hentet til behandling i institusjon for psykisk helsevern. I dag kan

tvangsbehandling med legemidler bare gjennomføres utenfor institusjon i psykisk helsevern når pasienten ønsker det. Behandlingen med tilknyttede undersøkelser skal ikke kunne gjennomføres på personens rom eller i lokaler som vedkommende bruker i det daglige, med mindre dette er den klart beste løsningen for pasienten.

Departementet foreslår videre at dagens særregel oppheves slik at mennesker med «psykisk utviklingshemning» får samme mulighet til å gjøre seg nytte av varslings- og lokaliseringsteknologi som andre pasienter og brukere.

Departementet foreslår også lovendringer som vil bidra til å styrke samfunnsvernet:

Departementet foreslår at beslutningskompetente pasienter ikke skal kunne nekte pårørende informasjon og medvirkning når hensynet til barn pasienten har omsorgsansvar for taler for pårørendeinvolvering. Beslutningskompetente pasienter skal heller ikke kunne nekte pårørendeinvolvering når pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Departementet foreslår at den faglig ansvarlige for vedtak, når pasienten opptrer truende eller utøver vold og når pasienten tidligere har opptrådt truende eller utøvd vold, skal vurdere om farevilkåret er oppfylt, om det skal gjennomføres en voldsrisikovurdering og om det skal utarbeides en risikohåndteringsplan. Faglig ansvarlig skal også vurdere om det er behov for å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser i forbindelse med vurderingen av vilkåret om manglende beslutningskompetanse og farevilkåret i psykisk helsevernloven.

Departementet foreslår å lovfeste at den faglig ansvarliges vurdering av om en pasient bør overføres til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), skal skje i samråd med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til nærmeste pårørende.

Departementet foreslår at det gjøres unntak fra taushetsplikten i situasjoner der pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, slik at opplysninger kan deles med annet helsepersonell selv om pasienten motsetter seg.

Det har vært rettet særlig oppmerksomhet mot barn. Departementet mener at forslagene i liten grad vil endre mulighetene for å gi helsehjelp til barn med alvorlige psykiske lidelser. Departementet støtter Paulsrud-utvalgets og Tvangslovutvalgets vurderinger av at det er behov for å klargjøre og styrke barn og unges rettigheter ved

bruk av tvang i psykisk helsevern. Departementet vil derfor gi Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide et forslag til hvordan dette best kan gjøres innenfor dagens lovstruktur.

Departementet vil arbeide videre med oppfølging av Tvangslovutvalget.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 Innledning

Regjeringen varslet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*) at den vil forenkle og tydeliggjøre regelverk for å gjøre det enklere for fagfolkene å bruke tiden på å hjelpe pasientene og brukerne, dele informasjon og forske. Det går videre fram av planen at regjeringen blant annet vil fremme lovforslag om oppfølging av forslag fra Samtykkeutvalget og enkelte av forslagene fra Tvangslovutvalget. Et sentralt formål med lovforslagene skal være å sikre faglig gode forløp for den enkelte pasient og å ivareta pårørende.

2.2 Paulsrud-utvalget

Regjeringen oppnevnte i 2010 et lovutvalg som skulle utrede regler om tvang mv. innen psykisk helsevern. Utvalget fikk i oppdrag å utrede etiske, faglige og rettslige sider av regler og praksis om tvang innen psykisk helsevern. Utvalget skulle særlig gjennomgå forholdet mellom psykisk helsevernloven og samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven og menneskerettigheter, behandlingvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern, vilkårene for iverksetting av behandling under tvang (herunder tvangsmedisinering) og bruk av tvangsmidler og gjeldende kontrollordninger for overprøving av tvangsvedtak. Utvalget ble ledet av advokat Kari Paulsrud.

Utvalget leverte sin utredning, NOU 2011: 9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet Balansen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*, i juni 2011. Utvalget foreslo en rekke endringer i tvangsregelverket.

Ifølge utvalget var formålet med lovforslagene å styrke selvbestemmelsesretten og rettssikkerheten til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, samtidig som samfunnets omsorgsansvar for denne gruppen, og andre mennesker i psykisk krise, fortsatt ble søkt ivaretatt. Formålet var videre å forebygge og begrense bruk av tvang.

Utvalget foreslo blant annet

- å innføre manglende beslutningskompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og undersøkelse og behandling uten eget samtykke,
- lovendringer for å styrke rettssikkerheten til pasienter i psykisk helsevern som motsetter seg behandling eller andre tiltak og
- at tvangsbruk skal evalueres sammen med pasienten.

Ett medlem valgte å dissentrere fra innstillingen i sin helhet.

Paulsrud-utvalget mente de manglet særskilt kompetanse på barn og unge. Utvalget gikk derfor i liten grad inn på spørsmål som særlig gjelder denne gruppen. Utvalget mente også at det burde vurderes om tvangsreglene i helse- og omsorgslovgivningen burde samles i én felles lov, men at det falt utenfor mandatet og tidsrammen for utvalget å gå nærmere inn på dette. Utvalget mente dessuten at det burde gjøres grunnleggende endringer i kontroll- og overprøvingssystemet og at det burde etableres en felles kontroll- og overprøvingsinnsans for alle vedtak som treffes med hjemmel i psykisk helsevernloven.

Departementet fremmet i 2016 et lovforslag der en del av forslagene fra utvalgets flertall ble fulgt opp (Prop. 147 L (2015–2016) *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)*). Blant annet ble det foreslått å innføre manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvang innenfor psykisk helsevern. Stortinget sluttet seg enstemmig til forslagene.

Departementet mente videre at noen av forslagene fra Paulsrud-utvalget fikk betydning også utenfor psykisk helsevern og burde sees i en større sammenheng. Forslagene burde etter departementets syn utredes ytterligere, særlig med tanke på virkningen for andre deler av helse- og omsorgssektoren. Regjeringen oppnevnte derfor et nytt offentlig lovutvalg som fikk i oppdrag å foreta en samlet gjennomgang av tvangsregelverket for helse- og omsorgstjenesten.

2.3 Tvangslovutvalget

Tvangslovutvalget ble oppnevnt i 2016. Utvalget skulle foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren. Utvalget skulle foreslå nødvendige lovendringer for å møte behovene i dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester. Regelverket skulle legge til rette for god samhandling på tvers av ulike institusjonstyper og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget skulle vurdere hvordan regelverket kan utformes for å bli bedre samordnet og for å unngå problemer med gråsoner og områder med uklart hjemmelsgrunnlag. Utvalget skulle også utrede forholdet til våre internasjonale forpliktelser, blant annet FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsett funksjonsevne (CRPD), og vurdere om det er behov for endringer i regelverket for å imøtekomme disse forpliktelsene. Utvalget ble ledet av professor Bjørn Henning Østenstad.

Utvalget leverte sin utredning i juni 2019 (NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.*)

Utvalget foreslo en felles tvangsbegrensingslov for helse- og omsorgstjenesten. Utvalget foreslo blant annet at de diagnosenære vilkårene i tvangshjemlene skulle erstattes med krav om fravær av beslutningskompetanse og sterkt behov for aktuelle tiltak, unntatt i situasjoner der det er fare for andre. Utvalget foreslo også en ny felles ordning for saksbehandling, overprøving og kontroll der statsforvalterne og nye tvangsbegrensingsnemnder skulle være sentrale aktører.

To av utvalgsmedlemmene stilte seg ikke bak sentrale elementer i vurderingene og forslagene som går fram av utredningen og valgte å ta en generell dissens.

Utredningen ble sendt på alminnelig høring i 2019.

I 2021 ble høringsinstansene invitert til å komme med innspill til hva som må til for å lykkes med innføring av et nytt regelverk for bruk av tvang. I høringsnotatet ble det gjort rede for hvordan departementet så langt hadde vurdert at de sentrale forslagene fra Tvangslovutvalget burde følges opp.

2.4 Samtykkeutvalget

Hurdalsplattformen slo fast at regjeringen skal «evaluere endringen i psykisk helsevernloven om

innføring av krav til samtykke ved innleggelse i tvungent psykisk helsevern»

Regjeringen oppnevnte 5. mai 2022 et ekspertutvalg som fikk i oppdrag å evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern.

Formålet med evalueringen skulle være å bidra til et lovverk og en praksis som sikrer pasientens rett til nødvendige og forsvarlige helse-tjenester og som kan forhindre feil bruk av tvang. Ekspertutvalget fikk blant annet i oppdrag å gjennomgå relevante høringsinnspill til Tvangslovutvalgets forslag og komme med innspill til det videre arbeidet med lovutkastet når det gjelder vilkåret om samtykkekompetanse.

Ekspertutvalget skulle gjennomgå endringen i psykisk helsevernloven om krav om manglende samtykkekompetanse, med særlig vekt på hvilke utfordringer lovendringen har gitt for helse-tjenestene, brukerne og pårørende. Utvalget skulle ut fra egne funn og eksisterende kunnskap vurdere og foreslå lovendringer og tiltak for videre utvikling av regelverk og praksis som ivaretar målet om å forhindre feil bruk av tvang. Forslagene skulle også balansere pasientenes rett til selvbestemmelse og rett til den høyest oppnåelige helsestandard på en god måte innenfor rammen av Norges menneskerettslige forpliktelser, inkludert CRPD. Utvalget skulle videre foreslå tiltak til hvordan pårørendestøtte kan videreutvikles. Utvalget ble ledet av administrerende direktør Øystein Mæland.

Samtykkeutvalget leverte sin rapport 15. juni 2023 (Bedre beslutninger, Bedre behandling).

Utvalget mente at erfaringer med innføring av vilkåret om at pasienten må mangle samtykkekompetanse måtte ses i sammenheng med øvrige endringer både i psykisk helsevernloven, helse-tjenesten og samfunnet. Helsetjenestens mulighet for å ivareta pasienter på en god måte innenfor rammene av en kompetansebasert modell, begrenses av mangel på både kompetanse, ressurser, samhandling og frivillige behandlingsoalternativer.

Utvalget konkluderte med at en kompetansebasert modell med vilkår om manglende samtykkekompetanse bør videreføres. Utvalget skrev blant annet:

«Utvalgets vurdering er at en kompetansebasert modell har gitt en bedre balanse mellom pasientens rett til selvbestemmelse og statens plikt til å ivareta retten til helse når en pasient ikke selv kan samtykke til helsehjelp. Utvalget erfarer dessuten av samtykkevilkåret har

bidratt til økt oppmerksomhet om medbestemmelse, med tettere samarbeid mellom pasienter og helsepersonell for å finne frivillige behandlingsalternativer som pasienten selv ønsker.»

Utvalget mente videre at en videreføring av kompetansevilkåret avhenger av fem sentrale forutsetninger som alle bør styrkes framover:

- «← Brukermedvirkning og beslutningsstøtte: Utvalget anbefaler blant annet å utrede en ordning for beslutningsstøtte
- Pårørendeinvolvering: Utvalget anbefaler blant annet å tydeliggjøre forankringen av pårørendeansvaret i spesialisthelsetjenesten
- Kompetansevurderinger av god kvalitet: Utvalget anbefaler blant annet nasjonale faglige retningslinjer og validert verktøy for kompetansevurderinger, samt endringer i lovverket for å bedre praktiseringen av kompetansevilkåret
- Helsehjelp til pasienter med forhøyet voldspotensial: Utvalget anbefaler blant annet bedre opplæring i voldsrisikovurderinger og å presisere plikten til å vurdere farevilkåret ved utagerende atferd
- Samhandling og frivillige behandlingsalternativer: Utvalget anbefaler blant annet å styrke oppsøkende samhandlings-tjenester»

Utvalget foreslo en rekke endringer i psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven, samt andre tiltak og videre utredninger.

Rapporten ble sendt på alminnelig høring med frist 1. november 2023.

2.5 Høringene

2.5.1 NOU 2011: 9 (Paulsrud-utvalget)

Paulsrud-utvalget leverte sin utredning, NOU 2011: 9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*, til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011. Se omtalen av utredningen i punkt 2.2.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte utredningen på høring 25. august 2011 med frist 3. januar 2012. Høringsfristen ble senere forlenget til 6. februar 2012.

Utredningen ble sendt til følgende instanser:

Departementene

Arbeids- og velferdsdirektoratet
 Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
 Barne-, ungdoms-, og familieetaten
 Barneombudet
 Datatilsynet
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM)
 Den rettsmedisinske kommisjon
 De regionale helsetilsynene
 De regionale komiteer for medisinsk forsknings-etikk
 Folkehelseinstituttet
 Fylkesmennene
 Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker
 Helsedirektoratet
 Høgskolene (m/helsefaglig utdanning)
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo
 Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
 Kontrollkommisjonene
 Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF)
 Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål
 Landets regionale kompetansesentre for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
 Likestillings- og diskrimineringsombudet
 Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
 Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
 Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS)
 Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
 Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet
 Norges forskningsråd
 Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
 Norsk senter for menneskerettigheter
 NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
 Pasient- og brukerombudene
 Pasientskadenemnda
 Politidistriktene
 Politidirektoratet
 Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
 Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
 Regjeringsadvokaten
 Riksadvokaten
 Rokkansenteret
 Senter for medisinsk etikk (SME)

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Statens Helsetilsyn	Galebevegelsen
Statens Helsepersonellnemnd	Gatejuristen
Statens legemiddelverk	Helseansattes Yrkesforbund
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Helsetjenestens Lederforbund
Sysselmannen på Svalbard	Human-Etisk Forbund
Universitetene	Hvite Ørn – Interesse- og brukerorganisasjon innen psykisk helse
Riksrevisjonen	Informasjonssenteret Hieronimus
Sametinget	Institutt for samfunnsforskning (ISF)
Stortingets ombudsmann for forvaltningen	Interessegruppa for kvinner med spise- forstyrrelser
Fylkeskommunene	Juridisk rådgivning for kvinner (JURK)
Fylkesrådene for funksjonshemmede	Juss-Buss
Kommunene	Jussformidlingen i Bergen
De regionale helseforetakene	Jusshjelpa i Nord-Norge
ACTIS	Kommunalansattes Fellesorganisasjon (KFO)
ADHD Norge	KIM-senteret
Afasiforbundet i Norge	Kirkens Bymisjon
Akademikerne	Klientaksjonen
A-LARM – Bruker og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling	Kliniske ernæringsfysiologers forening
Amalie Skrams Hus	KS – Kommunesektorens organisasjon
Ambulanshelsetjenesten KFO	Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)
Amnesty International Norge	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS)
Ananke, Støtteforeningen for mennesker med tvangslidelse	Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE)
Angstringen	Landsforeningen for Psykopat Ofre
ANS Institutt for Familieterapi	Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP)
Apotekerforeningen	Landsforeningen for kosthold og helse
Arbeidsgiverforeningen Spekter	Landsforeningen for utekontakter
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem	Landsforeningen for Voldsofre og Motarbeiding av Vold
Autismeforeningen i Norge	Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
Bikuben – regionalt brukerstyrt senter	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Blå Kors Norge	LAR Nett Norge
Bruker Spør Bruker	Legeforeningens forskningsinstitutt
Civita	LINK Oslo – Senter for selvhjelp og mestring
Den internasjonale juristkommisjon – norsk avdeling	Manifestsenteret
Den Norske Advokatforening	Medborgernes Menneskerettighets kommisjon
Den norske Dommerforening	Menneskeverd
Den norske legeforening	Mental Helse Norge
Det Norske Nettverket av Fontenehus	Mental Helse Ungdom
Fagforbundet	NA, Anonyme Narkomane
Fagrådet innen rusfeltet	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Fampo, Folkeaksjonen mot maktmisbruk, politistat og overgrepskultur	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin – Uni helse
Fellesorganisasjonen (FO)	Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet
Flyktninghjelpen	Norges Farmaceutiske Forening
Foreningen for transpersoner	Norges Handikapforbund
Forskningsstiftelsen FAFO	Norges Juristforbund
Fransiscushjelpen	Norsk Forbund for Psykoterapi
	Norsk Forbund for Psykisk utviklingshemmede

Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid	Fylkesmannen i Buskerud
Norsk Forskerforbund	Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Norsk Helse- og Sosiallederlag	Fylkesmannen i Rogaland
Norsk Helsesekretærforbund	Fylkesmannen i Vestfold
Norsk Organisasjon for asylsøkere (NOAS)	Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker
Norsk Pasientforening	Helsedirektoratet
Norsk Presseforbund	Høgskolen i Molde
Norsk Psykologforening	Høgskolen i Østfold
Norsk Psykiatrisk Forening	Høgskolen i Ålesund
Norsk Psychoanalytisk Institutt	Kontrollkomisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål II
Norsk Redaktørforening	Kontrollkomisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Kontrollkomisjon III for psykisk helsevern i Østfold
Norsk Sykepleierforbund	Kontrollkomisjonen for Diakonhjemmets sykehus
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Kontrollkomisjonen for psykisk helsevern for barn og ungdom – Oslo/ Akershus II
Norsk Tourette Forening	Kontrollkomisjonen for Østmarka sykehus
Organisasjonen Voksne for Barn	Kontrollkomisjon I for Akershus
Organisasjon Mot Offentlig Diskriminering (OMOD)	Kontrollkomisjonene i Øvre og Nedre Buskerud
PARAT Helse	Likestillings- og diskrimineringsombudet
Pårørendeforeningen for aldersdemente/ alzheimer	Rådet for funksjonshemmede
Pårørendekompetanse	Politidirektoratet
Pårørendesenteret i Oslo	Regjeringsadvokaten
Rettspolitisk forening	Statens Helsetilsyn
ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser	Statens seniorråd
Rusmiddelbrukernes interesseorganisasjon (RIO)	Bergen kommune
Rådet for psykisk helse	Bærum kommune
Råd og muligheter – ROM Agder	Holmestrand kommune
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)	Horten kommune
Samfunnsviternes fagforening	Innherred samkommune
Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf)	Stavanger kommune
SINTEF Helse	Trondheim kommune
Statstjenestemannsforbundet	Akershus universitetssykehus HF
Stiftelsen Menneskerettighetshuset	Helse Midt-Norge RHF
Stiftelsen SEPREPE – Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering av psykoser	Helse Nord-Trøndelag HF
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning	Helse Sør-Øst RHF
Stiftelsen Støttecenter mot Incest – Oslo	Helse Vest RHF
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund	Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse
Virke	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)
Voksne for barn	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse- arbeid (NAPHA)
We shall overcome	Nasjonalt kompetansesenter for selvmords- forskning og -forebygging
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Universitetet i Oslo
Følgende instanser ga merknader til forslagene:	Norsk senter for menneskerettigheter, Universitetet i Oslo
Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet	Oslo universitetssykehus HF
Justis- og politidepartementet	
Barneombudet	
Den rettsmedisinske kommisjon	
Domstoladministrasjonen	
Folkehelseinstituttet	
Fylkesmannen i Aust-Agder	

Oslo universitetssykehus HF, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst
 Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør (RBUP Øst og Sør)
 RKBU Vest – Regionalt kunnskapssenter for barn og unge
 St. Olavs Hospital HF
 Sykehuset i Vestfold HF
 Sykehuset Telemark HF
 Sykehuset Østfold HF
 Sørlandet sykehus HF
 TvangsForsk – Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, Universitetet i Tromsø
 Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet
 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

ADHD Norge
 Advokat Ulrik Hegnar
 Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem
 Den internasjonale juristkommisjon – norsk avdeling (ICJ-Norge)
 Den Norske Advokatforening
 Den norske legeförening
 Fellesorganisasjonen (FO)
 Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
 Gatejuristen
 Hvite Ørn – Interesse- og brukerorganisasjon innen psykisk helse
 Informasjonssenteret Hieronimus
 KS – Kommunesektorens organisasjon
 Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP)
 Mental Helse Norge
 Mental Helse Ungdom
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 Norsk Psykologforening
 Norsk Sykepleierforbund
 Pensjonistforbundet
 Psykiater Terje Vestheim
 Redd Barna
 Rådet for psykisk helse
 We shall overcome – Oslo/ Akershus
 WSO – Landsforeningen We shall overcome

Følgende instanser opplyste at de ikke hadde merknader til høringen:

Arbeidsdepartementet
 Kunnskapsdepartementet
 Utenriksdepartementet

Datatilsynet

Statens legemiddelverk
 Arbeidsgiverforeningen Spekter
 Diakonhjemmet Sykehus
 Kirkens Bymisjon
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)

2.5.2 NOU 2019: 14 (Tvangslovutvalget)

Tvangslovutvalget leverte sin utredning, NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*, til Helse- og omsorgsdepartementet 18. juni 2019. Se også omtale av utredningen i punkt 2.3.

Tvangslovutvalgets utredning var på høring i perioden 19. juni til 16. desember 2019.

Utredningen ble sendt til følgende instanser:

Departementene

Barneombudet
 Datatilsynet
 De regionale helseforetakene
 Direktoratet for e-helse
 Domstolsadministrasjonen
 Folkehelseinstituttet
 Fylkesmennene
 Helsedirektoratet
 Helseklage (Nasjonalt klageorgan for helse-tjenesten)
 Høyesterett
 Høyskolene med helsefaglig utdanning
 Institutt for helse og samfunn HELSAM
 Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
 Kontrollkommisjonene
 Lagmannsrettene
 Landets regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)
 Landets regionale kompetansesentre for rus-middelspørsmål
 Landets regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
 Ligestillings- og diskrimineringsnemnda
 Ligestillings- og diskrimineringsombudet
 Ligestillingscenteret
 Nasjonal forskningsetisk komité (NEM)
 Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU
 Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin – NAKOS
 Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA
 Nasjonalt senter for e-helseforskning
 Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
 Pasient- og brukerombudene

Pasientskadenemnda	Barn av rusmisbrukere – BAR
Politidirektoratet	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Politidistriktene	Barne-, ungdoms- og familieetaten
Regjeringsadvokaten	Barnekreftforeningen
Riksadvokaten	Barns beste. Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
Rådet for psykisk helse	Bikuben – regionalt brukerstyrt senter
Sentralenheten for fylkesnemndene	Bipolarforeningen
Statens helsepersonellnemnd	Biskopene
Statens helsetilsyn	Blå Kors Norge
Statens legemiddelverk	Borgestadklinikken
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Dedicare
Statens seniorråd	Delta
Universitetene	Den katolske kirke
Sysselmannen på Svalbard	Den norske Advokatforening
Sametinget	Den norske Dommerforening
Sivilombudsmannen	Den Norske Jordmorforening
De fylkeskommunale eldrerådene	Den norske legeforening
Fylkeskommunene	Den norske tannlegeforening
Helse- og sosialombudet i Oslo	Det norske Diakonforbund
Kommunene	Diabetesforbundet
USHT Akershus	DIPS ASA
USHT Aust-Agder	DNT – edru livsstil
USHT Buskerud	Erfaringssentrum
USHT Finnmark	Europharma AS
USHT Hedmark	Fagforbundet
USHT Møre og Romsdal	Fagrådet innen rusfeltet i Norge
USHT Nordland	Familieklubbene i Norge
USHT Nord-Trøndelag	Fana medisinske senter
USHT Oppland	Farma Holding
USHT Oslo	Fellesorganisasjonen (FO)
USHT Sør-Trøndelag	Forbundet mot rusgift
USHT Telemark	Foreningen for blødere i Norge
USHT Troms	Foreningen for hjertesyke barn
USHT Vest-Agder	Foreningen for human narkotikapolitikk
USHT Østfold	Foreningen for kroniske smertepasienter
ACOS AS	Foreningen for Muskelsyke
Actis	Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)
ADHD Norge	Foreningen tryggere ruspolitikk
Afasiforbundet i Norge	Foreningen vi som har et barn for lite
Akademikerne	Forskerforbundet
A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling	Forskningsstiftelsen FAFO
Aleris Helse AS	Frambu
Allmennlegeforeningen	Frelsesarmeen
Amnesty International Norge	Frivillighet Norge
Anonyme alkoholikere	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund	Fylkesrådet for funksjonshemmede
Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer	Gatejuristen
Autismeforeningen i Norge	Helsetjenestens Lederforbund
	Helseutvalget
	HERO/Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
	HIV-Norge
	Hjernerådet
	Human-Etisk Forbund

Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Hørselshemmedes Landsforbund	Legeforeningens forskningsinstitutt
IKT Norge	Legestudentenes rusopplysning
Infodoc	LISA-gruppene
Informasjonssenteret Hieronimus	MA – Motorførernes Avholdsforbund
Innvandrerne Landsorganisasjon, INLO	Marborg
Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)	MA-Ungdom
Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi	Mental Helse Norge
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi	Mental Helse Ungdom
Institutt for mentalisering	MIRA-senteret
Institutt for psykoterapi	Moreno-instituttet – Norsk psykodramainstitutt
Institutt for samfunnsforskning	MS – forbundet
IOGT Norge	Munn- og halskreftforeningen
Islamsk Råd Norge	NA – Anonyme Narkomane
Ivareta – Pårørende berørt av rus	Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Ja, det nytter	Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
Junior- og barneorganisasjonen JUBA	Nasjonalforeningen for folkehelsen
JURK	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Juss-Buss	Norges Astma- og Allergiforbund
Jussformidlingen	Norges Blindeforbund
Jusshjelpa	Norges Døveforbund
Juvente	Norges Farmaceutiske Forening
Kirkens bymisjon	Norges Fibromyalgi Forbund
Kirkerådet	Norges forskningsråd
Kliniske ernæringsfysiologiske forening	Norges Handikapforbund
Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)	Norges ingeniør og teknologiorganisasjon/Bioingeniørfaglig institutt (NITO/BFI)
Kreftforeningen	Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)
KS	Norges Juristforbund
Landets private sykehus	Norges kommunerevisorforbund
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)	Norges kristelige legeforening
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS)	Norges kvinne- og familieforbund
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel	Norges Parkinsonforbund
Landsforeningen Alopecia Areata	Norges Revmatikerforbund
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Normal Norge
Landsforeningen for forebygging av selvsikling og selvmord	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke (LHL)	Norsk Biotekforum
Landsforeningen for Huntingtons sykdom	Norsk Cøliakiforening
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	Norsk Epilepsiforbund
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	Norsk Ergoterapeutforbund
Landsforeningen for slagrammede	Norsk Farmaceutisk Selskap
Landsforeningen mot fordøysessykdommer	Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
Landsforeningen mot seksuelle overgrep	Norsk Forbund for psykoterapi
Landsforeningen we shall overcome	Norsk Forbund for Svaksynte
Landsgruppen av helsesøstre, NSF	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
Landslaget for offentlige pensjonister	Norsk Forening for cystisk fibrose
Landslaget for rusfri oppvekst	Norsk Forening for Ernæringsfysiologer
	Norsk forening for infeksjonsmedisin
	Norsk forening for kognitiv terapi
	Norsk Forening for nevrofibromatose

Norsk forening for palliativ medisin	Psykiatriliansen BIL
Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid	Pårørendealliansen
Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)	Pårørendesenteret
Norsk forening for slagrammede	Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
Norsk Forening for Tuberøs Sklerose	Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO)
Norsk Forum for terapeutiske samfunn	Rettspolitisk forening
Norsk Fysioterapeutforbund	Riksrevisjonen
Norsk Gestaltterapeut forening	RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Norsk gynekologisk forening	ROM – Råd og muligheter
Norsk Helsesekretærforbund	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Immunsviktforening	Ryggforeningen i Norge
Norsk Intravenøs Forening	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk karakteranalytisk institutt	Røde Kors
Norsk Kiropraktorforening	Rådet for legeetikk
Norsk Logopedlag	Rådet for psykisk helse
Norsk Manuellterapeutforening	Sagatun brukerstyrt senter
Norsk Ortopedisk Forening	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
Norsk Osteopatforbund	Selvhjelpsstiftelsen
Norsk Osteoporoseforening	Seniorsaken i Norge
Norsk Palliativ Forening	Seniorstøtten
Norsk Pasientforening	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
Norsk Presseforbund	Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
Norsk Psoriasis Forbund	Senter for omsorgsforskning
Norsk Psykiatrisk Forening	Senter for omsorgsforskning Midt-Norge
Norsk Psykoanalytisk Forening	Senter for omsorgsforskning Nord-Norge
Norsk Psykologforening	Senter for omsorgsforskning Sør
Norsk Radiografforbund	Senter for omsorgsforskning Vest
Norsk Revmatikerforbund	Senter for omsorgsforskning Øst
Norsk rådmannsforum	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste	Senter for seniorpolitikk
Norsk selskap for ernæring	SINTEF Helse
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Sintef Unimed, Helsetjenesteforskning i Trondheim
Norsk sykepleierforbund	Sosial- og eldreombudet i Oslo
Norsk Tannhelsesekretærers Forbund	Spekter
Norsk Tannpleierforening	Spillavhengighet Norge
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Spiseforstyrrelsesforeningen
Norsk Tourette Forening	Stabburshella bruker- og pårørendeforum og værested i Valdres
Norske Fotterapeuters Forbund	Statistisk sentralbyrå (SSB)
Norske Kvinners Sanitetsforening	Statstjenestemannsforbundet
Norske Ortoptister forening	Stiftelsen Albatrossen ettervernsenter
NUPI	Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Stiftelsen Det er mitt valg
Omsorgsjuss	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Organisasjonen Voksne for Barn	Stiftelsen Golden Colombia
Oslo Katolske Bispedømme Familiesenter	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Parat	Stiftelsen iOmsorg
Parat Helse	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Pensjonistforbundet	Stiftelsen Norsk institutt for kunstuttrykk og kommunikasjon
Personskadeforbundet	
Personvernemnda	
Pion prostituertes Int.org. i Norge	
Prima Omsorg	
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund	
proLAR	

Stiftelsen Norsk Luftambulans
 Stiftelsen Organdonasjon
 Stiftelsen Phoenix Haga
 Stiftelsen Pinsevennes evangeliesentre
 Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
 Stiftelsen Pårørendesenteret
 Stoffskifteforbundet
 Tekna
 Teknologirådet
 Turner Syndrom foreningen i Norge
 Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse
 Ungdom mot narkotika – UMN
 Unio
 Universitets- og høyskolerådet
 Utdanningsforbundet
 Veiledningssenteret for pårørende til stoff-
 misbrukere og innsatte
 Velferdsforskningsinstituttet NOVA
 Verdighetscenteret
 Vestlandske Blindeforbund
 Virke
 Volvat Medisinske Senter AS
 Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge
 Yngre legers forening
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
 Zero

Følgende instanser ga merknader til forslagene:

Justis- og Beredskapsdepartementet
 Klima- og miljødepartementet
 Kulturdepartementet

Arbeidstilsynet
 Barne- ungdoms- og familiedirektoratet
 Barneombudet
 Bufetat, region vest
 Datatilsynet
 Domstoladministrasjonen
 Fylkesmannen i Agder
 Fylkesmannen i Innlandet
 Fylkesmannen i Møre og Romsdal
 Fylkesmannen i Oslo og Viken
 Fylkesmannen i Rogaland
 Fylkesmannen i Troms og Finnmark
 Fylkesmannen i Trøndelag
 Fylkesmannen i Vestfold og Telemark
 Fylkesmannen i Vestland
 Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker
 Helsedirektoratet
 Høgskolen i Molde
 Høgskulen på Vestlandet
 Innlandet politidistrikt
 Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og
 helsevitenskap, NTNU

Kontrollkomisjonen ved Oslo universitets-
 sykehus
 Kontrollkomisjonen for Nedre Buskerud og
 Blakstad
 Kontrollkomisjonen for Vest- og Midt Finnmark
 Kontrollkomisjonen Levanger
 Likestillings- og diskrimineringsombudet
 Oslo politidistrikt
 Pasient- og brukerombudene i Norge
 Politidirektoratet
 Sivilombudsmannen
 Statens helsetilsyn
 Statens sivilrettsforvaltning
 UiT
 Øst politidistrikt

Alver kommune
 Asker kommune
 Askøy kommune
 Bergen kommune
 Bodø kommune
 Bærum kommune
 Eidsvoll kommune
 Fredrikstad kommune
 Fræna kommune
 Fylkeseldrerådet i Hordaland
 Giske kommune
 Hamar kommune
 Haugesund kommune
 Hå kommune
 Klepp kommune
 Kommunalt råd for funksjonshemmede, Bergen
 kommune
 Kristiansand kommune
 Levanger kommune
 Lier kommune
 Lillestrøm kommune
 Molde kommune
 Nedre Eiker kommune
 Nye Ålesund kommune
 Nærøy kommune
 Os (nå Bjørnafjorden) kommune
 Oslo kommune
 Rælingen kommune
 Sandefjord kommune
 Sandnes kommune
 Sarpsborg kommune
 Sauda kommune
 Stange kommune
 Stavanger kommune
 Stord kommune
 Sunnfjord kommune
 Time kommune
 Trondheim kommune
 Ullensaker kommune

Vennesla kommune	Advokatforeningen
Vest-Agder fylkeskommune, politisk sekretariat (råd for mennesker med nedsatt funksjons- evne i Vest-Agder)	Aldring og helse
Øvre Eiker kommune	Arbeidsgiverforeningen Spekter
Ås kommune, helse og mestring	Aurora
Akershus universitetssykehus HF	Autismeforeningen i Norge
Akershus universitetssykehus, Divisjon psykisk helsevern	Den norske legeforening
BUP poliklinikk Lian St Olavs hospital	Den norske tannlegeforening
Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus	Diakonhjemmet sykehus
Helse Midt-Norge RHF	En sammenslutning av arbeidstaker- og interesse- organisasjoner
Helse Møre og Romsdal habilitering barn og unge	Fagforbundet
Helse Møre og Romsdal HF	Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
Helse Vest RHF	Fellesorganisasjonen (FO)
Jæren Distriktpsikiatriske Senter	Forandringsfabrikken
Klinikk for psykisk helsevern og rus HNT HF	Foreningen JAG
Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Telemark HF	Foreningen Spekteret
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Foretaksakstillitsvalgt, Overlegeforening, DNLF, Helse Førde
Nordlandssykehuset HF	Frode Dyrstad
Nordlandssykehuset, habiliteringsteam for voksne	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Oslo universitetssykehus HF	HMR Spesialisert habilitering, Nordmøre og Romsdal
Sykehuset i Vestfold, psykiatrisk sykehus- avdeling	Hvite Ørn Norge
Regionalt Fagnettverk «Rettsikkerhet for utviklingshemmede ved lovbrudd» i Helse Nord	ICJ Norge
Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Vest	Informasjonssenteret Hieronimus
Regionalt kunnskapssenter for Habilitering, RKBU- Midt Norge, NTNU	Institutt for aktiv psykoterapi
Sikkerhetspsykiatrisk fag-nettverk i Helse sørøst	Isaac Norge
Skien kommune, Helse og velferd	IVareta -pårørende berørt av rus
Spesialisert habilitering Sunnmøre, Helse Møre og Romsdal HF	Kompetansesenter rus – region øst
St. Olavs hospital HF	KS – Kommunesektorens organisasjon
Sunnaas sykehus HF	Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende
Sykehuset i Vestfold HF	Landsforeningen for pårørende inne psykisk helse
Sykehuset Innlandet HF	Medisinfaglig rådgiver og overlege Kjetil Hustoft, Avdelingsoverlege Jeanette Bjørke-Bertheussen og avdelingsoverlege Melissa Weibell
Sykehuset Telemark, Barne- og ungdoms- klinikken	Medisinsk forening for nevrohabilitering, Den norske legeforening
Sykehuset Østfold HF	Mental Helse
Sørlandet sykehus HF	Mental Helse Ungdom
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse
Utviklingssenter for sykehjem og hjemme- tjenester i Telemark	Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP)
Utviklingssenter for sykehjem og hjemme- tjenester i Østfold	Nasjonalt kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
Utviklingssenter for sykehjem og hjemme- tjenester, Vestfold	Nasjonalt kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (NK-TSB)
Vestre Viken HF	Nasjonalforeningen for folkehelsen
	Nasjonalt klinisk nettverk innen spise- forstyrrelser
	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklings- hemming
	Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), NTNU Samfunnsforskning AS (uten merknader)
 Nasjonalt ledernettverk for voksenrehabilitering, arbeidsutvalg
 Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
 Norges institusjon for menneskerettigheter
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norsk forening for Angelmans Syndrom
 Norsk forening for avhengighetspsykologi
 Norsk legevaktforum
 Norsk psykiatrisk forening
 Norsk psykologforening
 Norsk samfunnsmedisinsk forening
 Norsk sykepleierforbund
 Pensjonistforbundet
 Profesjonelle vergers interesseorganisasjon
 Pårørendealliansen
 Redd Barna
 Rogaland A-senter
 Rådet for psykisk helse
 Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner
 Senter for medisinsk etikk
 Stiftelsen Nordre Aasen, Kapellveien habiliterings-senter
 Stiftelsen SOR
 Stine Nore
 Stopp Diskrimineringen
 Tvangsforsk
 Vernepleierforbundet i Delta
 VID vitenskapelige høyskole
 Virksomhet Haugvoll-Borgen
 Voksne for Barn
 WSO – We Shall Overcome

Det kom i tillegg en rekke høringssvar fra navngitte og anonyme privatpersoner.

Følgende instanser har opplyst at de ikke gir høringssvar:

Klima- og miljødepartementet
 Samferdselsdepartementet
 Utenriksdepartementet

Regionsenter for barn og unges psykiske helse
 Helseregion Øst og Sør
 Norges Høyesterett

Arbeidsgiverforeningen Spekter

Statistisk sentralbyrå opplyste at de ikke hadde merknader til høringen

2.5.3 Ekspertutvalgsrapporten (Samtykkeutvalget)

Samtykkeutvalget leverte sin utredning, Bedre beslutninger, bedre behandling, til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2023.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte utredningen på høring 29. juni 2023 med frist 1. november 2023. Se omtale av utredningen i punkt 2.4.

Utredningen ble sendt til følgende instanser:

Departementene

Arbeid- og velferdsdirektoratet
 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
 Bufetat regionene (sør, nord, vest, øst og midt)
 Bioteknologirådet
 Datatilsynet
 Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)
 Den rettsmedisinske kommisjon
 Digitaliseringsdirektoratet
 Direktoratet for e-helse
 Diskrimineringsnemnda
 Domstoladministrasjonen
 Folkehelseinstituttet
 Forbrukertilsynet
 Forbrukerrådet
 Fylkesrådet for funksjonshemmede
 Helsedirektoratet
 Helse- og sosialombudet i Oslo
 Helsepersonellnemnda
 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
 Høgskoler med helsefaglig utdanning
 Institutt for helse og samfunn HELSAM
 Krefregisteret
 Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI)
 Kriminalomsorgens utdannings-senter (KRUS)
 Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage)
 Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin – NAKOS
 Norges forskningsråd
 Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)
 Norsk helsenett SF
 Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
 Norsk utenrikspolitisk Institutt – NUPI
 Pasient- og brukerombudene
 Personvernemnda
 Politidirektoratet
 Politiets sikkerhetstjeneste (PST)
 Politihøgskolen (PHS)
 Regelrådet

Regjeringsadvokaten	Barn av rusmisbrukere – BAR
Riksadvokaten	Barnekreftforeningen
Råd for et aldersvennlig Norge	BarnsBeste
Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo	Bedriftsforbundet
Senter for omsorgsforskning	Bikuben – regionalt brukerstyrt senter
Sentralenheten for barneverns- og helsenemnda	Bipolarforeningen
Statens helsetilsyn	Blå Kors Norge
Statens legemiddelverk	Borgestadklinikken
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Buddhistforbundet
Statistisk sentralbyrå (SSB)	CGM (Compugroup Medical Norway AS)
Statsadvokatembetene	Dedicare
Statsforvalterne	Delta
Sysselmesteren på Svalbard	Den norske Advokatforening
Universitetene	Den norske Dommerforening
Velferdsforskningsinstituttet NOVA	Den Norske Jordmorforening
	Den norske legeforening
Riksrevisjonen	Den norske tannlegeforening
Sametinget	Det Hjelper
Sivilombudet	Diabetesforbundet
	DIPS ASA
De fylkeskommunale eldrerådene	DNT – edru livsstil
Landets kommuner	Erfaringssentrum
Landets fylkeskommuner	Europharma AS
	Fagforbundet
De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)	Fagrådet innen rusfeltet i Norge
Landets helseforetak	Familieklubbene i Norge
Landets regionale helseforetak	Fana medisinske senter
Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål	Farma Holding
Landets regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging	Fellesorganisasjonen (FO)
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse	Finans Norge
	FMR Felleskap – Menneskeverd – Rusfrihet
Actis	Forandringsfabrikken
ACOS AS	Foreningen for blødere i Norge
ADHD Norge	Foreningen for hjertesyke barn
LHL Hjerneslag og Afasi	Foreningen for human narkotikapolitikk
Akademikerne	Foreningen for Muskelsyke
A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling	Foreningen for kroniske smertepasienter
Aleris Helse AS	Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)
Alliance Healthcare Norge Apotekdrift AS	Foreningen tryggere ruspolitikk
Alliance Healthcare Norge AS	Foreningen vi som har et barn for lite
Allmennlegeforeningen	Forskerforbundet
Amnesty International Norge	Forskningsstiftelsen FAFO
Anonyme alkoholikere	Frambu
Apotek 1 Gruppen AS	Frelsesarmeen
Apotekforeningen	Frivillighet Norge
Apotekgruppen	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund	Fürst medisinske laboratorium AS
Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer	Gatejuristen
Autismeforeningen i Norge	Helseutvalget
	HIV-Norge
	Hjernerådet
	Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse
	Hørselshemmedes Landsforbund
	IKT Norge

Infodoc	MA – Rusfri Trafikk
Informasjonssenteret Hieronimus	Marborg
Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)	Matmerk
Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi	Mental Helse Norge
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi	Mental Helse Ungdom
Institutt for mentalisering	MIRA-senteret
Institutt for psykoterapi	Moreno-instituttet – Norsk psykodramainstitutt
Institutt for samfunnsforskning	Munn- og halskreftforeningen
IOGT Norge	MS – forbundet
IRIS	NA – Anonyme Narkomane
Ja, det nytter	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Junior- og barneorganisasjonen JUBA	Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse
JURK	Nasjonalt kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
Juss-Buss	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU
Jussformidlingen	Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse – NAKMI
Jusshjelpa	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA
Juvente	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording
Kirkens bymisjon	Nasjonalt senter for e-helseforskning
Kliniske ernæringsfysiologiske forening	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Kommunalbanken	NORCE Norwegian Research Center AS
Kommunal landspensjonskasse	Norges Astma- og Allergiforbund
Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)	Norges Blindeforbund
Kreftforeningen	Norges Døveforbund
Kriminalomsorgen	Norges Farmaceutiske Forening
KS	Norges Fibromyalgi Forbund
Landets private sykehus	Norges Handikapforbund
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)	Norges kristelige legeforing
Ivareta – Pårørende berørt av rus	Norges ingeniør og teknologiorganisasjon/Bioingeniørfaglig institutt (NITO/BFI)
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel	Norges Juristforbund
Landsforeningen Alopecia Areata	Norges kommunerevisorforbund
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Norges kvinne- og familieforbund
LHL	Norges Parkinsonforbund
Landsforeningen for Huntingtons sykdom	Norges Tannteknikerforbund
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	Norlandia
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	Normal Norge
Landsforeningen for slagrammede	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer	Norsk Biotekforum
Landsforeningen we shall overcome	Norsk Cøliakiforening
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norsk Epilepsiforbund
Landsgruppen av helsesøstre, NSF	Norsk Ergoterapeutforbund
Landslaget for rusfri oppvekst	Norsk Farmasøytisk Selskap
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
Legeforeningens forskningsinstitutt	Norsk Forbund for psykoterapi
Legemiddelgrossistforeningen	Norsk Forbund for Svaksynte
Legemiddelindustrien	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Legemiddelparallellimportørforeningen	Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
Legestudentenes rusopplysning	Norsk Forening for cystisk fibrose
LFSS – Landsforeningen for forebygging av selvsykdom og selvmord	
Likestillingssenteret	
LISA-gruppene	

Norsk Forening for Ernæringsfysiologer	Parat Helse
Norsk forening for infeksjonsmedisin	Pensjonistforbundet
Norsk forening for kognitiv terapi	Personskadeforbundet
Norsk Forening for nevrofibromatose	Politijuristene
Norsk forening for palliativ medisin	Politiets fellesforbund
Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid	Tannleger i privat sektor TiPS
Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Norsk forening for slagrammede	Prima Omsorg
Norsk Forening for Tuberøs Sklerose	Program for helseøkonomi i Bergen
Norsk Forum for terapeutiske samfunn	proLAR
Norsk Fysioterapeutforbund	Psykiatricialliansen BIL
Norsk Førstehjelpsråd	Pårørendealliansen
Norsk Gestaltterapeut forening	Pårørendesenteret
Norsk gynekologisk forening	Redd Barna
Norsk Helsesekretærforbund	Rettspolitisk forening
Norsk Immunsviktforening	ROM – Råd og muligheter
Norsk Intravenøs Forening	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk karakteranalytisk institutt	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Norsk Kiropraktorforening	Ryggforeningen i Norge
Norsk legemiddelhåndbok	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk Logopedlag	Røde Kors
Norsk Manuellterapeutforening	Rådet for psykisk helse
Norsk Medisinaldepot AS	Sagatun brukerstyrt senter
Norsk OCD forening, ANANKE	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
Norsk Ortopedisk Forening	Selvhjelpsstiftelsen
Norsk Osteopatforbund	Senior Norge
Norsk Osteoporoseforening	Seniorstøtten
Norsk Pasientforening	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)
Norsk Presseforbund	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk Psoriasis Forbund	Senter for seniorpolitikk
Norsk Psykiatrisk Forening	SINTEF Helse
Norsk Psykoanalytisk Forening	Sintef Unimed, Helsetjenesteforskning i Trondheim
Norsk Psykologforening	Skeiv ungdom
Norsk Radiografforbund	Spekter
Norsk Revmatikerforbund	Spillavhengighet Norge
Norsk selskap for ernæring	Spiseforstyrrelsesforeningen
Norsk senter for stamcelleforskning	Stabburshella bruker- og pårørendeforum og værested
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Statsadvokatenes forening
Norsk sykepleierforbund	Statstjenestemannsforbundet
Norsk Tannhelsesekretærers Forbund	Stiftelsen Albatrossen ettervernsenter
Norsk Tannpleierforening	Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Stiftelsen barnas rettigheter
Norsk Tourette Forening	Stiftelsen Det er mitt valg
Norske Fotterapeuters Forbund	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Norske Homeopaters Landsforbund	Stiftelsen Golden Colombia
Norske Kvinners Sanitetsforening	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Norske Ortoptister forening	Stiftelsen iOmsorg
Norske Sykehusfarmasøytters Forening	Stiftelsen Kraft
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Organisasjonen Voksne for Barn	Stiftelsen Norsk Luftambulans
Oslo amatørbrytterlag	
Omsorgsjuss	
Organisasjon for barnevernsbarn, Landsforeningen for barnevernsbarn	

Stiftelsen Organdonasjon	Bergen kommune
Stiftelsen Phoenix Haga	Eidsvoll kommune
Stiftelsen Pinsevennes evangeliesentre	Fredrikstad kommune
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning	Horten kommune
Stiftelsen Pårørendesenteret	Molde kommune
Stiftelsen Verdighetssenteret – omsorg for gamle	Moss kommune
Stine Sofie Stiftelsen	Oslo kommune
Stoffskifteforbundet	Stavanger kommune
Tekna	Trondheim kommune
Teknologirådet	Tønsberg kommune
Trust Arktikugol	Vennesla kommune
Turner Syndrom foreningen i Norge	Volda kommune
Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse	
Ungdom mot narkotika – UMN	Helse Bergen HF
Ung i Trafikk	
Unicef	Actis – Rusfeltets Samarbeidsorgan
Unio	Advokatforeningen
Universitets- og høyskolerådet	Akershus universitetssykehus HF
Utdanningsforbundet	Autismeforeningen i Norge
Utviklingssentrene for sykehjem og hjemme- tjenester	Barns beste
Vestlandske Blindeforbund	Bipolarforeningen
Virke	Borgerrettsstiftelsen Stopp Diskrimineringen
Visma	Den norske legeforening
Volvat Medisinske Senter AS	Diakonhjemmet sykehus
Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge	Erfaringssentrum
Yngre legers forening	Fagforbundet
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Fellesaksjonen for medisinfrie tilbud
	Fellesorganisasjonen (FO)
	Forandringsfabrikken Kunnskapssenter
	Forandringsfabrikken Kunnskapssenter
Følgende instanser ga merknader til forslagene:	Helse Midt-Noreg RHF
Barne- og familiedepartementet	Helse Møre og Romsdal HF, klinikk psykisk helse og rus
Arbeids- og velferdsdirektoratet	Helse Møre og Romsdal HF, klinikk psykisk helse og rus
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	Hordaland, Sogn og Fjordane statsadvokat- embeter
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo	Hvite Ørn
Folkehelseinstituttet	Hvite Ørn Norge
Helsedirektoratet	Instiutt for atferdsvitenskap, OsloMet – Storby- universitetet
Kontrollkommissjonen for Nedre Buskerud og Blakstad	Ivareta
Kontrollkommissjonen knyttet til Levanger sykehus	Kirkens Bymisjons (PDF, 480KB)
Kriminalomsorgen region vest	Klinikk for psykisk helsevern og rus HNT HF
Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI)	Klinikk psykisk helse og avhengighet v/Oslo Universitetssykehus HF
Likestillings- og diskrimineringsombudet	Landsforeningen for barnevernsbarn
Oslo statsadvokatembeter	Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse
Pasient- og brukerombudet	Lovisenberg Diakonale Sykehus
Rådet for psykisk helse	Mental Helse
Statens helsetilsyn	Nasjonal aksjon for bevaring og utvikling av de psykiatriske sykehusene
Statens sivilrettsforvaltning	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Statistisk sentralbyrå	
Statsforvalteren i Oslo og Viken, Helseavdelingen	
Vestfold, Telemark og Buskerud statsadvokat- embeter	

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming
 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE
 Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)
 NORMAL
 Norsk Forbund for Utviklingshemmede
 Norsk psykologforening
 Norsk Sykepleierforbund
 PIO- Pårørendesenteret i Oslo
 Pårørendealliansen
 Sondre Bogen-Straume
 Spiseforstyrrelsesforeningen
 Stine Sofies Stiftelse
 Sykehuset i Vestfold HF
 Sykehuset Innlandet HF, Divisjon psykisk helse
 Sykehuset Østfold HF
 Trøndelag, Nordland og Troms og Finnmark statsadvokatembeter
 Unge funksjonshemmede
 Universitetssykehuset Nord-Norge
 Vestre Viken HF
 Walter Keim
 WSO – We Shall Overcome

Følgende instanser opplyste at de ikke hadde merknader til høringen:

Justis- og beredskapsdepartementet

Domstoladministrasjonen
 Forskningsrådet v/ Avdeling for helse
 Norsk Tannpleierforening
 Pilar – Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern

2.6 Andre pågående arbeider med relevans for lovarbeidet

Regjeringen vil gjennom Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*

jobbe for at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at hjelp skal være lett tilgjengelig når det trengs. Planen skal peke retning for utviklingen av den psykiske helsepolitikken i ti år framover. Den omfatter hele befolkningen og hele bredden i det psykiske helsearbeidet, fra forebygging og helsefremming, til hjelp, behandling og oppfølging i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og mestring – Bu trygt heime* har som overordnede mål å bidra til at eldre kan bo trygt hjemme og at behovet for helse- og omsorgstjenester blir utsatt gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester. Videre vil regjeringen sikre bedre bruk av personell og de samlede ressursene, og gjennom dette bidra til at alle som trenger det får tilgang på gode og trygge tjenester.

Regjeringen fremmer videre i Nasjonal helse- og samhandlingsplan flere tiltak som skal skape bedre forutsetninger for samarbeidet mellom kommuner og sykehus om bl.a. personer med alvorlige psykiske lidelser og/ eller rusmiddelproblemer. Eksempler er styrket samarbeid gjennom helsefelleskapene og innføring av et rekrutterings- og samhandlingstilskudd, tilrettelegging for bedre informasjonsutveksling gjennom digitale samhandlingsløsninger og utarbeidelse av en felles måte å beskrive og vurdere pasientens funksjonsnivå på.

Departementet følger, i dialog med de regionale helseforetakene, opp at de faglige rådene for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne blir fullt gjennomført i alle helseforetakene.

Helsedirektoratet har i Tildelingsbrevet for 2024 fått i oppdrag å utrede en beslutningsstøtteordning.

3 Gjeldende rett

3.1 Dagens norske regelverk

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 regulerer hvem som har rett til å samtykke til helsehjelp og når samtykkekompetansen kan falle bort. Personer over 16 år har som hovedregel, samtykkekompetanse. Samtykkekompetansen kan falle bort 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.

Pasient- og brukerrettighetsloven har regler for pasienter som mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg den tilbudte helsehjelpen i kapittel 4 og særlige regler for pasienter som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen i kapittel 4 A.

Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos pasienter som mangler samtykkekompetanse og som har eller må antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3. Se blant annet pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 har regler om hvem som har rett til å få informasjon og å medvirke ved ytelse av helsehjelp.

Psykisk helsevernloven kapittel 3 regulerer etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven § 3-2 regulerer adgangen til tvungen observasjon for å avklare om pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern.

For at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres, kreves det blant annet at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse. Etablering av tvungent psykisk helsevern må være nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten 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 at vedkommende utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Pasienten må videre som hovedregel, mangle samtykkekompetanse. Dette går fram av psykisk helsevernloven § 3-3.

Psykisk helsevernloven kapittel 4 har regler om gjennomføringen av psykisk helsevern. Det er blant annet gitt regler om adgangen til å gi behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4 og adgang til å bruke tvangsmidler i institusjon for døgnopphold, jf. § 4-8.

3.2 Menneskerettighetenes betydning for norsk regelverk

Reglene om frihetsberøvelse og bruk av tvang 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.

Relevante menneskerettsbestemmelser finnes blant annet i Grunnloven kapittel E og Europarådets konvensjon av 4. november 1950 om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (EMK). EMK er inkorporert i norsk rett ved menneskerettsloven § 2 nr. 1. Konvensjonens bestemmelser gjelder som norsk lov og går foran annen norsk lovgivning ved motstrid, jf. menneskerettsloven § 3.

Grunnloven § 92 fastsetter en generell plikt for staten til å ivareta menneskerettighetene. Staten skal respektere og sikre menneskerettighetene slik disse er nedfelt i Grunnloven og i traktater som er bindende for Norge. Dette gjelder blant annet menneskerettighetene etter EMK og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Statens myndigheter er forpliktet både til å respektere og til å sikre gjennomføringen av rettighetene.

FNs generalforsamling vedtok 13. desember 2006 en konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Norge undertegnet konvensjonen 30. mars 2007, jf. kongelig resolusjon av samme dato. Konvensjonen trådte i kraft 3. mai 2008 da 20 stater hadde ratifisert.

Konvensjonens hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne lik mulighet til å realisere sine menneskerettigheter. Konvensjonen bekrefter at de alminnelige menneskerettighetene gjelder fullt ut for mennesker med nedsatt funk-

sjonsevne og skal sikre respekt for personer med nedsatt funksjonsevne gjeldende sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Partene skal forby enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne og treffe hensiktsmessige tiltak for å sikre oppfyllelse av rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

I situasjoner der det er fare for andre står rett mot urett. Inngrep i retten til ett individ (den som har urett), er samtidig et vern av retten til et annet. Menneskerettslig kan staten bli holdt ansvarlig dersom man ikke treffer tilstrekkelige tiltak for å ivareta sikkerheten til den som står i fare for å bli utsatt for en krenkelse, for eksempel voldsutøvelse fra en medpasient.

3.3 Nærmere om de mest relevante menneskerettighetene

Utgangspunktet er at helsehjelp skal være frivillig. Det går for eksempel fram av Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (Biomedisinkonvensjonen) artikkel 5 at helsehjelp i utgangspunktet må baseres på samtykke. Ifølge artikkel 9 skal tidligere uttrykte ønsker knyttet til behandlingen tas med i betraktningen. Etter Biomedisinkonvensjonen artikkel 8 vil likevel «enhver medisinsk inngripen» være tillatt i nødssituasjoner. Ved inngrep mot personer som mangler beslutningskompetanse, kan statene etter artikkel 6 velge mellom inngrep etter fullmakt fra hans eller hennes representant eller fra myndighet, person eller organ som loven gir bestemmelser om. Inngrepet må i tillegg være til direkte fordel for personen. Etter artikkel 7 er tvangsinngrep mot alvorlig sinnslidende personer tillatt uten samtykke dersom unnlattelse av å gjennomføre behandling vil kunne føre til alvorlig helseskade hos vedkommende. Artikkel 26 tillater begrensninger i konvensjonens rettigheter av hensyn til andre. Det går videre fram av artikkel 2 at det er et hovedprinsipp at hensynet til individets velferd skal gå foran rene samfunns- og forskningsinteresser.

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 5 pålegger statene å forby «enhver form for diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.» Artikkel 12 slår fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder. Artikkel 14 slår fast at «... nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse.»

Det er uenighet om hvor langt kravet om at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre rekkes og om fortolkningen av kravet om at nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse. CRPD-komiteen har kommet med flere generelle uttalelser om sitt syn på fortolkningen av CRPD. Disse er ikke folkerettslig bindende. CRPD-komiteen avviser blant annet alle former for særlovgivning for enkeltgrupper.

I forbindelse med Norges ratifikasjon av konvensjonen ble det levert tolkningserklæringer knyttet til artikkel 12 og 14. Av tolkningserklæringene fremgår det at Norge anerkjenner at personer med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, i alle sammenhenger og at ethvert menneske med nedsatt funksjonsevne har rett til frihet og personlig sikkerhet og en rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. Samtidig fremgår det av tolkningserklæringene at Norge tolker konvensjonen slik at fratakelse av rettslig handleevne og tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, er tillatt når omstendighetene gjør slike tiltak nødvendig som en siste utvei, og tiltakene er undergitt kontrollmekanismer og rettssikkerhetsgarantier.

Retten til liv og helse har også et sterkt vern etter menneskerettighetene. For eksempel gir FN's konvensjon om økonomiske og sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 enhver rett til den høyeste oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. CRPD artikkel 25 har en tilsvarende bestemmelse. Komiteen som overvåker FN-konvensjonen om økonomiske og kulturelle rettigheter (ØSK) har gitt en generell kommentar til artikkel 12 om at staten i særlige tilfeller kan anvende tvang i behandling av mennesker med psykiske lidelser.

Det går fram av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 3 at ingen må bli utsatt for tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD)s tradisjonelle utgangspunkt, som også blir gjentatt i nyere praksis, er at tiltak som finnes medisinsk nødvendige og forsvarlige som utgangspunkt ikke kan være i strid med menneskerettighetene. EMD har tradisjonelt vært lite villig til å overprøve de medisinske vurderingene av tvangsbruk i psykisk helsevern. CRPD artikkel 15 har en tilsvarende bestemmelse. Prinsippet er også nedfelt i Grunnloven § 93.

Grunnloven § 94 fastsetter et forbud mot fengsling eller annen frihetsberøvelse uten hjemmel i lov. Et krav om lovhjemmel for å kunne holde pasienter tilbake følger også av Grunnloven § 113 som stiller krav om hjemmel i lov for statlig inngripen. Tilsvarende forbud mot frihetsberøvelse uten hjemmel i lov følger av EMK artikkel 5 om retten til personlig frihet og forbud mot frihetsberøvelse. Etter denne bestemmelsen kan frihetsberøvelse være tillatt på visse vilkår, blant annet frihetsberøvelse av «sinnslidende». Det stilles krav om at tiltaket er hjemlet i lov og at personen har mulighet for en rask domstolsprøving av lovligheten av frihetsberøvelsen.

Etter Grunnloven § 102 har enhver rett til respekt for sitt privatliv og familieliv. Staten skal sikre vern om den personlige integritet. Inngrep i den personlige integritet må ha hjemmel i lov, forfølge et legitimt formål og være forholdsmessig. En tilsvarende rettighet følger av EMK artikkel 8 som gir enhver rett til respekt for sitt privatliv og familieliv. Inngrep fra offentlige myndigheter i utøvelsen av denne rettigheten kan bare skje dersom tiltaket er hjemlet i lov, skal beskytte nærmere bestemte formål og er forholdsmessig. Respekt for privatliv omfatter blant annet rett til selv å bestemme over sin kropp og person. Bruk av tvang, som for eksempel tvangsmedisinering og tvangsmidler, vil som regel innebære et inngrep etter denne bestemmelsen som må oppfylle kravene om lovhjemmel, forholdsmessighet og ivaretagelse av bestemte formål for å være lovlige.

Prinsippet om at myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov (legalitetsprinsippet) medfører et krav om at inngreps-hjemler må være klare. EMD har likevel akseptert at det på noen områder kan være særlig vanskelig å få til presise lovformuleringer fordi det kan være stor variasjon i situasjonene som kan oppstå i det virkelige liv, og hvilke tiltak som trengs.

Det følger som nevnt av EMK, at inngrep må være forholdsmessige. I det ligger det at fordelene med inngrepet må veie tyngre enn ulempene eller skadevirkningene. Kravet til hvor stor overvekten av positive virkninger må være, kan være formulert ulikt blant annet etter rettsområde og hvem sine interesser som er truet. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har slått fast at fysisk maktbruk overfor frihetsberøvede må være strengt nødvendig ut fra pasientens atferd.

Staten har en særlig forpliktelse til å sikre vern av barns personlige integritet. Det går blant annet fram av Grunnloven § 104 og FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen).

3.4 CRPD-utvalget

Ekspertutvalget som fikk i oppdrag å utrede inkorporering av FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i norsk lov, leverte sin utredning i januar 2024. Utvalget drøftet blant annet om konvensjonens artikkel 14 Frihet og personlig sikkerhet, stenger for særlige tvangshjemler for personer med nærmere bestemte funksjonsnedsettelse. Utvalget vurderte i den forbindelse om tvangshjemlene i psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven, og helse- og omsorgstjenesteloven kan videreføres.

Utvalget mente at ordlyden i artikkel 14 rommer flere forsvarlige tolkningsalternativer. Utvalget viste til at det er sprik i rettskildematerialet som knytter seg til denne bestemmelsen, men mente at flere momenter tilsier at artikkel 14 må tolkes slik at funksjonsnedsettelse kan inngå som en del av begrunnelsen for frihetsberøvelse i særlige tilfeller. Medlemslandenes etterfølgende praksis tyder ifølge utvalget på at de ikke har ment at konvensjonen oppstiller et absolutt forbud. Samtlige medlemsland mottar kritikk fra FN-komiteen med grunnlag i at deres nasjonale lovgivning ikke er i samsvar med artikkel 14 fordi funksjonsnedsettelse, eller følger av funksjonsnedsettelse, kan inngå som begrunnelse for frihetsberøvelse.

Utvalget viste videre til at flere tidligere utvalg har gjort grundige vurderinger av spørsmålet og at samtlige konkluderte med at konvensjonen ikke stenger for at funksjonsnedsettelse i særlige tilfeller kan inngå som en del av begrunnelsen for frihetsberøvelse. Utvalget viste også til at et viktig moment, som påpekes av enkelte lovutvalg og i litteraturen, er at det er vanskelig å se at det i praksis vil føre til en god løsning at innleggelse og behandling aldri skal kunne gjennomføres uten samtykke ettersom tiltakene gjennomføres for å verne om personens eller andres helse og liv.

Utvalget pekte videre på at synspunktet til FN-komiteen for personer med nedsatt funksjonsevnes rettigheter også er vanskelig å forene med andre menneskerettigheter, som retten til den høyest oppnåelige helsestandard og retten til liv. Blant internasjonale menneskerettsorganer er det ulike oppfatninger om nasjonalstatenes handlingsrom på dette området. Det er kun FN-komiteen for funksjonshemmedes rettigheter som hevder at det gjelder et absolutt forbud mot å vektlegge funksjonsnedsettelse ved bruk av tvang.

Utvalget konkluderte med at forståelsen som staten gir uttrykk for i Norges tolkningserklæring samlet sett framstår som en forsvarlig tolkning av

artikkel 14 Frihet og personlig sikkerhet og artikkel 25 Helse. Ifølge utvalget eksisterer det noe rettslig usikkerhet her, men FN-komiteens forståelse er omstridt og flere momenter trekker i retning av at konvensjonen ikke stenger for enhver bruk av tvang.

Utvalget mente derfor at det ikke er grunn til å fravike forståelsen om at frihetsberøvelse og tvang kan anvendes «som en siste utvei, når det er nødvendig og behandlingen er undergitt retts-

sikkerhetsgarantier». I lys av at Norges erklæring fremstår forsvarlig ut fra folkerettens metode om tolkning av konvensjoner, antas det at domstolene vil vike tilbake fra å sette lovgivers vurdering til side.

Utvalget viste til at CRPD utvilsomt har hatt innvirkning på norsk rett på dette området, og vil fortsette å ha det i tiden fremover. Utvalget pekte blant annet på innføring av samtykkemodellen i psykisk helsevernloven.

4 Bedre balanse mellom selvbestemmelse og rett til liv og helse

4.1 Justert formålsbestemmelse i psykisk helsevernloven

4.1.1 Innledning

Departementet foreslår å ta inn i formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven at loven skal sikre helsehjelp av god kvalitet, og at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår også å ta inn i formålsbestemmelsen at reglene skal fremme riktig bruk av tvang.

4.1.2 Gjeldende rett

Psykisk helsevernloven § 1-1 første ledd fastsetter at formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Videre skal reglene forebygge og begrense bruk av tvang.

Bestemmelsens andre ledd fastsetter at 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.

4.1.3 Utvalgenes forslag

Samtykkeutvalget mente at hovedformålet for det psykiske helsevernet er å sikre behandling av god kvalitet for psykiske lidelser, og foreslo derfor å ta inn i formålsbestemmelsen til psykisk helsevernloven at loven skal sikre behandling av god kvalitet.

Samtykkeutvalget mente videre at formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven bør synliggjøre betydningen av tillitsforholdet mellom pasient, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 andre ledd at lovens bestemmelser skal «bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og

omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd». I likhet med pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 første ledd, er det psykiske helsevernet avhengig av et grunnleggende tillitsforhold mellom pasienten, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten for å fungere tilfredsstillende.

Samtykkeutvalget mente det er et formål med psykisk helsevernloven å fremme en riktigere bruk av tvang, og dermed unngå uønsket variasjon i tvangsbruk. Utvalget støttet uttalelsene i Prop. 147 L (2015–2016) om at «styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet er viktige tiltak for å redusere bruken av tvang og for å få en riktigere bruk av tvang» (s. 5). Det var utvalgets syn at formålet om å redusere bruk av tvang er godt reflektert i nåværende formulering «å forebygge og begrense bruk av tvang», jf. psykisk helsevernloven § 1-1 første ledd andre punktum. Utvalget mente at å «fremme en riktig bruk av tvang» reflekterer betydningen av grundige kliniske og juridiske vurderinger av tvang. Å begrense uønsket variasjon i tvang står sentralt i alle utvalgets tiltak, og inngår som del av formålet om en riktigere tvangsbruk. Utvalget mente at dette og øvrige endringsforslag til formålsbestemmelsen, er i tråd med målet om å forhindre feil bruk av tvang og balanserer pasientenes rett til selvbestemmelse og rett til den høyest oppnåelige helsestandard på en god måte innenfor rammen av Norges menneskerettslige forpliktelser. Se Samtykkeutvalgets rapport punkt 13.2.2.

Tvangslovutvalget foreslo en ny formålsbestemmelse som skulle gjelde for ny tvangsbegrensningslov, som tok inn momenter både fra psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, se NOU 2019: 14, kapittel 16.

4.1.4 Høringsinstansenes syn

De fleste av høringsinstansene som har uttalt seg om de foreslåtte endringene i formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven er positive til forslaget. Blant annet *Helsedirektoratet*, *Den norske*

legeforening, Norsk psykologforening og flere helseforetak og kommuner mener i hovedsak endringene utgjør viktige presiseringer. Flere er også opptatt av at formålsbestemmelsene i de ulike helselovene bør fremstilles så enhetlig som mulig.

Selv om *Helsedirektoratet* i hovedsak viser støtte til endringsforslagene, påpeker de at tilføelsen om at loven skal bidra til å «fremme tillit» i noen tilfeller kan fremstå i konflikt med å gi psykisk helsehjelp med tvang, og foreslår derfor å tilføye «så langt som mulig». Videre foreslår Helsedirektoratet at formålet med loven endres til å sikre «helsehjelp» av god kvalitet, fremfor å begrense ordlyden til «behandling» av god kvalitet, idet helsehjelp omfatter både forebygging, undersøkelse og behandling og dermed er mer dekkende for lovens virkeområde. *Helse Midt-Norge RHF* påpeker også at helsehjelp er et mer dekkende begrep enn behandling.

Statens helsetilsyn på sin side påpeker at behandling av god kvalitet er særlig viktig når den gis under tvang, men at kravet til forsvarlighet i dagens formålsbestemmelse sammen med spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4 innebærer at behandlingen skal være forsvarlig og av god kvalitet.

Mental helse støtter forslaget om å endre formålsbestemmelsen slik at det legges til et punkt om å fremme tillit, men støtter ikke ordlyden «riktig bruk av tvang».

Politidirektoratet og Klinikk psykisk helse og avhengighet v/ OUS HF savner at helsetjenestens ansvar for å sikre samfunnsvernet reflekteres i formålet og foreslår at hensynet til samfunnsvernet tas inn i formålsbestemmelsen.

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) er kritiske til forslaget om å endre formålsparagrafen. De påpeker at forslaget om å legge til «riktig» etter «forebygge og begrense» i formålsparagrafen bidrar til uklarhet og svekker signalet om at psykisk helsevern skal forebygge og begrense tvang, bygge på respekt for pasientautonomi og være i tråd med menneskerettighetene. *Bergen kommune* foreslår å endre ordlyden til «Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang, og der det er nødvendig fremme riktig bruk av tvang».

4.1.5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet deler Samtykkeutvalgets oppfatning om at behandling av god kvalitet er særlig viktig når den gis under tvang. I dagens formåls-

bestemmelse fremgår det at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal skje på en «forsvarlig» måte. Departementet mener i likhet med Helsetilsynet at bestemmelsen sett i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4, innebærer at behandlingen skal være av god kvalitet. Forsvarlighetsbegrepet er en rettslig standard som innebærer at innholdet kan variere over tid. Det pålegger virksomhetene en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester, og det pålegger helsepersonellet å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

På bakgrunn av dette vurderer departementet at dagens formålsbestemmelse allerede gir signal om at helsehjelpen som ytes etter psykisk helsevernloven, skal være av en slik kvalitet som bør forventes. Det at pasienter underlagt tvang ikke har mulighet til å motsette seg behandlingen, tilsier imidlertid at kravene som stilles til kvaliteten er særlig strenge på dette området. Departementet mener derfor likevel at det bør tilføyes at behandlingen skal være av god kvalitet for å gjøre dette tydelig.

Etter departementets vurdering er begrepet «helsehjelp» et mer dekkende begrep for de tjenestene som reguleres av psykisk helsevernloven enn begrepet «behandling». Departementet foreslår dermed, i likhet med blant annet Helsedirektoratet, at det fastsettes at formålet med loven er å sikre helsehjelp av god kvalitet.

Forslaget om å ta inn i formålsbestemmelsen at loven skal sikre helsehjelp av god kvalitet vil dessuten bidra til at formålsbestemmelsen i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven blir mer enhetlige.

Departementet støtter utvalgets forslag om å ta inn i formålsbestemmelsen at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten. At det er et tillitsforhold mellom pasienten, pårørende og tjenesten er avgjørende for at helsetjenesten generelt, men også det psykiske helsevernet, skal fungere. Endringen vil også bidra til økt harmonisering av helselovene.

Det er flere grunnleggende hensyn som trekkes frem i formålsbestemmelsen. Noen ganger vil disse hensynene kunne trekke i ulik retning, slik som for eksempel hensynet til å fremme tillit på den ene siden, og på den andre siden hensynet til at pasienten får den helsehjelpen vedkommende har behov for, selv om dette skjer med tvang. I slike tilfeller vil de ulike hensynene måtte avveies mot hverandre. Dette gjelder imidlertid generelt,

og ikke hensynet til å fremme tillit spesielt. Departementet mener derfor ikke det bør tilføyes at lovens bestemmelser «så langt som mulig» skal bidra til å fremme tillit.

Samtykkeutvalget foreslår å ta inn i formålsbestemmelsen at lovens bestemmelser skal fremme riktig bruk av tvang, for slik å unngå uønsket variasjon i tvangsbruken. Slik det fremgår av Prop. 147 L (2015–2016), som utvalget også henviser til, mener departementet at styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet er viktig for å redusere bruken av tvang og for å få en riktigere tvangsbruk. Det er derfor viktig at det, som det gjør i dag, fremgår av formålsbestemmelsen at det er et formål å forebygge og begrense bruken av tvang. Departementet støtter Samtykkeutvalgets vurdering av at en ved å ta inn i formålsbestemmelsen at reglene også skal fremme riktig bruk av tvang, får frem betydningen av grundige kliniske og juridiske vurderinger. Samtidig mener departementet at andre tiltak, slik som å styrke kompetanse, utarbeide og implementere nasjonale faglige retningslinjer og sikre tilstrekkelig med ressurser, også er viktig for å sikre likebehandling.

Fordi Tvangslovutvalgets forslag til ny formålsbestemmelse forutsatte en omlegging av loven som departementet ikke følger opp, følges heller ikke forslaget til en ny og felles formålsbestemmelse opp.

Se utkastet til psykisk helsevernloven § 1-1.

4.2 Justert begrepsbruk – fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse

4.2.1 Innledning

Departementet foreslår å erstatte begrepet samtykkekompetanse med beslutningskompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og øvrig relevant helselovgivning.

4.2.2 Gjeldende rett

Hovedregelen om rett til å samtykke til helsehjelp følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Å ha rett til å samtykke til helsehjelp, eller å ha samtykkekompetanse, innebærer at en selv kan bestemme om en ønsker å ta imot behandling eller ikke. Utgangspunktet er at alle personer over 16 år har rett til å samtykke til helsehjelp. Samtykkekompetansen kan imidlertid bortfalle helt eller delvis, på nærmere bestemte vilkår.

Begrepet samtykkekompetanse ble innført i pasientrettighetsloven i 1999. I dag er begrepet å

finne i en rekke bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven, og i helselovgivningen for øvrig. Vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved bruk av tvang ble tatt inn i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A da det nye lovkapittelet trådte i kraft i 2009, og i psykisk helsevernloven i 2017.

4.2.3 Utvalgenes forslag

Samtykkeutvalget foreslo å erstatte begrepet samtykkekompetanse med beslutningskompetanse, og begrunnet dette med at begrepet beslutningskompetanse gir en bedre beskrivelse av den reelle situasjonen i forholdet mellom pasienten og helse-tjenesten enn samtykkekompetanse. Begrepsendringen har også tidligere vært foreslått av både Paulsrud-utvalget og Tvangslovutvalget.

Samtykkeutvalget mente videre at beslutningskompetanse bør være et felles begrep på tvers av helse- og omsorgstjenesten.

4.2.4 Høringsinstansenes syn

Et stort flertall av høringsinstansene som har uttalt seg om den foreslåtte endringen fra «samtykkekompetanse» til «beslutningskompetanse» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, støtter forslaget. Begrepsendringen får blant annet støtte av *Helsedirektoratet*, *Helsetilsynet*, *Pasient- og brukerombudet*, *Mental helse* og flere bruker- og pårørendeorganisasjoner, helseforetak og kommuner. *Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)* og *Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO)* støtter også forslaget.

De som er positive til forslaget fremhever særlig at begrepet beslutningskompetanse tydeliggjør at en person som utgangspunkt har rett til å takke nei, så vel som ja, til helsehjelp. Det påpekes videre at endringen gir en bedre beskrivelse av kompetansen som skal vurderes og at det dermed er mer retningsgivende for helsepersonellet som skal gjøre vurderingen.

Videre er det flere som viser til at begrepsendringen som er foreslått trolig vil harmonisere bedre med FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og diskrimineringsforbudet i likestillings- og diskrimineringsloven. Enkelte påpeker også at beslutningskompetanse oppfattes som mindre stigmatiserende enn samtykkekompetanse.

Noen høringsinstanser stiller seg kritisk til endringsforslaget. Dette gjelder blant annet *Legeforeningen* og *Advokatforeningen*. Disse viser til at begrepet samtykkekompetanse er benyttet over

lang tid, er innarbeidet og allment kjent. Videre vises det til at selv om beslutningskompetanse kan være et riktigere begrep i noen sammenhenger, vil det i andre tilfeller være mindre trefende. Begrepet beslutningskompetanse vil for eksempel kunne forveksles med en rett til å bestemme hvilken helsehjelp som skal ytes, og slik skape mer uklarhet og usikkerhet.

Høringsinstansene som ikke støtter forslaget viser også til at begrepet samtykkekompetanse brukes internasjonalt om det å takke ja til tilbud om helsetjenester, og at begrepet dessuten benyttes innen andre rettsområder som personvern og strafferett. Til slutt vises det til at det vil være ressurskrevende å gjøre endringer i alle relevante lover, forskrifter, veiledninger, rundskriv, informasjonsmateriell, maler o.l.

4.2.5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet støtter Samtykkeutvalgets forslag om å erstatte samtykkekompetanse med beslutningskompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. I likhet med utvalget og flere av høringsinstansene mener departementet at begrepet beslutningskompetanse synliggjør at en persons selvbestemmelsesrett omfatter både å samtykke til og å nekte å ta imot helsehjelp. Endringen antas også å samsvare bedre med FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsett funksjonsevne (CRPD) og den menneskerettslige utviklingen med økt fokus på selvbestemmelse og ikke-diskriminering.

Departementet ser samtidig at det kan være utfordrende å innføre et nytt begrep når begrepet samtykkekompetanse er såpass etablert, og det i tillegg er brukt i flere lover både nasjonalt og internasjonalt. Likevel kan ikke dette etter departementets oppfatning veie tyngre enn de hensynene som taler for begrepsendringen. Som utvalget skriver i sin begrunnelse tilsiktes det ikke en realitetsendring i hva beslutningskompetanse skal innebære juridisk og i utøvd praksis. Endringen foreslås snarere med det formål å bringe lovteksten mer i samsvar med praksis. Dette tilsier at tilpasningen i helsetjenesten ikke trenger å være omfattende.

Departementet slutter seg til Samtykkeutvalgets vurdering av at det er mer hensiktsmessig med en felles bestemmelse for bortfall av beslutningskompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd framfor lignende bestemmelser spredt rundt i lovverket. Dette vil føre til en mer enhetlig regulering og rettsutvikling av

beslutningskompetanse i hele helsetjenesten. Forslaget innebærer i hovedsak en videreføring av dagens systematikk.

Departementet foreslår at tilsvarende endring fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse gjøres i hele pasient- og brukerrettighetsloven, og i helselovgivningen for øvrig. Endringer foreslås likevel ikke i helseforskningsloven. Samtykkereguleringene knyttet til helseforskning blir vurdert i en egen gjennomgang av helseforskningsloven, se høringsnotat av 11. oktober 2024.

4.3 Presisering av forståelseskravet og oppheving av sykdomsvilkåret ved bortfall av beslutningskompetanse

4.3.1 Innledning

Departementet foreslår at det tydeliggjøres at beslutningskompetansen kan falle bort når pasienten ikke er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen. Samtidig foreslår departementet å oppheve vilkåret om at den manglende forståelsen skal skyldes fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming.

4.3.2 Gjeldende rett

Samtykkekompetansen kan falle helt eller delvis bort når en pasient som følge av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming (sykdomsvilkåret) åpenbart ikke er i stand til å forstå hva et samtykke omfatter (forståelseskravet), jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd.

4.3.3 Utvalgenes forslag

Samtykkeutvalget foreslo at sykdomsvilkåret oppheves slik at beslutningskompetansen knyttes mer generelt til om personen forstår hva beslutningen gjelder.

Samtykkeutvalget foreslo videre å presisere at det i vurderingen av om pasienten har beslutningskompetanse må tas stilling til om pasienten er i stand til å forstå konsekvensene av beslutningen.

Samtykkeutvalget foreslo også å harmonisere pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 andre ledd ved å erstatte «åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemming» med «mangler beslutningskompetanse».

Se nærmere omtale i Samtykkeutvalgets rapport punkt 13.2.6 og 13.4.5.

Tvangslovutvalget foreslo å oppheve sykdomsvilkåret og at beslutningskompetansen skulle kunne bortfalle helt eller delvis dersom personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder, herunder konsekvensene. Se nærmere omtale i NOU 2019: 14 punkt 21.3.5.

Paulsrud-utvalget foreslo at det skulle gå fram av loven at beslutningskompetansen kan falle bort i relasjon til den konkrete helsehjelpen dersom det er overveiende sannsynlighet for at pasienten ikke er i stand til å forstå nødvendig informasjon som er relevant for beslutningen, fastholde informasjonen inntil beslutningen er tatt, anerkjenne aktualiteten av informasjonen for sin egen situasjon, resonnere på bakgrunn av informasjonen med tanke på å treffe et valg, herunder bruke og veie informasjonen i sin egen situasjon, eller uttrykke et valg (FARV-kriteriene). I vurderingen skulle det særlig legges vekt på om personen hadde tidligere erfaring med den aktuelle typen helsehjelp. Se nærmere omtale i NOU 2011: 9 kapittel 13.

4.3.4 Høringsinstansenes syn

4.3.4.1 Sykdomsvilkåret

Et stort flertall av høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, blant annet *Helsedirektoratet*, *Pasient- og brukerombudet*, *Norsk psykologforening*, *Den norske legeforening*, *Statens helsetilsyn*, *Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO)*, *Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)*, *Kommunesektorens organisasjon (KS)* og flere kommuner og helseforetak, støtter forslaget om å oppheve sykdomsvilkåret.

Molde kommune framhever at en diagnose-nøytral bestemmelse i mindre grad vil bli faglig utdatert. *Pasient- og brukerombudet* mener at forslaget vil forenkle vurderingen og være mer tilpasset klinikernes hverdag. *Ivareta* mener forslaget vil bidra til å legge økt vekt på funksjonsnivå og hvor alvorlige konsekvensene av å ikke motta behandling vil være for den enkelte pasient. *Statens helsetilsyn* mener endringen kan bidra til en mer enhetlig tilnærming på de ulike tjenestemrådene og at det åpner for at det kan anvendes tvang for pasienter og brukere hvis vilkårene er oppfylt, men hvor det ikke er grunnlag for å sette en diagnose. *Den norske legeforening* understreker betydningen av gode hjelpeverktøy og opplæring for å sikre at lovendringer gjøres kjent og operasjonaliseres i tjenestene.

Norsk psykologforening skriver:

«Vi mener en diagnosenøytral bestemmelse vil gi fokus på autonomi og individuelt behov, samt at det er en persons fungering her og nå som er det avgjørende for om det er grunnlag for bruk av tvang. Vi mener at vilkår som er nært knyttet til diagnoser øker risikoen for uriktig bruk av tvang. En diagnosenøytral bestemmelse er også viktig for å unngå diskriminering. Vi støtter også utvalget i at ved å forenkle regelen kan man unngå begrepsforvirring knyttet til kompetansevurderingen.»

Flere instanser mener likevel at det vil være uheldig hvis loven ikke lenger skal ha et krav om årsakssammenheng mellom helsetilstanden og den manglende beslutningskompetansen.

Helsedirektoratet skriver:

«Slik bestemmelsen nå foreslås utformet, kan det forstås som om også andre årsaker enn helsemessige, kan være årsak til manglende samtykkekompetanse. (...) Helsedirektoratet ber derfor departementet vurdere om sykdomsvilkåret bør ivaretas uten at bestemmelsen knyttes opp mot en bestemt diagnose eller tilstand, for eksempel ved å anvende et mer nøytralt sykdomsbegrep, for f.eks. kan et formuleringsalternativ være: «Beslutningskompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten, på grunn av sin helsetilstand, overveiende sannsynlig ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av denne.»

Statens helsetilsyn skriver:

«Fravær av diagnose og diagnosenære vilkår innebærer imidlertid en fare for at personer ikke blir vurdert som aktuelle for tjenestene fordi fagets språk og presisjonsnivå i mindre grad er gjenkjennbart i reglene. For at en slik tilnærming skal fungere etter hensikten, må myndighetene utvikle gode kriterier i samråd med fagmiljøene slik at personer får tilgang til tjenester de har behov for.»

Helse Midt-Norge RHF mener at sykdomsvilkåret er vesentlig for å tydeliggjøre sammenhengen mellom sykdom og fravær av samtykkekompetanse. De vurderer det likevel som hensiktsmessig å bruke et diagnosenøytralt begrep, som for eksempel helsetilstand.

Statsforvalteren i Oslo og Viken skriver:

«Hvis forslaget om å fjerne sykdomsvilkåret for manglende samtykkekompetanse gjennomføres, mener vi at det bør fremgå klart i lovteksten eller av lovforarbeidene at det skal sikres at alle typer pasienter får tilstrekkelig og nødvendig informasjon om behandlingsmuligheter for sin sykdom slik at en beslutning om å ikke motta behandling tross medisinske råd er et informert valg i tråd med retten til informasjon jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 flg. I tillegg mener vi det bør presiseres at informasjonen må inkludere mulige risiko og bivirkninger både ved å motta anbefalt medisinsk behandling og å avstå fra slik behandling.»

Trondheim kommune er skeptiske til å oppheve sykdomsvilkåret og mener det kan bidra til økt uklarhet når det gjelder hvem som kan vurderes å mangle samtykkekompetanse.

Bergen kommune skriver:

«Bergen kommune er bekymret for at bortfall av diagnosekriteriet sammen med redusert krav til sannsynlighet for bortfall av beslutningskompetanse, samlet vil gi rom for økt bruk av tvang, men støtter utvalgets anbefaling om at implementering av regelendringene bør komme etter at opplæring er gitt og følgeforskning er sikret.»

Sykehuset i Vestfold HF mener at det bør følges nøye med på om en eventuell lovendring kan føre til en utilsiktet utglidning og uklarhet.

4.3.4.2 Forståelseskravet

De fleste høringsinstansene som uttaler seg om spørsmålet, blant annet *Helsedirektoratet*, *Norsk psykologforening*, *Hordaland*, *Sogn og Fjordane statsadvokatembeter*, *Den norske legeforening*, *Politidirektoratet* og *Kommunesektorens organisasjon (KS)*, støtter forslaget om å presisere at beslutningskompetansen kan falle bort hvis pasienten ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen.

Norsk psykologforening mener at det er bra at det blir tydelig at beviskravet koples til konsekvensene av pasientens valg.

Politidirektoratet anser forslaget om å presisere at konsekvenser av pasienters beslutning, for eksempel at det kan oppstå fare for andre, skal vektlegges og anses som skjerpene for vurde-

ringen av om pasienten har beslutningskompetanse, som naturlig i lys av helsetjenestens ansvar for samfunnsvernet.

Innlandet politidistrikt har erfaring for at bedre informasjon fra politiet om pasientens atferd (politirapporter, vitneavhør, sakkyndig uttalelser, rettsdokumenter) ofte har åpenbar relevans for kompetansevurderingen.

Bergen kommune skriver:

«Etter kommunens syn vil denne endringen gi anledning til å gripe inn og gi helsehjelp til personer som lider av ekstrem selvneglisjering/Diogenes syndrom (Holm, 2010), hvor det i dag ikke finnes lovhjemmel for å gi nødvendig helsehjelp. Kommunen behandler årlig flere kompliserte saker hvor kommunehelsetjenesten i noen tilfeller må vente til helsen til personene har fallert i en slik grad at dagens regelverk kan benyttes for å gi hjelp. Med økt andel enslige og en aldrende befolkning, forventer kommunen at denne pasientgruppen vil øke de kommende årene.»

Landsforeningen – We Shall Overcome støtter ikke forslaget. De skriver:

«Utvalget legger med sitt forslag opp til en ubalansert vektlegging av hensyn til konsekvenser for andre i kompetansevurderingen, kontra hensyn til personen selv og inngrepets alvorlighet. WSO vil fremheve at alvorligheten av inngrepet, og ved det hvor inngripende konsekvensene av å bli fratatt beslutningskompetanse vil være for personen, må vektlegges tilsvarende. I psykisk helsevern er det snakk om svært alvorlige inngrep som frihetsberøvelse på ubestemt tid og tvangsmedisinering. Dette påvirker en persons vurdering og forståelse. I et rettssikkerhetsperspektiv bør dette skjerpe kravet til vurderingen om beslutningskompetanse.»

4.3.5 Departementets vurderinger og forslag

4.3.5.1 Innledning

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder som hovedregel, for alle som oppholder seg i Norge, jf. § 1-1 første ledd første punktum, uavhengig av pasientens helsetilstand. Samtykkeutvalget foreslår en generell endring i bestemmelsen om når pasientens beslutningskompetanse kan falle bort.

Departementet er enig i at endringer i denne bestemmelsen bør gjelde for alle pasienter, uavhengig av hvilket regelsett som ellers vil gjelde for dem.

Utgangspunktet er at helsehjelp bare kan gis når pasienten samtykker til det. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om helsetilstanden sin og om innholdet i helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd.

Helseutfordringer kan påvirke evnen til å forstå informasjon og til å ta stilling til tilbudt helsehjelp. Helsepersonell skal derfor legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke. Det skal tas hensyn til pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn. Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 tredje ledd andre punktum.

4.3.5.2 Sykdomsvilkåret

Etter dagens regelverk må årsaken til at pasientene ikke er i stand til å forstå hva de skal ta stilling til være «fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming». Bestemmelsen viser altså dels til bestemte diagnoser og dels til breiere kategorier av tilstander.

Departementet ser at å ta med diagnosegrupper i lovbestemmelsen kan bidra til å klargjøre ved hvilke tilstander pasientens beslutningskompetanse skal vurderes. Det bidrar også til å understreke at terskelen for at pasienten vurderes å ikke ha tilstrekkelig forståelse, er høy. En mindre reduksjon i evnen til å forstå hva det skal tas stilling til, som en lettere alderdomsvekkelse, vil for eksempel ikke være tilstrekkelig.

Departementet har på den annen side merket seg at Samtykkeutvalget mener at loven bruker upresise diagnostiske begrep som bidrar til å gjøre bestemmelsen uklar. Departementet ser også at diagnostiske begrep kan bli utdaterte eller endre innhold over tid. Ifølge Samtykkeutvalget avgjøres pasienters beslutningskompetanse i praksis av personens tilstand og ikke av en streng forståelse av lovens sykdomsvilkår.

Dersom det ikke stilles krav om at det skal være en helserelatert årsak til at beslutningskompetansen faller bort, vil det i utgangspunktet kunne føre til at flere pasienter mister beslutningskompetansen.

Departementet viser på den annen side til at *Norsk psykologforening* mener at vilkår som er nært knyttet til diagnoser kan øke risikoen for uriktig bruk av tvang. Departementet viser også til at CRPD-utvalget pekte på sykdomsvilkåret

som en bestemmelse som gjør det mulig å begrense noen personer med nedsatt funksjonsevnes selvbestemmelse eller på andre måter stiller personer med nedsatt funksjonsevne i en annen stilling enn andre og mente at slike vilkår kan være diskriminerende etter flere av artiklene i CRPD.

Departementet mener at hensynet til å unngå diskriminering med grunnlag i nedsatt funksjonsevne taler for at oppmerksomheten flyttes fra diagnoser til pasientens faktiske forutsetninger for å ta stilling til det aktuelle spørsmålet. Det er også i tråd med Norges menneskerettslige forpliktelser, særlig CRPD. Endringen vil markere at det avgjørende ikke er pasientens helsetilstand generelt, men tilstanden på tidspunktet da beslutningen tas og i relasjon til spørsmålet pasienten skal ta stilling til. Departementet viser også til at plikten helsepersonell har til å tilrettelegge informasjonen for hver enkelt pasient gir et godt vern mot en utilsiktet utvidelse av gruppen som fratras beslutningskompetansen.

Departementet mener at hensynet til å unngå diskriminering med grunnlag i nedsatt funksjonsevne taler for å oppheve sykdomsvilkåret og rette fokus mot pasienters forutsetninger for å forstå hva de skal ta stilling til og konsekvensene av beslutningen. Det vil også kunne bidra til en mer enhetlig tilnærming på de ulike tjenesteområdene.

Departementet har merket seg at flere høringsinstanser, blant annet *Helsedirektoratet*, mener at det vil være uheldig hvis loven ikke lenger skal ha et krav om årsakssammenheng mellom helsetilstand og den manglende beslutningskompetansen.

Evnen til å ta avgjørelser i spørsmål som angår egen helse, kan variere etter hvilken type helsehjelp det gjelder. Pasientens beslutningskompetanse må derfor vurderes konkret og individuelt. Departementet mener at det sentrale spørsmålet er om pasienten har tilstrekkelige forutsetninger til å forstå sin egen situasjon. Helseutfordringer vil som oftest være årsaken til den manglende forståelsen av hva det skal tas stilling til og konsekvensene av beslutningen. I den konkrete situasjonen kan det imidlertid også være andre årsaker, i tillegg til helsetilstanden, til at pasienten mangler tilstrekkelig forståelse.

Departementet er derfor kommet til at det ikke lenger bør stilles krav om årsakssammenheng mellom helsetilstand og den manglende forståelsen. Det må altså gjøres en totalvurdering, og det er ikke nødvendig å ta stilling om, og i tilfelle hvilke, andre faktorer enn helse som påvirker pasientens forståelse.

Departementet foreslår derfor endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, som opphever sykdomsvilkåret.

Departementet er enig med *fylkesmannen i Oslo og Viken* (nå statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Viken) i at det er viktig at det sikres at alle typer pasienter får tilstrekkelig og nødvendig informasjon om behandlingsmuligheter for sin sykdom slik at en beslutning om å ikke motta behandling tross medisinske råd er et informert valg. Departementet er også enig i at informasjonen må inkludere risiko og mulige bivirkninger både ved å motta anbefalt medisinsk behandling og ved å avstå fra slik behandling. Departementet mener likevel at dette allerede går tilstrekkelig klart fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd som lyder:

«Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.»

Oppheving av sykdomsvilkåret kan, sammen med senkning av beviskravet, jf. punkt 4.4, føre til at noen flere mister beslutningskompetansen og at det kan brukes tvang mot noen flere pasienter. Det vil igjen kunne føre til at noen flere vil kunne få nødvendig helsehjelp tidligere i sykdomsforløpet. Forslaget vil også omfatte barn over 16 år. Helsetjenesten er mer tilbakeholden med å sette diagnoser på de yngste pasientene. Det er derfor ikke grunn til å tro at endringen vil føre til vesentlig endringer i vurderingen av hvilke barn over 16 år som mangler beslutningskompetanse.

Se utkastet til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

4.3.5.3 Forståelseskravet

For å kunne gi et gyldig samtykke, må pasientene ha nødvendige forutsetninger for å forstå hva de skal ta stilling til. Det sentrale er i hvilken grad pasienten klarer å ta en beslutning som ikke i for stor grad er påvirket av den medisinske tilstanden. Det krever et visst nivå av konsekvensinnsikt både å gi et gyldig samtykke og å nekte. Det stilles ikke strenge eller spesielle krav til forståelsen. Det er tilstrekkelig med en alminnelig forståelse. Pasienten kan ha beslutningskompetanse uten å forstå medisinske prosedyrer eller årsakssammenhenger. Det kan være tilstrekkelig at man forstår at helsehjelpen er nødvendig selv om man ikke fullt ut forstår alle konsekvensene av å nekte behandling.

Ved hjelp av empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis er det utviklet verktøy som kan gi hjelp ved vurdering av pasienters beslutningskompetanse. Verktøyene er tenkt brukt i tilfeller der det er nødvendig med en grundigere vurdering fordi helsepersonellet er i tvil om pasientens beslutningskompetanse.

Helsedirektoratet skriver i rundskrivet til pasient- og brukerrettighetsloven blant annet:

«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 resonnerer 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.»

Helsedirektoratet har videre gitt eksempler på spørsmål som kan være til hjelp ved vurdering av 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?

Departementet mener at det er viktig at helse-tjenesten får tydelige føringer for hva det skal legges vekt på i vurderingen av om pasienten mangler beslutningskompetanse.

Paulsrud-utvalgets forslag om å lovfeste de sentrale kriteriene for å vurdere beslutningskompetanse (FARV-kriteriene) og forholdet mellom dem ville kunne være nyttig både for dem

som skal gjøre vurderingene og av hensyn til rettssikkerheten til dem som får vurdert beslutningskompetansen sin. Departementet viser på den annen side til at Samtykkeutvalget mente at FARV-kriteriene ikke er egnet til å sikre pålitelige og gyldige vurderinger av pasientens beslutningskompetanse uten gode verktøy. Departementet er derfor kommet til at det ikke bør lovfestes kriterier for vurdering av beslutningskompetansen.

Departementene slutter seg til utvalgenes forslag om at vurderingstemaet i loven skal være om pasienten er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen.

Samtykkeutvalget la til grunn at det, når det skal tas stilling til om personen «ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter», må tas hensyn til konsekvensene av å nekte behandling og at kravet til hva pasienten må forstå skjerpes jo mer alvorlige de negative konsekvensene er. Departementet mener at denne forståelsen på en god måte balanserer hensynet til pasientens selvbestemmelse mot hensynet til å sikre at pasienten får nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

I psykisk helsevern vil innleggelse og legemiddelbehandling ofte være de mest aktuelle tiltakene. Begge deler er inngripende, men å ikke iverksette tiltakene vil ofte få store konsekvenser. Når pasientens beslutning kan få alvorlige negative konsekvenser, må det tas stilling til hvordan sykdommen påvirker pasientens evne til realistisk vurdering av sin egen tilstand og konsekvensene av behandlingsvalget. Pasienter som mangler forståelse av sykdomstilstanden som sådan og følgene av å motsette seg behandlingen vil som oftest ikke være beslutningskompetente.

Å nekte å ta imot tilbudt helsehjelp vil også kunne få alvorlige konsekvenser for andre enn pasienten. Fare for andre som følge av å nekte behandling, kan dermed være relevant selv om unntaket fra vilkåret om at pasienten må mangle beslutningskompetanse ved fare for andres liv eller helse ikke er oppfylt, for eksempel når beslutningen vil kunne få alvorlige konsekvenser for sosiale relasjoner eller for familiens økonomi. Alvorlige konsekvenser av behandlingsnektelse kan også være å miste omsorgen for egne barn. Kravet til forståelse skjerpes derfor også i slike tilfeller.

Det kan være store forskjeller i konsekvensene av å nekte det samme behandlingstilbudet for ulike pasienter. Eksempelvis er det stor variasjon i symptomutfordringen hos personer med schizofrenilidelser. Ulik symptomutfordring hos to pasienter med schizofrenilidelse vil få betydning for konsekvensene av å nekte det samme

behandlingstilbudet, for eksempel bruk av det samme antipsykotiske legemiddelet. Før det vurderes om pasientens forståelse er så begrenset at vilkårene for bortfall av beslutningskompetanse er oppfylt, må det derfor utredes hvordan pasienten tenker om situasjonen sin, behandlingsbehovet og hva som vil skje hvis tilstanden ikke blir behandlet.

Kravet til hva pasienten er i stand til å forstå skjerpes altså når konsekvensen av å nekte å ta imot tilbudt helsehjelp er store.

Departementet ser at større vektlegging av samfunnsvernet som del av vurderingen av pasientens beslutningskompetanse vil kunne gå på bekostning av pasientens rett til selvbestemmelse. Departementet slutter seg likevel til Samtykkeutvalgets vurdering av at det er en nødvendig forutsetning for å videreføre et regelverk om bruk av tvang som trekker et skille mellom personer som har og personer som mangler beslutningskompetanse, at det tas tilstrekkelig hensyn til risikoen for alvorlige negative konsekvenser.

Departementet slutter seg derfor til utvalgenes forslag om å presisere at det skal legges vekt på om pasienten er i stand til å forstå konsekvensen av beslutningen. Departementet er enig med *Norsk Psykologforening* i at dette på en god måte tydeliggjør at beviskravet koples til konsekvensene av pasientens valg. Departementet slutter seg også til *Bergen kommunes* vurdering av at forslagene sammen med forslaget om senkning av beviskravet samlet vil bidra til at kommunen kan gripe inn og gi nødvendig helsehjelp på et tidligere stadium enn det som i dag er mulig.

Se utkastet til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

4.3.5.4 Helt eller delvis bortfall av beslutningskompetansen

Det går fram av Ot.prp. nr. 12 (1998–99) at bakgrunnen for formuleringen om at samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis var et ønske om å markere at:

«... samtykkekompetansen kan falle bort for enkelte felter, men ikke automatisk for alle områder. Det må foretas en vurdering av på hvilke områder det er utilrådelig at pasienten har slik kompetanse»

Departementet mener at det samme ivaretas på en tydeligere måte ved at det i bestemmelsen presiseres at beslutningskompetansen skal vurderes for den aktuelle beslutningen. Departementets

forslag viderefører derfor ikke formuleringen om helt eller delvis bortfall.

4.4 Senkning av beviskravet for manglende beslutningskompetanse til «overveiende sannsynlig»

4.4.1 Innledning

Departementet foreslår å senke beviskravet for manglende beslutningskompetanse (i dagens bestemmelse omtalt som samtykkekompetanse) i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig».

4.4.2 Gjeldende rett

Som beskrevet i punkt 4.2.2 er hovedregelen at alle personer over 16 år har rett til å samtykke til eller nekte å ta imot helsehjelp. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd angir vilkårene for bortfall av samtykkekompetanse. For at samtykkekompetansen skal være bortfalt, må det være «åpenbart» at vedkommende ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Begrepet «åpenbart» angir en høy terskel. Etter gjeldende rett er det ikke tilstrekkelig med sannsynlighetsovervekt for at personen ikke forstår hva samtykket innebærer. Dersom det er tvil om personen mangler evne til å forstå hva samtykket innebærer, skal vedkommende med andre ord regnes for å være samtykkekompetent.

Også etter psykisk helsevernloven er det klare utgangspunktet at psykisk helsevern skal ytes på bakgrunn av samtykke etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven, jf. psykisk helsevernloven § 2-1. I 2017 ble det innført som nytt vilkår at pasienten måtte mangle samtykkekompetanse blant annet for at tvungent psykisk helsevern kunne etableres.

4.4.3 Utvalgenes forslag

Paulsrud-utvalget mente at beviskravet «åpenbart» ikke kunne videreføres ut fra hensynet til de velferdsmessige konsekvensene for pasienter som overveiende sannsynlig mangler kompetanse, men der dette likevel ikke er «åpenbart». På bakgrunn av dette foreslo utvalget å endre beviskravet til «overveiende sannsynlig». Utvalget mente endringen representerte en mer balansert standard med tanke på å ivareta både pasientens selvbestem-

melsesrett og velferd. Med begrepet «overveiende sannsynlig» mente Paulsrud-utvalget at det kreves mer enn alminnelig sannsynlighetsovervekt, og viste til domstolspraksis for nærmere klarlegging.

Tvangslovutvalget foreslo alminnelig sannsynlighetsovervekt som beviskrav ved midlertidige vedtak, som omfatter tvungen observasjon etter psykisk helsevernloven (NOU 2019: 14, s. 524 og lovutkastet § 9-14). For andre vedtak uttrykte Tvangslovutvalget forståelse for et synspunkt om at «åpenbart» er for strengt som beviskrav. Det ble likevel ikke foreslått noen endring på dette beviskravet av hensyn til å hindre utglidning i praksis. Utvalget oppfattet det dessuten som viktigere å få inn en presisering i loven om at konsekvenser av behandlingsnektelse har betydning for kompetansevurderingen.

Samtykkeutvalget anbefalte å senke beviskravet for manglende samtykkekompetanse for alle beslutninger om helsehjelp fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig». Med «overveiende sannsynlig» mente utvalget at det må foreligge alminnelig sannsynlighetsovervekt, altså mer enn 50 prosent sannsynlighet, for at personen «ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av denne». Forståelsen av begrepet skiller seg altså fra forståelsen lagt til grunn av Paulsrud-utvalget. Samtykkeutvalget vurderte «sannsynlighetsovervekt» som uttrykk for det samme beviskravet, men valgte «overveiende sannsynlig» for å harmonisere det med eksisterende lovverk.

Samtykkeutvalget foreslo at beviskravets innhold og betydning skulle komme frem av nasjonale faglige retningslinjer for kompetansevurderinger. I tillegg bør disse retningslinjene tydeliggjøre for klinikere hvordan de skal anvende beviskravet opp mot forståelseskravet i klinisk praksis.

4.4.4 Høringsinstansenes syn

Moss kommune, Molde kommune, Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern og rus, Lovisenberg Diakonale Sykehus Fagavdelingen, Trøndelag, Nordland og Troms og Finnmark statsadvokatembeter, Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet, Stavanger kommune, Ahus, Helse Nord-Trøndelag, Pasient- og brukerombudet, Klinikk for psykisk helse og avhengighet v/OUS HF, Oslo kommune, Vennesla kommune, Sykehuset i Vestfold HF, Ivareta, Statens Helsetilsyn, Sykehuset i Østfold HF, Institutt for atferdsvitenskap, OsloMet-storbyuniversitet, Diakonhjemmet sykehus, Politidirektoratet, Innlandet politidistrikt, Statsforvalteren i Oslo og Viken, Diakonhjemmet sykehus, Kontrollkommissjonen for

Nedre Buskerud og Vestre Viken, Blakstad (ekskl. akutte seksjoner), Hordaland, Sogn og Fjordane statsadvokatembeter, Helse Sør-Øst, Den norske legeforening, Kommunesektorens organisasjon (KS), Helse Bergen HF, Haukeland universitetssykehus, Oslo kommune, Kirkens Bymisjon, Trondheim kommune og Bergen kommune støtter forslaget om å senke beviskravet.

Enkelte av høringsinstansene mener imidlertid uttrykkene «sannsynlighetsovervekt» eller «mest sannsynlig» er bedre egnet enn uttrykket «overveiende sannsynlig».

Blant høringsinstansene som støtter forslaget er det flere som viser til at dagens strenge beviskrav ikke er tilpasset den kliniske hverdagen i helsetjenestene, og at et krav om mer enn 50 prosent sannsynlighet gir en bedre balanse mellom pasientens rett til selvbestemmelse og rett til nødvendig helsehjelp. Enkelte påpeker at dagens beviskrav har bidratt til flere svingdørspasienter, med hyppige og kortvarige innleggelser. Hensynet til pårørende blir også trukket frem, ved at den høye terskelen for innleggelse og opprettholdelse av tvang har ført til at det er pårørende som må ta ansvaret for de syke.

Politidirektoratet fremhever at forslaget vil kunne bedre samfunnssikkerheten.

Statens helsetilsyn mener «en senkning av terskelen kan føre til at flere får tilgang til behandling i en spesielt sårbar fase i et sykdomsforløp, samt at det kan avlaste pårørende/tredjepart». For å forhindre mer og feil bruk av tvang, påpeker imidlertid *Statens helsetilsyn* at det er viktig med økt personale, nye og bedre bygninger og økt omfang av tilrettelagte tjenester og tiltak i kommunen. Statens helsetilsyn er også opptatt av at det utarbeides nasjonale veiledere og retningslinjer for kompetansevurderinger.

Helsedirektoratet uttaler at de er usikre på hvilke konsekvenser det kan få å senke beviskravet og etterspør en grundigere vurdering. De fremhever også viktigheten av likelydende ordlyd og sammenheng i regelverket.

Helse Midt-Norge RHF er i likhet med Helsedirektoratet usikre på hvilke utilsiktede konsekvenser et lavere beviskrav kan medføre, særlig ved vurdering av samtykkekompetanse for somatisk helsehjelp.

Spiseforstyrrelsesforeningen, Norsk psykologforening, Advokatforeningen, Mental Helse, Unge funksjonshemmede, Landsforeningen- We Shall Overcome, Norges Institusjon for menneskerettigheter (NIM), Forandringsfabrikken og Likestillings- og diskrimineringsombudet er kritiske til å senke beviskravet.

Høringsinstansene som er kritiske til å senke beviskravet, trekker blant annet frem at endringen ikke er et egnet tiltak til å ivareta individets selvbestemmelse og rettssikkerhet, og frykter at det kan føre til økt bruk av tvang. Det påpekes også at et senket beviskrav kan føre til mindre krav til undersøkelse og begrunnelse, og tilsvarende makt til den faglig ansvarlige. Enkelte fremhever også at endringen vil være uheldig i lys av CRPD.

4.4.5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet støtter Samtykkeutvalgets forslag om å senke beviskravet i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd. I likhet med det både Samtykkeutvalget, Paulsrud-utvalget og flere av høringsinstansene trekker frem, mener departementet at et senket beviskrav vil gi en bedre balanse mellom pasientens rett til selvbestemmelse på den ene siden, og rett til helsehjelp på den andre.

Lovendringen i 2017, som blant annet medførte at pasienten måtte mangle beslutningskompetanse for at det kunne etableres tvungent psykisk helsevern, gjorde vurderingen av beslutningskompetanse enda mer sentral innen psykisk helsevern. Selv om manglende beslutningskompetanse er ett av flere vilkår som må være oppfylt for at tvang kan iverksettes etter psykisk helsevernloven § 3-3, kan vurderingen av hvorvidt pasienten anses å være beslutningskompetent eller ikke, være avgjørende. Tvang utgjør et alvorlig inngrep i selvbestemmelsesretten. Dette tilsier at terskelen for å vurdere en pasient for ikke å være beslutningskompetent bør være høy.

Samtidig er det svært alvorlig når pasienter som ikke er i stand til å ivareta seg selv, ikke mottar hjelp. Dette er det flere av høringsinstansene som påpeker at er et problem i dag, både for pasientene selv, deres pårørende og samfunnet ellers. Er terskelen for høy, vil risikoen øke for at mennesker med alvorlige lidelser ikke får hjelp. Risikoen vil også øke for at flere vil få en forverret sykdomstilstand før de får hjelp, og at de som mottar helsehjelp utskrives for tidlig fordi det ikke lenger er åpenbart at de mangler samtykkekompetanse, og dermed må legges inn igjen etter kort tid – ofte omtalt som «svingdørproblematikken». Ved å senke beviskravet fra «åpenbart» til en alminnelig sannsynlighetsovervekt, vil en tilfelle mer usikkerhet knyttet til pasientens beslutningskompetanse enn i dag, og slik kunne ivareta pasientene på en bedre måte. Beviskravet vil imid-

lertid fortsatt innebære at det er en presumsjon for beslutningskompetanse, som er sentralt av hensyn til selvbestemmelsesretten.

Beviskravet skal gjelde vurderingen av om pasienten er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen, se også forslag og vurderinger i punkt 4.3. Det skal med andre ord alltid foretas en konkret vurdering ut fra situasjonen og hva samtykket gjelder. Et moment som flere av høringsinstansene påpeker at kan være utfordrende med samtykkekompetansevurderinger, er at pasientens tilstand, og dermed også forståelse knyttet til egne beslutninger, ofte varierer. Slik trekker også hensynet til sammenheng i behandlingen og et behandlingstilbud som fungerer over tid, i retning av at beviskravet bør senkes.

Departementet mener det er en forutsetning for riktig bruk av tvang at det er tydelig ut fra ordlyden hva beviskravet innebærer. Uklarhet knyttet til innholdet i kravet kan føre til kompetansevurderinger av dårligere kvalitet, som i ytterste konsekvens kan føre til urettmessig bruk av tvang. Noen høringsinstanser har spilt inn at «overveiende sannsynlig» ikke er et entydig begrep, og foreslår andre uttrykk slik som «sannsynlighetsovervekt» og «mest sannsynlig».

Det opereres med mange ulike beviskrav i lovgivningen. Godt kjente beviskrav som det ikke er tvil om betydningen av er blant annet *utover enhver rimelig tvil* og kravet om *sannsynlighetsovervekt* i henholdsvis straffe- og sivilretten. I sivile saker som gjelder et sterkt belastende forhold finnes også krav om *klar sannsynlighetsovervekt* eller *kvalifisert sannsynlighetsovervekt*. Begrepet *overveiende sannsynlig* brukes også flere steder i lovgivningen, for eksempel i psykisk helsevernloven § 3-2 første ledd nr. 4, helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 første ledd, helsepersonelloven § 32 andre ledd, smittevernloven § 2-2 første og andre ledd og § 5-3 andre ledd, folketrygdloven § 8-7 femte ledd, tvangsfullbyrdelsesloven § 7-9 andre ledd, skattebetalingsloven § 5-3 andre ledd, § 6-3 femte ledd og 6-5 fjerde ledd og straffegjennomføringsloven § 29 tredje ledd.

I psykisk helsevernloven § 3-2 første ledd nr. 4 skal *overveiende sannsynlig* forstås som alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn 50 prosent sannsynlig). Dette gjelder også for helse- og

omsorgstjenesteloven § 10-3 første ledd og helsepersonelloven § 32 andre ledd. I smittevernloven gir begrepet derimot anvisning på et krav om en kvalifisert sannsynlighetsovervekt, mens begrepets betydning etter skattebetalingsloven synes mer uklart.

Betydningen av «overveiende sannsynlig» er altså varierende i ulike lover. Likevel er beviskravets innhold det samme i de sentrale helselovene, som helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og psykisk helsevernloven. Departementet vurderer derfor, i likhet med Samtykkeutvalget, at hensynet til harmonisering tilsier at det samme begrepet brukes i pasient- og brukerrettighetsloven.

Med et senket beviskrav blir faren noe større for utglidning av tvangsbruk i praksis. Dette fremhever særlig de høringsinstansene som er negative til forslaget. Departementet deler denne bekymringen. Samtidig mener departementet at det kan treffes flere tiltak for å redusere faren for en slik utvikling, blant annet nye nasjonale veiledere og retningslinjer for kompetansevurderinger, gode verktøy og en økning av personale med tilstrekkelig kompetanse.

Enkelte av høringsinstansene har påpekt at et senket beviskrav kan være problematisk sett i lys av FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). CRPD-utvalget konkluderer med at konvensjonen ikke stenger for enhver bruk av tvang, og at det ikke er nødvendig å oppheve tvangshjemlene. Utvalget påpeker imidlertid at adgangen til bruk av tvang må være snever, og at den kun skal anvendes når det er nødvendig og som en siste utvei. Nedsatt funksjonsevne kan heller ikke alene rettferdiggjøre bruk av tvang. Departementet vurderer at adgangen til bruk av tvang fortsatt vil være snever med alminnelig sannsynlighetsovervekt som beviskrav for bortfall av beslutningskompetanse, og at endringen ikke vil være i strid med artikkel 14 i CRPD. For nærmere omtale av CRPD og utvalgets vurdering av konvensjonens forhold til norsk rett, se punkt 3.4.

Forslagene vil omfatte barn over 16 år. Beviskravet for manglende beslutningskompetanse vil dermed også bli senket for barn over 16 år.

Se utkastet til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

5 Styrking av pasientenes rettssikkerhet

5.1 Lovfesting av krav om løpende vurdering av om lovens vilkår for tvangsbruk er oppfylt

5.1.1 Innledning

Departementet foreslår at det tas inn en generell bestemmelse i psykisk helsevernloven som gjør det tydelig at alle vilkår for tvangsbruk må være oppfylt hele tiden mens tvangsvedtaket gjennomføres.

5.1.2 Gjeldende rett

Somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, skal vurderes fortløpende og avbrytes straks lovens vilkår ikke lenger er til stede. Det skal særlig legges vekt på om helsehjelpen viser seg å ikke ha ønsket virkning, eller ha uforutsette negative virkninger, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-4 fjerde ledd.

Bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, skal vurderes kontinuerlig og straks avbrytes dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-9 fjerde ledd. Dette gjelder planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og tiltak for å dekke grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

Ingen kan beholdes under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten at vilkårene fortsatt er oppfylt, jf. psykisk helsevernloven § 3-7 første ledd.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for å holde en gravid rusmiddelavhengig med vedtak om inntak og tilbakeholdelse i institusjon tilbake, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 tredje ledd.

I institusjoner for døgnopphold i psykisk helsevern skal tvangsmidler (mekaniske tvangs-

midler, kortvarig isolasjon, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholdning) bare brukes når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre at pasienten skader seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting og bare når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Dette går fram av psykisk helsevernloven § 4-8.

Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha forutsatte virkninger eller å ha uforutsette negative konsekvenser, jf. psykisk helsevernloven § 26 tredje ledd.

Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet (blant annet belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær) skal bare brukes i institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern, etter vedtak av den faglig ansvarlige. Mekaniske tvangsmidler kan bare brukes på pasienter over 16 år. Lempeligere midler må ha vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonellet mens mekaniske tvangsmidler brukes. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten med mindre pasienten motsetter seg dette. Det går fram av psykisk helsevernloven § 26 at bruken av mekaniske tvangsmidler skal være så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, skal det så langt som mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene ellers sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonellet. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell 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.

5.1.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo at gjennomføringen av et tiltak skal registreres, vurderes kontinuerlig og straks avbrytes dersom lovens vilkår ikke lenger er oppfylt. Vedtaket skal i så fall oppheves. Se NOU 2019: 14 punkt 27.2.

5.1.4 Sivilombudets anbefaling

Sivilombudet oversendte 15. november 2022 en rapport om bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern til Helse- og omsorgsdepartementet. Ombudet anbefalte blant annet at departementet vurderer regelverksendringer som tydeliggjør plikten til å vurdere at tvangen er uomgjengelig nødvendig for hele perioden mekaniske tvangsmidler er i bruk.

5.1.5 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter forslagene om eksplisitt lovfesting, men skriver:

«Vi ser imidlertid en viss risiko for at faglig ansvarlig, av ressurshensyn, i vedtaket vil beskrive «mest inngripende» gjennomføringsform, for å slippe å fatte nytt vedtak dersom gjennomføringen skulle bli mer inngripende enn først antatt. Vi ser at et krav om nytt vedtak vil styrke rettssikkerheten, men at det samtidig kan oppleves som svært byråkratisk.»

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) mener at forslaget framstår som rimelig selvsagt og i tråd med dagens lovverk, men skriver:

«Imidlertid er det usikkert hvor langt utvalget tenker man skal gå i en løpende vurdering av et f.eks. så komplisert vedtak som tvangsbehandling med medisiner. I bunn og grunn er det kun psykiater som har kompetanse til å reelt (re)vurdere dette og det er urimelig å tenke at dette skal skje nærmest forut for hver depotinjeksjon. Dette både utfra kapasitet- og faglige hensyn.»

5.1.6 Departementets vurderinger og forslag

Det er nedfelt i Grunnloven § 93 at ingen må utsettes for tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Det samme følger av Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 3, FNs konvensjon om sivile

og politiske rettigheter (SP) artikkel 7, FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 15.

Det er videre nedfelt i Grunnloven § 102 andre ledd at myndighetene skal sikre vern om den personlige integritet. Det samme følger blant annet av CRPD artikkel 17.

Det er også nedfelt i Grunnloven § 94 at ingen må fengsles eller berøves friheten på annen måte uten i lovbestemte tilfeller og på den måte som lovene foreskriver. Frihetsberøvelsen må være nødvendig og ikke utgjøre et uforholdsmessig inngrep. Det samme følger blant annet av SP artikkel 9 og EMK artikkel 5. Av CRPD artikkel 14 følger det i tillegg at nedsatt funksjonsevne ikke i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse. Norge ga ved ratifikasjon av konvensjonen en erklæring om hvordan staten forstår denne artikkelen. Se omtale i punkt 3.3.

Det følger dessuten av FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 og CRPD artikkel 25 at enhver har rett til den høyeste oppnåelige helsestandard.

Å gi helsehjelp eller å gjennomføre andre tiltak som pasienten motsetter seg, er betydelige inngrep i pasientens integritet. Det er derfor ingen tvil om at lovens vilkår må være oppfylt under hele gjennomføringen av et tvangsvedtak.

Dette gjelder også vilkåret om at bruk av mekaniske tvangsmidler er uomgjengelig nødvendig, som må være oppfylt hele tiden mens tvangsmidlet brukes. Isolert sett er departementet enig med Sivilombudet i at det ville være en fordel om det gikk direkte fram av loven at vilkåret må være oppfylt hele tiden mens dette tvangsmidlet brukes. Kravet om at alle vilkårene til enhver tid må være oppfylt gjelder på den annen side for all bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. En særskilt tydeliggjøring av at vilkåret om at mekaniske tvangsmidler må være uomgjengelig nødvendige må være oppfylt hele tiden mens dette tvangsmidlet brukes, vil kunne skape tvil om hvorvidt det samme gjelder ved gjennomføring av andre tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven. Departementet foreslår derfor at det isteden tydeliggjøres at alle vilkårene for tvangsbruk må være oppfylt hele tiden mens de ulike tvangsvedtakene gjennomføres.

Bestemmelsene om fortløpende vurdering av at vilkårene er oppfylt i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har litt ulik ordlyd. Tvangslovutvalget har videre foreslått litt andre formuleringer enn i

dagens regelverk. Departementet mener som utgangspunkt at det vil være en fordel å harmonisere ordlyden slik at det ikke er tvil om at kravene er de samme. Tvangslovutvalgets forslag inngikk på den annen side i en ny felles diagnosenøytral lov med en ny felles ordning for overprøving og kontroll. Departementet ser et særlig behov for å tydeliggjøre kravet i psykisk helsevernloven. Departementet foreslår derfor at det skal gå fram av psykisk helsevernloven at lovens vilkår for vedtak etter lovens kapittel 4 må være oppfylt under hele gjennomføringen av vedtaket og at tiltaket straks må avsluttes dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt. For tvangsinnleggelse etter kapittel 3 er dette allerede lovfestet, jf. § 3-7 første ledd.

Se utkastet til psykisk helsevernloven § 4-2 a.

5.2 Presisering av kontrollkommisjonens kompetanse til å treffe tvangsvedtak

5.2.1 Innledning

Departementet foreslår en presisering av kontrollkommisjonens kompetanse ved klage på vedtak om å ikke etablere eller om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven § 3-3 a første ledd og § 3-7 andre eller tredje ledd. Kontrollkommisjonen skal bare kunne vurdere lovligheten av vedtaket og ikke selv kunne treffe vedtak om bruk av tvang.

5.2.2 Gjeldende rett

Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak etter psykisk helsevernloven skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning, jf. psykisk helsevernloven § 1-4. Nærmere krav til faglig ansvarlig er fastsatt i psykisk helsevernloven § 5.

Helsedirektoratet har i sitt rundskriv til psykisk helsevernloven lagt til grunn at faglig ansvarlig skal treffe vedtak om å ikke etablere tvang.

Pasienten, pasientens nærmeste pårørende og myndighet som har framsatt begjæring om tvungent vern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak om å ikke etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 a tredje ledd.

Pasienten, pasientens nærmeste pårørende og myndighet som har framsatt begjæring om tvungent vern, kan videre påklage den faglig ansvarliges vedtak om opphør av tvungen observasjon

og tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen, jf. psykisk helsevernloven § 3-7 fjerde ledd.

Offentlig myndighet skal, om nødvendig, fremme begjæring om tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-6 første ledd andre punktum. Slike begjæringer kan fremmes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, politiet og kriminalomsorgen, jf. psykisk helsevernloven § 1-3.

Utgangspunktet er at nærmeste pårørende er den pasienten selv oppgir, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som nærmeste pårørende dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

Kontrollkommisjonen skal prøve alle sider av saken, jf. psykisk helsevernloven § 6-4 femte ledd.

Forvaltningsloven gjelder for behandlingen av klagen, jf. psykisk helsevernloven § 1-6. Vedtak om å ikke etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b. Det går fram av forvaltningsloven § 34 siste ledd at klageinstansen selv kan treffe nytt vedtak i saken eller oppheve vedtaket og sende saken tilbake til underinstansen til helt eller delvis ny behandling.

5.2.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo at klageinstansen (tvangsbegrensningsnemnda) ved klage på vedtak om oppheving av vedtak eller om avslag på krav om uavhengig legeundersøkelse som personen motsetter seg, bare skulle kunne ta stilling til lovligheten av vedtaket. Se nærmere omtale i NOU 2019: 14, merknaden til § 12-6 andre ledd.

5.2.4 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er tilfreds med Tvangslovutvalgets klargjøring av at nemnda ikke selv skal kunne treffe vedtak om tvang og mener at dette bør komme tydeligere fram i lovteksten.

5.2.5 Departementets vurderinger og forslag

Tvangslovutvalget foreslo en ny felles lov om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten og et nytt felles klageorgan. I denne lovproposisjonen vurderer departementet enkelte av utvalgets forslag,

blant annet forslaget om at klageinstansen bare kan prøve lovligheten av enkelte typer vedtak. Etter departementets vurdering innebærer dette i realiteten at klageinstansen ikke kan fatte nytt vedtak i slike saker, slik det vil være alminnelig adgang til etter forvaltningsloven § 34 fjerde ledd. Dette kan blant annet være en aktuell problemstilling når pårørende eller myndighet som har krevd tvangsbruken, klager på vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-7 fjerde ledd.

Helsehjelp som pasienten motsetter seg, er inngripende tiltak. Faglig ansvarlige i psykisk helsevern skal være lege eller psykolog og, som hovedregel, ha særlig kompetanse innen fagområdet sitt.

Kontrollkommisjonen skal ledes av en jurist og blant annet ha et medlem som er lege. Det stilles ingen særskilte krav til legens kompetanse. I praksis er de færreste legene i kontrollkommissjonene spesialister i psykiatri.

Etter forvaltningsloven kan kontrollkommissjonen velge å treffe nytt vedtak i klagesaken. I praksis begrenser kontrollkommissjonen seg likevel nesten alltid til å oppheve vedtak og eventuelt be faglig ansvarlig om å gjøre en ny vurdering.

Departementet mener at det er uheldig at kontrollkommissjonen i ytterste konsekvens skal kunne pålegge spesialisthelsetjenesten å holde en pasient under tvang der tjenesten selv på et faglig grunnlag, mener at vilkårene for tvungent vern ikke er oppfylt. Legalitetsprinsippet stiller særlig strenge krav til hjemmel for inngripende tiltak. Det har neppe vært lovgivers intensjon at klageinstansen skal etablere tvang. Departementet slutter seg derfor til Tvangslovutvalgets vurderinger og foreslår at kontrollkommissjonens kompetanse avgrenses til å kontrollere at vedtak om å ikke gjennomføre og om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, er truffet på riktig måte og i samsvar med psykisk helsevernloven med forskrifter (legalitetsprøving). I dette ligger det at kontrollkommissjonen bare kan stadfeste eller oppheve vedtaket, ikke treffe nytt vedtak.

Se utkastet til psykisk helsevernloven § 6-4.

5.3 Lovfesting av elektrokonvulsiv behandling (ECT) som livreddende tiltak

5.3.1 Innledning

Departementet foreslår at adgangen til å bruke elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten sam-

tykke fra pasienten reguleres i lov. Det skal ikke lenger være adgang til å bruke ECT med grunnlag i ulovfestet nødrett med analogi til straffelovens straffrihetsgrunn. Tiltaket skal reguleres i en egen bestemmelse i psykisk helsevernloven.

ECT uten samtykke skal bare kunne benyttes når pasienten ikke har beslutningskompetanse, og ikke motsetter seg behandlingen. Videre skal det kreves at unnløstelse av å gi ECT i løpet av få uker vil føre til alvorlig fare for personens liv. Det skal bare kunne treffes vedtak om bruk av ECT i inntil to uker i samme behandlingsserie. Det skal ikke stilles krav om vedtak om tvungent psykisk helsevern før det fattes vedtak om ECT. Bestemmelsen vil dermed også være aktuell for pasienter som er innlagt i psykisk helsevern med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Den vil også kunne være aktuell for pasienter som er innlagt i institusjon i psykisk helsevern med grunnlag i samtykke, men som mangler beslutningskompetanse i spørsmålet om behandling med ECT.

Faglig ansvarlig lege som er spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, skal treffe vedtak om bruk av ECT, og det skal være klageadgang til kontrollkommissjonen.

5.3.2 Om ECT

Ved elektrokonvulsiv behandling (ECT) påføres en kontrollert mengde strøm gjennom elektroder plassert på hodet for å indukere et generalisert krampeanfallet, et såkalt «grand mal»-anfallet. I dag gis ECT mens pasienten er i narkose og har fått muskelavslappende midler. Metoden har vært brukt til behandling av en rekke psykiske lidelser, men er best dokumentert for behandling av depressive tilstander. Det er faglig uenighet om hvordan ECT kan føre til symptomlette. De vanligste teoriene går ut på at blant annet blodsirkulasjonen stimuleres og at effekten av behandlingen kommer av at nervecellenes plastisitet påvirkes.

Det er betydelig uenighet om kunnskapsgrunnlaget for ECT. Det reflekteres blant annet gjennom to oversiktsartikler (Bentall/Read 2010, se også Meehan 2022 som går gjennom artikkelen og UK ECT Review Group 2003), som blant annet analyserte studier der aktiv ECT versus placebo («sham») ECT ble benyttet, med i hovedsak det samme forskningsmaterialet, og kom til helt motsatte konklusjoner.

Uenigheten er mindre i klinikken fordi de kliniske observasjonene så tydelig viser at mange pasienter som ikke har nytte av annen behandling, kan ha stort utbytte av ECT.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige anbefalinger for bruk av ECT.

Direktoratet gikk i forbindelse med utarbeidelsen av Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling - ECT fra 2017 (IS-2629) gjennom kunnskapsgrunnlaget. Direktoratet er, med unntak av studier om vedlikeholds-ECT (Brus 2024 og Luccarelli 2020) ikke kjent med at det er kommet nye studier som taler for endringer i retningslinjen.

I retningslinjen gis det blant annet anbefalinger om bruk av ECT for ulike psykiske lidelser og for ulike pasientgrupper.

Noen pasienter får kognitive problemer etter behandlingen. Det er imidlertid uklart hvor mange dette gjelder og hvor lenge slike bivirkninger varer.

Tallene for bruk av ECT i Norge er usikre, både for ECT med grunnlag i samtykke og ECT med grunnlag i nødrett. Det er variasjoner knyttet til omfang og hvilke pasientgrupper som får behandling ved de ulike sykehusene. Teknisk utstyr, rutiner og formell kompetanse knyttet til administrering av ECT varierer antakelig også.

ECT brukes ikke på barn under 16 år, og har bare helt unntaksvis vært gitt til ungdom mellom 16 og 18 år.

Det nyetablerte nasjonale kvalitetsregisteret for ECT, vil i løpet av de nærmeste årene kunne gi mer presis informasjon om bruken.

5.3.3 Gjeldende rett

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) er ikke særskilt regulert i helselovgivningen, og utgangspunktet er derfor at slik behandling bare kan gis med pasientens samtykke.

ECT uten samtykke gis i dag med grunnlag i ulovfestet nødrett med analogi til straffelovens straffrihetsgrunn. Det går fram av straffeloven § 17 at en handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen.

5.3.4 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo å lovfeste en snever adgang til å bruke ECT uten samtykke som et liv-

reddende tiltak. Lovreguleringen skulle gi en uttømmende regulering av adgangen til ECT uten samtykke slik at strafferettslig nødrett ikke lenger skulle kunne påberopes som rettslig grunnlag.

Et mindretall (Erichsen og Gitlesen) foreslo å forby ECT uten samtykke. ECT skulle bare brukes dersom pasienten samtykket eller hadde uttrykt ønske om ECT i en forhåndserklæring basert på fritt og informert samtykke. Et annet mindretall (Vagle) foreslo å gjøre flertallets forslag til regulering tidsbegrenset til tre år og deretter evaluere bestemmelsen.

Utvalget foreslo at pasienten skulle måtte mangle beslutningskompetanse og at det skulle være et vilkår at unnlattelse av å gi ECT vil innebære en alvorlig fare for personens liv i løpet av få uker. Utvalget foreslo videre at det ikke skulle kunne treffes vedtak om eller gjennomføres ECT dersom personen motsetter seg tiltaket. Tiltaket måtte anbefales av en lege som har erfaring med ECT, som har undersøkt personen og som er uavhengig av den vedtaksansvarlige (som tilsvarende faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven). Vedtak om ECT skulle bare kunne ha en varighet på inntil to uker uten mulighet for fornyelse innenfor samme behandlingsserie. ECT skulle gjennomføres så skånsomt som mulig og tiltaket skulle straks avbrytes dersom lovens vilkår ikke lenger er oppfylt.

Se nærmere omtale av Tvangslovutvalgets forslag i NOU 2019: 14 punkt 25.6.5.

Tvangslovutvalget foreslo å innføre en rett til å reservere seg mot ECT i en forhåndserklæring. Forhåndserklæringen måtte være skriftlig, datert, underskrevet og godkjent (av en tvangsbegrensningsnemnd). Erklæringer skulle godkjennes dersom personen er beslutningskompetent i spørsmålet om å reservere seg mot ECT. Erklæringen kunne gjelde i inntil ti år, men når som helst trekkes tilbake. En tilbaketrekking skulle være skriftlig, datert og underskrevet og sendes fylkesmannen (nå statsforvalteren).

Se nærmere omtale av Tvangslovutvalgets forslag i NOU 2019: 14 punkt 25.6.5.

5.3.5 Høringsinstansenes syn

5.3.5.1 Høringen av Tvangslovutvalgets forslag i 2019

En del instanser er positive til å lovregulere adgangen til bruk av ECT uten samtykke fordi det er uholdbart at dagens praksis er hjemlet i strafferettslig nødrett. Dette gjelder blant annet *Helsedirektoratet*. Mange av disse er imidlertid uenig i

vilkårene for ECT uten samtykke. Mange uttaler at ECT vil kunne være livreddende behandling for alvorlig deprimerte pasienter med næringsvegring og dehydrering. I disse situasjonene bør ECT også kunne brukes selv om pasienten gjør motstand.

Hesledirektoratet støtter forslaget om at tiltaket ikke skal kunne iverksettes ved motstand, men mener behandlingen bør kunne forlenges utover to uker. De viser til at noen pasienter vil bruke betydelig lengre tid enn to uker på å bli tilstrekkelig bedret til å være i stand til å samtykke til forlengelse av behandlingen.

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) og *Sivilombudsmannen* (nå Sivilombudet) anbefaler departementet å vurdere om forslaget er i tråd med menneskerettighetene. Sivilombudsmannen viser særlig til at tiltaket er inngripende, kunnskapsgrunlaget for effekt usikkert og at noen pasienter opplever alvorlige bivirkninger etter behandlingen. Sivilombudsmannen viser også til sine funn om bruk av ECT på grunnlag av nødrett etter besøk ved noen sykehus i 2017 og 2018. Besøkene viser at tiltaket ser ut til å bli praktisert på en måte som fremstår som ulovlig. Det samlede tvangsomfanget der ECT blir gitt på grunnlag av nødrett medfører etter Sivilombudets vurdering en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Likestillingsombudet (LDO) mener det er tvilsomt om forslaget er i tråd med menneskerettighetene. *Fylkeseldrerådet i Hordaland*, *Informasjonssenteret Hieronimus*, *Landsforeningen – We Schall Overcome*, *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)*, *Advokatforeningen* og *LDO* støtter mindretallet Erichsen og Gitlesen sitt forslag om at ECT bare kan brukes dersom pasienten samtykker eller har uttrykt ønske om ECT i en forhåndserklæring basert på fritt og informert samtykke.

Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende (LUPE) og *Mental Helse Norge* støtter mindretallet Vagles forslag om en midlertidig hjemmel med påfølgende evaluering.

Mental Helse Norge viser til at de har medlemmer som både har positive og negative erfaringer med bruk av ECT. De støtter utvalgets flertall i at ECT kun kan benyttes der personen ikke motsetter seg tiltaket. Mental Helse er opptatt av økt kunnskap om denne behandlingsformen, og ønsker mer forskning på området.

Hesledirektoratet, *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*, *Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende (LUPE)*, *Mental Helse Norge*, *FFO*, *Statens helsetilsyn* og *Norsk*

sykepleierforbund støtter innføring av reservasjonsordninger for ECT.

En del helseforetak er kritiske til forslaget om reservasjonsrett. Det vises blant annet til at det kan være vanskelig å avgjøre om personen er beslutningskompetent for et så alvorlig tema og med ti års virkning. Det kan også være vanskelig for en person å forutsi hvor alvorlig en sykdomsepisode vil kunne bli, og hva konsekvensene av å reservere seg vil være.

5.3.5.2 Høring om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget i 2021

Generelt

Høringsinstansene ble inviterte til å komme med innspill til hva som må til for å lykkes med innføring av et nytt regelverk for bruk av tvang. Det ble ikke lagt opp til ny høring av forslagene fra Tvangslovutvalget, men det ble gjort rede for hvordan departementet så langt hadde vurdert at de sentrale forslagene fra Tvangslovutvalget burde følges opp. Departementet la til grunn at adgangen til å bruke ECT uten samtykke skulle reguleres i lov. ECT uten samtykke skulle bare kunne brukes dersom personen ikke motsetter seg tiltaket og unnlattelse av å gi ECT i løpet av få uker, vil føre til alvorlig fare for personens liv. Det skulle bare kunne treffes ett vedtak om bruk av ECT i inntil to uker. Samtykkekompetente pasienter skulle kunne reservere seg mot ECT i en forhåndserklæring. Det skulle ikke kreves at personen hadde egen erfaring med bruk av ECT.

Helse Førde, *Overlegegruppa ved Psykiatrisk klinikk i Helse Førde*, *Brukerutvalget i Helse Sør-Øst* og *Lovisenberg diakonale sykehus* støtter forslaget.

Legeforeningen støtter forslaget til lovendring om ECT og mener at det kan innføres uten vesentlige endringer i tjenestene.

Lovisenberg diakonale sykehus mener at ECT med grunnlag i nødrett ikke er et svært inngripende og omstridt behandlingstiltak. De skriver:

«Vi mener det er faglig feil når dette omtales som et tiltak med høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Høringsutkastet refererer at Sivilombudet, ut fra en enkeltsak, har omtalt ECT som svært inngripende og omstridt. Vi deler ikke denne oppfatningen. ECT er vurdert som en faglig godt dokumentert behandling med gode resultater ved alvorlige affektive lidelser

(jf. IS-2629 Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling, Helse- direktoratet 2017).

Da bør heller ikke lovverket (inkl. forarbeidene) referere til ECT som «svært inngripende» eller «omstridt». Ved å gjøre det, kan formuleringer som dette med svakt begrunnede særregler som følge, i stedet bidra til å redusere mulighetene for pasienter med psykisk lidelse å få effektiv behandling når de trenger det; de kan miste muligheten til å få «en godt dokumentert behandling med gode resultater», hvis de blir så alvorlig syke at de mister samtykkekompetansen. ECT er strengt tatt ikke mere inngripende enn f.eks. dialyse ved akutt nyresvikt, eller mange andre av de prosedyrene som benyttes i somatisk medisin.»

Brukerutvalget Helse Sør-Øst støtter utvalgets flertall i at ECT bare skal kunne benyttes der personen ikke motsetter seg tiltaket. De skriver:

«Vi er av den oppfatning at kunnskapsgrunnlaget knyttet til bruk av ECT er mangelfullt, og vet at forskning på ECT kan være problematisk. Brukerutvalget er likevel opptatt av økt kunnskap om denne behandlingsformen, og vi ønsker oss mer forskning på området. Erfaringskunnskapen må også gjøres til en gyldig faktor i kunnskapsgrunnlaget.»

Helse Førde HF skriver:

«Vi støtter også at det må fattes vedtak da dette gir sikkerhetsgaranti og klageadgang både for pårørende og for pasientene. Vi finner imidlertid at slikt vedtak burde kunne gjelde for minst tre uker. Dette fordi to uker kan være for kort tid til å oppnå nødvendig effekt. Dette er særs viktig dersom vedtaket ikke skal kunne fornyes (...)

Overlegegruppa ved psykiatrisk klinikk i Helse Førde mener at avsnittet i høringsnotatet som handler om usikkerheten om hvordan ECT leder til symptomlette ikke er relevant for aktuelle diskusjon. Den samme usikkerheten gjelder for psykotrop medikasjon og for en rekke somatiske behandlinger.

Vi finner videre at beskrivelsene om at den kliniske erfaringen er like fullt at mange pasienter som ikke har nytte av annen behandling, kan ha stort utbytte av ECT ikke gir en riktig beskrivelse av ECT som behandling. Det mangler nok gode studier på dette feltet, men

det er utvilsomt at ECT har god og rask effekt hos mange pasienter med endogen alvorlig depresjon. Videre er ECT anbefalt behandling ved katatoni og MNS.

(...)

Vi synes den generelle infoteksten om ECT bærer preg av en negativ holdning til ECT som effektiv behandling for alvorlig og livstruende depressive tilstander. Det kan synes som at ideologiske holdninger mot ECT har påvirket forslaget. Ut fra klinisk erfaring med ECT på riktig indikasjon for pasienter med livstruende depressiv lidelse, så oppfattes den lange reservasjonsretten uten selv å ha forsøkt behandlingen, som vanskelig å forstå.»

Helse Midt-Norge RHF ser ikke den logiske sammenhengen i at livreddende tvangsernæring skal kunne gis ved hjelp av mekaniske innretninger mens livreddende ECT -behandling ikke skal kunne gis uten samtykke. RHFet skriver:

«Forslaget oppleves tendensiøst, noko som oppleves leit på pasientens vegne. Desse reglane set ECT i eit svært spesielt lys. Blir dette vedtatt, må lovgjevar vere klar over at nokre få pasienter kan miste eit livreddande tilbod. Eksempel på dette er polymorf psykose som er så omfattande at pasienten må ha tre ECT iltre dagar. Det vil vere vanskelig å få tilatelse hos slike pasientar, dei vil ikkje vere i stand til å gi samtykke. I slike tilfelle kan vi ikkje vente på godkjenning hos ei nemnd, da vil det vere for seint. ECT skal sjølv sagt ikkje gis på feil indikasjon, og hos dei aller fleste vil behandlinga vere basert på samarbeid og samtykke. Viss det skal gå an å reservere seg mot ECT behandling, bør det også bli mulighet for å gi skriftleg forhåndstillatelse.»

Advokatforeningen skriver:

«Tvangslovutvalget foreslår en meget begrenset adgang til bruk av såkalt elektrokonvulsiv behandling (ECT) dersom det ikke foreligger samtykke fra pasienten. Ifølge forslaget kan slik behandling kun være aktuelt uten samtykke dersom det er fare for pasientens liv, og pasienten ikke selv er i stand til å ta en beslutning. Advokatforeningen er enig i at denne begrensede adgangen fremstår som velbegrunnet. ECT bør aldri finne sted dersom en pasient motsetter seg behandlingen. Samtidig vil Advokatforeningen understreke at ECT er så omstridt og potensielt skadelig at frivillig

basert bruk av ECT må betinge et klart informert samtykke.»

Informasjonssenteret Hieronimus er sterkt imot forslaget. Informasjonssenteret skriver blant annet:

«Elektrosjokk utan samtykke kan berre møtast med totalforbod. Inga anna løysing er etisk akseptabel. Dette av di det er svært mange som har fått varige skadar på hugset sitt av slik behandling, noko som òg er dokumentert av kjende fagfolk (...) Diverre er det framleis nokre psykiatrar som møter både slike studiar og brukarrøynslar med forneking. Norske helsestyresmakter burde vera forbi dette stadiet. I tillegg bør det vera eit føre var-prinsipp når det er risiko for varige skadar. Underteikna fekk aldri hugset attende etter tvungen elektro-sjokkbehandling i 2004.

Å bruka fare for personens liv som argument for elektrosjokk utan samtykke er meiningslaust. Det er hundretusenvis av personar som har sjølvordstankar, og det er ikkje mogleg å spå kven av desse som vil gjennomføra eit sjølvord. Difor vil ei slik grunngeving for elektrosjokk kunna brukast urettvist og urettmessig mot mange.

Dersom det vert gjeve elektrosjokk fordi personen ikkje gjer motstand, kan det likevel vera eit grovt overgrep, av di det kan henda at personen er så langt nede og så nedbroten at han/ho anten ikkje klarar eller vågar å seia nei. Slik kan det vera sjølv om personen er sterkt imot elektrosjokk. Dette er eit overgrep mot dei aller mest sårbare personane.

(...) Det å opna opp for elektrosjokk utan samtykke, om tilgjenge til dette er aldri så «snevert», kan medføra ein farleg skråplan-effekt. Det vil snart koma ein praksis som går lenger enn lova tillèt (som vanleg er i psykiatrien) og det vil koma krav frå psykiatrar om å utvida tilgjenge til elektrosjokk utan samtykke.»

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) støtter ikkje forslaget om lovfesting av adgang til å bruke ECT utan samtykke. Ombudet merker seg at departementet, til tross for at dokumentasjonen for effekt av ECT er av lav kvalitet og anbefalingene er gradert som svake, mener at ECT utan samtykke i noen helt få tilfeller vil kunne være medisinsk nødvendig og forsvarlig som livreddende tiltak. Flertallets forslag til lovregulering er ifølge ombudet uklart og gir ikke signal

om at utgangspunktet er et forbud med klart definerte vilkår for unntak. Ombudet anbefaler at det innføres et forbud mot bruk av ECT uten samtykke for å unngå risiko for menneskerettsbrudd. Dersom konklusjonen likevel blir at departementet vil gå videre med forslag som gir adgang til dette, mener LDO subsidiært at hjemmel bør gis i form av en forbudsregel som det så gis en snevert definert adgang til unntak fra.

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) og *Sivilombudsmannen (nå Sivilombudet)* støtter heller ikke forslaget som de mener går for langt i å tillate ECT.

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) skriver:

«NIM er i utgangspunktet samde med både utvalet og departementet i at det ikkje er ein haldbar rettstilstand at ECT utan samtykke vert gitt på bakgrunn av naudrett, og utan tilstrekkelege rettstryggleiksgarantiar. NIM etterlyste i førre høyringsrunde eit ytterlegare kunnskapsgrunnlag for effektane av ECT, og tilrådde departementet å utgreie, vurdere og nærare grunngi det medisinske kunnskapsgrunnlaget for behandlinga. Når det gjeld bruken av ECT kan me ikkje sjå at det i notatet vert lagt fram ytterlegare kunnskapsgrunnlag utover det som er nemnt i Tvangslovutvalet si utgreiing.

NIM har i likskap med Sivilombudet og LDO, på bakgrunn av det snevre kunnskapsgrunnlaget og at behandlingmetoden er svært omstridt og inngripande, stilt spørsmål ved om ECT utan eit fritt og informert samtykke er i tråd med menneskerettane. NIM meiner at det i utgangspunktet bør gjelde eit forbod mot ECT utan samtykke. Først når det blir etablert eit tilstrekkeleg kunnskapsgrunnlag for at behandlinga vil vere forholdsmessig, kan ein vurdere om det skal kunne gjerast unntak frå eit slikt forbod.»

We shall Overcome skriver.

«Kunnskapsgrunnlaget utvalget refererer til viser lav evidens for effekt av ECT ved alle indikasjoner, høyt tilbakefall og ikke langvarig bedring. Det er ikke sammenheng mellom kunnskapsgrunnlaget som presenteres og lovforslaget.»

Sivilombudsmannen (nå Sivilombudet) mener at ECT som har et svakt kunnskapsgrunnlag mot pasientens vilje er brudd på menneskerettig-

hetene. Ombudet viser særlig til at tiltaket er inn- gripende, kunnskapsgrunnlaget for effekt usik- kert og at noen pasienter opplever alvorlige bivirkninger etter behandlingen. De viser også til sine funn om bruk av ECT på grunnlag av nødrett etter besøk ved noen sykehus i 2017 og 2018. Besøkene viste at tiltaket ser ut til å bli praktisert på en måte som fremstår som ulovlig. Det sam- lede tvangsomfanget der ECT blir gitt på grunn- lag av nødrett medfører etter Sivilombudets vurdering en høy risiko for å utsette pasienter for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Fylkeseldrerådet i Hordaland, Informasjons- senteret Hieronimus, Landsforeningen – We Shall Overcome, FFO, Gatejuristen og LDO støtter mindretallet Erichsen og Gitlesen sitt forslag om at ECT bare kan brukes dersom pasienten samtykker eller har uttrykt ønske om ECT i en forhåndserklæ- ring basert på fritt og informert samtykke.

Brukerutvalget Helse Sør-Øst støtter mindre- tallsforslaget om at bestemmelsen skal evalueres etter tre år. De skriver:

«Ved behandling med ECT uten samtykke, der lovbestemmelsen iverksettes midlertidig med en grundig evaluering etter tre år, og at denne treårsperioden følges opp med forskning når ECT benyttes. På denne måten kan det utvikles et bedre kunnskapsgrunnlag for denne typen behandling.»

Reservasjonsadgang

Helse Førde HF, Gatejuristen og Mental helse støtter forslaget om reservasjonsadgang.

Helse Førde HF viser til at spesialister har ulikt syn på reservasjonsrett og at bekymringen i hovedsak er knyttet til at reservasjonsretten ved ECT vil kunne føre til at pasienter som en kunne gitt god helsehjelp ved bruk av ECT vil kunne dø. Det blir framhevet at det vil være belastende for helsepersonell å stå i slike dilemma. Det vil også være vanskelig for pårørende å stå i situasjoner der pasienten har reservert seg. *Helse Førde* støtter likevel reservasjonsretten på et prinsipielt grunnlag av hensyn til pasientens rett til selv- bestemmelse.

Gatejuristen skriver:

«Gatejuristen applauderer at det foreslås inn- ført en reservasjonsrett ved tvangsmedisine- ring og bruk av ECT. Som rettshjelpere erfarer vi imidlertid til daglig den store forskjellen mange sårbare grupper opplever mellom å ha

rett og få rett. Vi påpeker at anvendelse av reservasjonsretten forutsetter at pasienter fak- tisk får informasjon om denne retten og at den kan realiseres på en lettvinnt måte. Vi opp- fordrer lovgiveren til å utforme loven på en måte som sikrer at aktuelle pasienter faktisk får benyttet seg reservasjonsrett når de ønsker det.»

Mental helse mener at dette er et viktig forslag som bidrar til å styrke den enkeltes selvbestem- melse og autonomi. *Mental Helse* mener at det må være enkelt for brukeren å bruke reservasjons- adgangen, at den må være tilgjengelig i journal og at den bør kunne levers digitalt.

Overlegegruppen ved Psykiatrisk klinikk i Helse Førde er derimot imot innføring av reservasjons- rett. Overlegegruppen mener at når vilkårene for vedtak om ECT uten samtykke er så strenge som de er (at uten behandling vil pasienten dø i løpet av noen uker), burde det ikke være behov for en reservasjonsrett. De mener at en reservasjonsrett mot ECT kan være i strid med menneskerettig- hetene. De skriver:

«Vi synes det er merkelig at man i et land med nullvisjon for selvmord kan synes det er greit at pasienter skal kunne «ta livet sitt» ved å reser- vere seg mot behandling av depresjon, som har en sterk sammenheng med et ønske om ikke å ville leve eller å aktivt ta sitt eget liv. En person med depresjoner kan være samtykkekompe- tent, men i perioder ha fluktuerende depres- sive symptomer og suicidalitet. Hvordan vil sistnevnte påvirke slike pasienters tanker om å reservere seg?

(...)

Vi mener at planlagt innføring av ved- taksplikt for ECT uten samtykke vil bidra til en stor bedring av situasjonen og foreslår at departementet avventer med reservasjonsrett og heller setter ned en gruppe som kan se nær- mere på praksisen og erfaringene som vil komme med slike vedtak om ECT-behandling uten samtykke.

Overlegegruppen ved psykiatrisk klinikk i *Helse Førde* tror ikke nødvendigvis at det vil være mange pasienter som reserverer seg mot bruk av ECT uten samtykke. Konsekvensen for de som gjør det vil imidlertid kunne bli dødelig. Vi finner derfor at departementet forut for eventuell innføring av slik reserva- sjonsrett bør forsøke å innhente opplysninger fra pasienter som har blitt gitt ECT på nødrett samt fra disse pasientenes pårørende.»

5.3.6 Departementets vurderinger og forslag

Høringsinstansene er delt i synet på lovreguleringen av ECT. Noen høringsinstanser mener at det bør innføres forbud mot å bruke ECT uten samtykke. Andre mener at det også bør være adgang til å bruke ECT når pasienten motsetter seg.

ECT uten samtykke er et klart inngrep i pasientens integritet og selvbestemmelse. Etter EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102 som verner retten til privatliv, er et inngrep lovlig dersom det har hjemmel i lov, ivaretar et legitimt formål og er forholdsmessig («nødvendig i et demokratisk samfunn»).

Dagens bruk av ECT uten samtykke baseres på ulovfestet nødrett med analogi til straffelovens straffrihetsgrunn. 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 (nå Sivilombudet) i en besøksrapport fra Stavanger universitetssykehus fra mai 2017.

Det har over tid vært en betydelig strid i juridisk litteratur om rekkevidden av strafferettslig nødrett i helseretten. Tvangslovutvalget mente at dagens rettstilstand der ECT uten samtykke begrunnes i strafferettslig nødrett, var uholdbar, blant annet sett i forhold til de kravene menneskerettighetene stiller. Innholdet i den strafferettslige nødrettsnormen er uklart, og det er vanskelig å styre klinisk praksis med et så vagt rettslig utgangspunkt. CRPD-utvalget mente at dersom ECT fortsatt skulle brukes uten samtykke, måtte vilkårene og pasientens prosessuelle rettigheter lovfestes (Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter- Inkorporering i menneskerettsloven-Del I Inkorporering og behovet for lovendring punkt 10.3.2.).

Departementet mener at det er uheldig at ECT i dag gjennomføres med grunnlag i ulovfestet nødrett med analogi til straffelovens straffrihetsgrunn og ikke etter en klar lovhjemmel og med rettssikkerhetsgarantier som krav til prosessen og klagerett. En lovregulering med krav om å treffe vedtak ved bruk av ECT, vil også gjøre det enklere å føre tilsyn med virksomheter som bruker ECT og å få en nasjonal oversikt over bruken. Lovfesting vil dessuten i større grad ivareta kravet om at inngrep mot borgerne må ha hjemmel i lov (legalitetsprinsippet) som blant annet er nedfelt i Grunnloven § 113 og EMK artikkel 8.

Departementet slutter seg derfor til Tvangslovutvalgets vurdering og forslaget om at adgan-

gen til å bruke ECT reguleres uttømmende i helselovgivningen. Det skal altså ikke lenger være adgang til å bruke ECT med grunnlag i ulovfestet nødrett med analogi til straffelovens straffrihetsgrunn.

Det er betydelig uenighet blant høringsinstansene om nytten av ECT og om hvor inngripende behandlingen er. Departementet har særlig merket seg at flere høringsinstanser, blant annet *Lovisenberg diakonale sykehus*, mener at Tvangslovutvalget og departementet i høringsnotatet fra 2021, gir inntrykk av at ECT er mer inngripende og uenigheten i fagmiljøet om nytten av ECT i fagmiljøene større, enn det er grunnlag for.

Selv om ECT ikke har et solid forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, har erfaringer fra klinisk praksis vist at tiltaket kan være livreddende. Dette gjelder særlig for alvorlig deprimerede pasienter som har sluttet å ta til seg næring. Det går fram av den nasjonale faglige retningslinjen om bruk av ECT at behandlingen kan være aktuell for pasienter som ikke har nytte av annen behandling og særlig ved alvorlig depresjon.

Helsedirektoratet har opplyst at bakgrunnen for at den nasjonale faglige retningslinjen har svake anbefalinger for bruk av ECT, er begrenset vitenskapelig dokumentasjon av høy kvalitet. Når det gjelder bruk av ECT uten pasientens samtykke, såkalt «coerced ECT» finnes det så vidt departementet vet ingen randomiserte studier som har undersøkt ECT versus annen behandling eller placebo (sham). Mangelen på dokumentasjon skyldes blant annet at pasienter som har så alvorlige symptomer at det vurderes som aktuelt å bruke ECT uten samtykke, sannsynligvis ikke vil bli inkludert i et randomisert forsøk der ECT er en av behandlingsstrategiene.

Departementet legger til grunn at klinisk erfaring og praksis viser at ECT i noen tilfeller kan være livreddende og at et totalforbud vil kunne føre til at helsetjenesten i noen situasjoner ikke kan gi helsehjelp som er nødvendig for å redde livet til pasienten. Departementet slutter seg derfor til Tvangslovutvalgets vurdering av at det bør være en snever adgang til å bruke ECT som livreddende tiltak. Forslaget har altså som formål å ivareta personens helse. Det er et av de legitime formålene etter EMK artikkel 8.

Departementet støtter videre Tvangslovutvalgets vurdering av at ECT uten samtykke bare skal kunne brukes dersom unnløstelse av å gi ECT i løpet av få uker vil føre til alvorlig fare for personens liv.

For at tiltaket skal være i overensstemmelse med EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102 må det

også være forholdsmessig. I det ligger det at belastningene ved inngrepet må stå i et rimelig forhold til det som skal oppnås ved tiltaket.

Det følger av det menneskerettslige forholdsmessighetsprinsippet at et tiltak ikke vil bli vurdert som nødvendig dersom det finnes andre, mindre inngripende, tiltak som i tilstrekkelig grad vil ivareta formålet. Noen høringsinstanser, blant annet *Sivilombudet*, spør om det er nødvendig å kunne bruke ECT uten samtykke. Ombudet stiller blant annet spørsmål ved om det for alvorlig deprimerede pasienter som har sluttet å ta til seg næring, kan være et bedre og mindre inngripende alternativ å gi pasienten næring intravenøst. Sivilombudet viser blant annet til at det bare er om lag 30 prosent av sykehusene som bruker ECT med grunnlag i nødrett.

Departementet vil bemerke at det foreløpig ikke finnes pålitelige tall når det gjelder nødrettspraksis i Norge. Intravenøs (parenteral) ernæring behandler dessuten ikke depresjon. Et slikt tiltak vil derfor i hovedsak bli iverksatt for å opprettholde «status quo» eller opprettholde liv. De fleste som kommer i en slik alvorlig depressiv tilstand at ECT uten samtykke kan være nødvendig, er eldre mennesker, som har lav toleranse for langvarig sengeleie. Å gi slike pasienter intravenøs næring over tid kan dermed være mer inngripende og mer skadelig enn ECT.

ECT er et inngripende tiltak. ECT skal derfor bare kunne gis uten samtykke dersom pasienten mangler kompetanse til å ta beslutninger og ikke motsetter seg behandlingen, og bare som livreddende tiltak. Det kreves altså at det uten behandling, vil være alvorlig fare for personens liv i løpet av få uker. Det vil dermed ikke være nok at pasienten har et sterkt behov for behandlingen. Departementet mener at disse avgrensningene gir et rimelig forhold mellom tiltaket og formålet som tiltaket skal ivareta og at tiltaket dermed er nødvendig og forholdsmessig i relasjon til EMK artikkel 8 og Grunnloven § 102.

Dagens praksis for bruk av ECT kan også omfatte situasjoner der pasienten motsetter seg. Et tydelig vilkår om manglende motstand vil dermed bidra til en strengere innramming. Motstanden kan som i andre bestemmelser i helse- og omsorgslovgivningen der det er et vilkår, komme til uttrykk fysisk og verbalt, men også i form av tidligere uttrykt negativ holdning.

Departementet legger til grunn at motstand skal forstås på samme måte i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Se nærmere omtale i punkt 6.1.

Etter EMK artikkel 3 er det forbudt å utsette noen for tortur eller «umenneskelig eller nedver-

digende behandling». Det samme følger av Grunnloven § 93. Fordi ECT er et inngripende tiltak, er det også behov for å vurdere om tiltaket er i strid med denne bestemmelsen. Artikkel 3 setter et absolutt forbud mot tiltak som innebærer tortur eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling. En forholdsmessighetsvurdering vil derfor ikke kunne gjøre slike tiltak lovlige. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har imidlertid i sin praksis lagt til grunn at tiltak som er medisinsk nødvendige og forsvarlige i utgangspunktet ikke er i strid med forbudet i artikkel 3. Som drøftelsen ovenfor viser, mener departementet at ECT uten samtykke i noen helt spesielle tilfeller vil kunne være medisinsk nødvendig og forsvarlig som livreddende tiltak.

Behandlingen vil som nevnt, bare være aktuell overfor personer som er i ferd med å dø som (en indirekte) følge av sin psykiske tilstand. Det vil typisk gjelde personer som har sluttet å ta til seg næring og væske.

Departementet mener at en klar lovhjemmel og en svært snever adgang til å bruke ECT uten samtykke ikke er i strid med retten til vern om privatliv etter EMK artikkel 8, jf. Grunnloven § 102 eller forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling og straff etter EMK artikkel 3, jf. Grunnloven § 93.

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9. Departementet ser at det vil kunne være vanskelig å avgjøre om en pasient vegrer seg for å ta til seg væske og næring fordi han eller hun er «trette av dage» eller som følge av en alvorlig depresjon som vil kunne behandles. Departementet mener at grensedragningen må inngå i vurderingen av om vilkårene for bruk av ECT som pasienten ikke motsetter seg er oppfylt.

Flere høringsinstanser, blant annet *Helsedirektoratet*, mener at to uker gir en for begrenset adgang til bruk av ECT som pasienten ikke motsetter seg. Departementet ser at to uker kan være kort tid for noen pasienter. Departementet legger likevel til grunn at ECT for langt de fleste, og spesielt de som er veldig dårlige, vil ha stor effekt i løpet av kort tid. Departementet er også enig med Tvangslovutvalget i at to uker gir en rimelig avveining av hensynet til pasientens integritetsvern og hensynet til å gi pasienten nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Departementet støtter derfor utvalgets forslag om at vedtak om bruk av ECT bare skal kunne gjelde for inntil to uker i samme behandlingsserie. Eventuell ytterligere bruk av ECT i en

behandlingsserie må dermed baseres på et gyldig samtykke fra pasienten selv.

Etter psykisk helsevernloven treffes det først vedtak om tvungent psykisk helsevern og så eventuelt vedtak om behandling uten eget samtykke. Krav om at det først skal treffes vedtak om tvungent vern gir pasienten et sterkt rettslig vern ved at alle vilkårene for vedtak om tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven § 3-3 må være oppfylt før det kan bli aktuelt med tvangsbehandling.

Departementet viser på den annen side til at pasienter som legges inn frivillig, kan være like dårlige som pasienter som legges inn på tvungent psykisk helsevern. Det kan dessuten bare treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern hvis pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Alvorlige depresjoner vil ofte ikke bli vurdert som en alvorlig sinnslidelse.

Tvangslovutvalget foreslo å avvikle ordningen med at det først treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern og at fokus isteden skulle rettes mot vilkårene for de individuelle behandlings- og omsorgstiltakene. Departementet foreslår i denne proposisjonen at pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg, også skal gjelde for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, se punkt 6.1. I det ligger det blant annet at det skal kunne besluttes behandling med legemidler etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 for personer som mangler beslutningskompetanse, men som ikke motsetter seg behandlingen. En slik beslutning vil ikke kreve at det først treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern. Departementet mener at regelverket på dette punktet bør være likt for elektrokonvulsiv behandling og legemiddelbehandling. Departementet foreslår derfor at det ikke skal kreves vedtak om tvungent psykisk helsevern før det gis elektrokonvulsiv behandling.

Dersom de foreslåtte vilkårene for bruk av ECT som pasienten ikke motsetter seg er oppfylt, vil behandlingen kunne gjennomføres både på pasienter som er innlagt under tvungent psykisk helsevern, pasienter som er innlagt etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og pasienter som hadde beslutningskompetanse i spørsmålet om innlegging og dermed er innlagt med grunnlag i samtykke. Departementet ser likevel behov for å ha særlig tydelige rammer for bruk av ECT som pasienten ikke motsetter seg. Departementet foreslår derfor at tiltaket reguleres i en egen bestemmelse i psykisk helsevernloven, at det skal treffes et vedtak om bruk av

ECT og at det skal være klageadgang til kontrollkommisjonen. Departementet foreslår også at dette skal gå tydelig fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

Vedtak om behandling av pasienter som mangler beslutningskompetanse, med legemidler, må treffes av faglig ansvarlig lege som er spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 a og psykisk helsevernloven § 5. Departementet mener at det samme bør gjelde for vedtak om bruk av ECT og at det bør tas inn i psykisk helsevernloven § 5.

Tvangslovutvalget foreslo i tillegg at bruk av ECT må være anbefalt av en lege som har erfaring med bruk av behandlingsformen, er uavhengig av den vedtaksansvarlige og har undersøkt personen. Loven har ikke tilsvarende krav til vedtak om behandling med legemidler. Dersom det er truffet vedtak om tvungent psykisk helsevern vil pasienten allerede ha vært undersøkt av en lege som er uavhengig av institusjonen, jf. psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 kreves det at den som er ansvarlig for helsehjelpen tar beslutningen om å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten etter samråd med annet helsepersonell, se omtale i punkt 6.1.

Departementet viser til at det går fram av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand der det er nødvendig. Det gjelder dermed også for helsepersonell som gjennomfører ECT-behandling. Departementet mener likevel at det er behov for å framheve at det må gjøres ekstra grundige vurderinger før det treffes vedtak om ECT. Departementet foreslår derfor at det, som for vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven § 4-4 a, skal stilles krav om at vedtak om bruk av ECT skal treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell og at det i vedtaket skal opplyses om oppfatningen til annet kvalifisert helsepersonell.

Se utkastet til psykisk helsevernloven § 4-4 b og pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

Departementet støtter forslaget om å evaluere den foreslåtte bestemmelsen om bruk av ECT uten samtykke etter senest tre års virketid. Departementet vil be Helsedirektoratet om å gå i dialog med relevante fag- og forskningsmiljøer om hvordan en evaluering best kan innrettes, og på grunnlag av dette oversende departementet et forslag til gjennomføring.

Retten til selvbestemmelse, som blant annet er nedfelt i menneskerettighetene, taler for at beslut-

ningskompetente personer bør kunne reservere seg mot framtidig elektrokonvulsiv behandling. Det kan på den annen side være vanskelig å forutse hvor alvorlig en sykdomsperiode vil kunne bli og konsekvensene av å reservere seg mot en type behandling. En forhåndsreservasjon kan innebære at helsetjenesten kan komme i en situasjon der det ikke kan gis helsehjelp som kunne vært livreddende.

Høringsinstansene er også delte i synet på reservasjonsrett. Tvangslovutvalget la opp til at det skal etableres et system med formkrav til og formell godkjenning av reservasjonen.

Departementet foreslår i denne proposisjonen at pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser om helsehjelp til pasienter som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg skal gjelde uavhengig av diagnose og hvilken behandling som tilbys. Unntak vil imidlertid gjelde for vedtak om ECT, som vil lovreguleres særskilt i psykisk helsevernloven. Motstand skal likevel forstås på samme måte etter den nye bestemmelsen om ECT i § 4-4 b som etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Dersom en pasient på et tidspunkt da vedkommende fortsatt var beslutningskompetent har gitt uttrykk for at han eller hun ikke ønsker å motta ECT selv om vedkommende skulle komme i en

situasjon der helsepersonell mener at det kan være livreddende, må det respekteres. Dersom pasienten uttrykker sin motstand overfor helsepersonell, må pasientens synspunkter journalføres. Departementet mener dette langt på vei gir pasienten en reservasjonsrett uten at det må etableres et eget system. Departementet foreslår derfor ikke noen særskilt rett til forhåndsreservasjon i den nye lovregelen om ECT i psykisk helsevernloven § 4-4 b.

I forhold til dagens praksis innebærer forslaget en innstramming ved at beslutningskompetente pasienter kan nekte ECT, at pasienter som mangler beslutningskompetanse kan motsette seg ECT og ved at adgangen til bruk av ECT uten samtykke begrenses til inntil to uker. Forslaget innebærer også en styrking av de formelle rettsikkerhetsgarantiene ved bruk av ECT, særlig ved at det må treffes vedtak som vil være gjenstand for rettslig kontroll, blant annet en klageadgang for pasientens nærmeste pårørende.

Den nasjonale retningslinjen gir en sterk anbefaling om å ikke tilby barn under 16 år ECT. Spørsmålet om aldersgrense har ikke vært hørt. Departementet foreslår derfor ikke en absolutt nedre aldersgrense for iverksetting av ECT med grunnlag i foreldresamtykke.

6 Bedre pasientforløp

6.1 Utvidet mulighet for å gi helsehjelp til pasienter som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg

6.1.1 Innledning

Departementet foreslår at dagens særregel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd oppheves slik at muligheten for å gi helsehjelp i form av undersøkelse og behandling til personer som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg, blir uavhengig av om pasienten har psykiske eller somatiske helseutfordringer. Dette betyr at pasienter med «alvorlig sinnslidelse» som ikke motsetter seg helsehjelpen, også kan gis helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, ikke bare etter psykisk helsevernloven som i dag. Dermed vil noen flere alvorlig syke pasienter kunne gis behandling for sin alvorlige sinnslidelse uten tvangsvedtak.

Departementet foreslår at kontrollkommisjonen for psykisk helsevern skal utføre en legalitetskontroll av beslutninger om å gi helsehjelp til personer med alvorlig sinnslidelse som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg den tilbudte helsehjelpen. Kontrollkommisjonens leder skal underrettes om beslutninger om å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienter som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse. Kontrollkommisjonens leder skal få kopi av de relevante delene av pasientens journal og så snart som mulig forvise seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at avgjørelsen bygger på en vurdering av vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd og tredje ledd.

Departementet foreslår videre at kontrollkommisjonen hver sjette måned etter at beslutningen er tatt, av eget tiltak, skal vurdere om lovens vilkår for å gi helsehjelp for pasientens alvorlige sinnslidelse er oppfylt.

6.1.2 Gjeldende rett

Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse,

og som antas å ha en alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd.

Vilkårene for innleggelse og behandling i døgningstusjon i psykisk helsevern av pasienter som mangler samtykkekompetanse (tvungent vern og behandling uten eget samtykke) er de samme uavhengig av om pasienten motsetter seg innleggelsen eller ikke. Dette går fram av psykisk helsevernloven kapittel 3.

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 spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, 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 spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.

Dette går fram av psykisk helsevernloven § 1-2.

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, kan ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår (konverteringsforbudet). Dette gjelder likevel ikke når utskriving innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

Dette går fram av psykisk helsevernloven § 3-4.

Ved andre former for helsehjelp enn undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd, gjelder ulike regler for personer

som mangler samtykkekompetanse, avhengig av om de motsetter seg helsehjelpen eller ikke. Når pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan gis dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Helsehjelpen kan besluttes av den som er ansvarlig for helsehjelpen etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Helsehjelp kan likevel ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

Bestemmelsen gjelder også for personer med psykiske lidelser som ikke anses som «alvorlig sinnslidelse» for eksempel pasienter med angst eller depresjon. Når pasienten motsetter seg somatisk helsehjelp, gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Når pasienten er under 16 år, er hovedregelen at foreldrene eller andre med foreldreansvaret kan samtykke til helsehjelpen, også når pasienten motsetter seg. De som har foreldreansvaret, har videre rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse. Helsehjelp kan likevel ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

Dersom barnevernet har overtatt omsorgen for barnet, har barnevernet rett til å samtykke til helsehjelp.

Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 og 4-5.

6.1.3 Utvalgenes forslag

Paulsrud-utvalget foreslo blant annet at faglig ansvarlig skulle kunne treffe vedtak om etablering av frivillig psykisk helsevern ved undersøkelse eller behandling av pasienter over 16 år som mangler beslutningskompetanse, men som ikke motsetter seg helsehjelpen. Vedtaket skulle ikke kunne iverksettes eller gjennomføres dersom pasienten motsetter seg. Se nærmere omtale i NOU 2011: 9 punkt 13.6.1.

Samtykkeutvalget foreslo at undersøkelse og behandling i psykisk helsevern av personer som mangler beslutningskompetanse og ikke mot-

setter seg helsehjelpen, skal kunne skje etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Utvalget foreslo videre at tvungent vern skulle defineres som undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som pasienten motsetter seg.

Samtykkeutvalget foreslo også at kontrollkommisjonens leder, dersom pasienten har eller antas å ha en alvorlig psykisk lidelse, skal underrettes og motta kopi av underlagsdokumentene for avgjørelser om helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten. Kontrollkommisjonens leder skulle så snart som mulig gjøre en selvstendig vurdering av om riktig framgangsmåte er fulgt og om avgjørelsen bygger på en vurdering av lovens vilkår.

Samtykkeutvalget støttet dessuten Tvangslovutvalgets vurderinger og lovforslag. Se nærmere omtale i Samtykkeutvalgets rapport punkt 13.4.7.

Tvangslovutvalget foreslo at dagens innretning av psykisk helsevernloven, der det først treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern og deretter eventuelt vedtak om gjennomføring for eksempel av behandling med legemidler uten eget samtykke, skulle erstattes med bestemmelser om adgang til å bruke konkrete tvangstiltak.

Tvangslovutvalget foreslo at innleggelse, opphold og individuelle behandlings- og omsorgstiltak skulle kunne besluttes og gjennomføres overfor en person som har fylt 18 år, mangler beslutningskompetanse og som ikke viser motstand, etter mindre strenge vilkår enn i dag. Vilkårene skulle være at fordelene for personen overstiger ulempene og at personen må antas å ville ha samtykket dersom han eller hun hadde vært beslutningskompetent.

Tvangslovutvalget foreslo videre særskilte vilkår for å treffe vedtak om innleggelse og opphold når en person ikke motsetter seg innleggelse og opphold i helseinstitusjon, men det er sannsynlig at vedkommende vil forsøke å forlate institusjonen i løpet av ti dager uten å få lov til det. Det skulle måtte foreligge fare for personens eget liv eller for at personen skulle bli påført helseskade. Vedtaket skulle kunne ha en varighet på inntil ti dager.

Tvangslovutvalget foreslo også tilleggsvilkår for behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler som personen ikke motsetter seg.

Vedtaket om behandling av psykiske lidelser med legemidler som personen ikke motsetter seg, skulle kunne ha en varighet på inntil tre måneder. Dersom det ikke lykkes å etablere en behandling uten alvorlige uønskede bivirkninger innen tre måneder etter oppstart, måtte det eventuelt treffes et tvangsvedtak. Det samme skulle gjelde

dersom det oppstår slike bivirkninger på et senere tidspunkt. I vurderingen av om det foreligger alvorlige uønskede bivirkninger skulle personen selv og nærmeste pårørende gis mulighet til å uttale seg. Det skulle innhentes uttalelse fra annet kvalifisert helsepersonell.

Se nærmere omtale i NOU 2019: 14 punkt 24.5 og merknadene til utvalgets lovutkast §§ 5-1, 5-2, 6-2 og 6-4.

Tvangslovutvalget foreslo dessuten at motstand skulle forstås som at personer som tilbys helse- og omsorgstjenester framviser en negativ holdning til tilbudet som ikke vil kunne overvinnes uten bruk av tvang. Ved tvil skulle det legges til grunn at det foreligger motstand.

6.1.4 Høringsinstansenes syn

6.1.4.1 Samtykkeutvalgets forslag

Høringsinstansene er delte i spørsmålet om hvilken adgang det bør være til å gi helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg. Flertallet, blant annet *Helsedirektoratet*, *Statens helsetilsyn*, *Helse Vest RHF*, *Helse Sør Øst RHF*, en rekke helseforetak, *Den norske legeforening*, *Fellesorganisasjonen (FO)*, *Kommunesektorens organisasjon (KS)* og flere kommuner støtter forslaget om at det skal være større adgang til å gi helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg.

Helsedirektoratet mener at regelverket på dette området bør harmoniseres med reglene for somatisk helsehjelp.

Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern og rus mener at dette er det viktigste av alle de 33 forslagene fra Samtykkeutvalget. *Helse Stavanger* mener at forslaget vil kunne bidra til et mer verdig tjenestetilbud for pasienter og sikre bedre tilgang til helsehjelp for behandlingstrengende pasienter. *Helse Nord-Trøndelag HF* mener at dette er et meget positivt forslag som vil kunne redusere belastningen på pasient, pårørende og legevakt i utskrivningsprosesser.

Statens helsetilsyn støtter forslaget, men skriver:

«Men som tidligere anført til NOU 2019: 14, innebærer dette imidlertid en fare for at tiltak som personen ikke liker, men ikke motsetter seg verbalt eller på annen måte, vil kunne pågå og utvikle seg over tid med en form for «aksept». Det er viktig at tjenestene er oppmerksomme på at slike forhold kan utvikle seg.

Det er også en fare for at ressursene og hjelpen prioriteres der det er motstand og nedprioriteres der det ikke vises motstand.»

Fellesorganisasjonen (FO) skriver:

«FO synes det er bra at behovet for helsehjelp overfor personer uten samtykkekompetanse trekkes fram. Mennesker med psykisk uhelse har dårligere somatisk helse og kortere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen ellers. Vi synes dessuten forslaget om å legge til rette for at behandlingsforløp som pasienten tidligere har samtykket til fortsetter, selv om samtykkekompetansen skulle bortfalle seinere i behandlingsforløpet, er rimelig.»

Sykehuset i Østfold HF skriver:

«Vi støtter forslaget for å unngå å fatte vedtak på pasienter som er likegyldige til behandlingen. På den ene siden kan det føre til at pasienter som likevel mottar behandling til tross for at de ikke er samtykkekompetente slipper en belastning ved å behandles underlagt TPH. På den andre siden kan det være en bekymring om at pasienter som legges inn på psykiatrisk avdeling samarbeider om innleggelse, men motsetter seg f.eks. medikamentell behandling under innleggelse. Det kan øke risikoen for at det må foretas svært hyppige konverteringer og på den måten skape et utilsiktet problem i akuttkjeden og belaste de allerede pressede akuttavdelingene.»

Statsforvalteren i Oslo og Viken skriver:

«Vi viser til at det er en klar målsetting at det etterstrebes å få til et samarbeid med pasienten om frivillig nødvendig undersøkelse og behandling. Vi erfarer at pasienter klager på vedtak selv om de ønsker behandling. Pasientene oppgir at de ønsker å samarbeide om behandlingen, men at det oppleves som en krenkelse å være underlagt tvang. Krav til vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-4 binder opp betydelige ressurser både hos tjenesten i forbindelse med vedtaksfetting og som førsteinstans, og hos oss som klageinstans. Vi mener at dette er en uhensiktsmessig ressursbruk for alle parter. Vi viser også til at vi mottar tilbakemeldinger fra tjenesten om at dette er uheldig for behandlingsallianse og tillit i behandlingsrelasjonen.»

Helse Vest RHF skriver:

«Helse Vest ynskjer å særleg presisere støtten til dette tiltaket, som åpner for å gje helsehjelp til personar utan beslutningskompetanse, som ikkje yter motstand i psykisk helsevern.»

Helse Sør-Øst RHF mener at en harmonisering av tvangslovgivningen vil kunne gjøre den enklere å forstå og forvalte på tvers av fagområder. Samtidig vil den innebære en betydelig omlegging av forståelsen og håndteringen av tvang og helsehjelp i psykisk helsevern, og kreve et stort arbeid hvis endringene skal innføres på en god måte. De skriver:

«Man vil kunne la være å fatte vedtak for en del pasienter som fikk frivillig behandling før lovendringen i 2017: Pasienter som typisk har en langvarig og godt kjent psykoselidelse, har tillit til hjelpeapparatet og samarbeider om innleggelse og behandling, men som man vanskelig kan si er beslutningskompetente. Noen av disse har opplevd det som stigmatiserende at det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern, og det kan være positivt å kunne gi disse pasientene frivillig behandling. En slik endring vil også føre til redusert dokumentasjon for vedtaksansvarlige. (...) Slik utvalget også drøfter i rapporten, kan lovendringen medføre utfordringer for pasienter uten beslutningskompetanse som er ambivalente til innleggelse, med tanke på at vilkårene i konverteringsforbudet ikke endres. Utvalget viser her til Tvangslovutvalgets drøfting i NOU 2019: 14 kapittel 30, der de anbefaler at det fattes vedtak i forbindelse med innleggelsen hvis det er sannsynlig at pasienten vil ønske å forlate institusjonen i løpet av de nærmeste ti dagene. Det er viktig at utformingen av en ev. lovendring sikrer tydelige føringer for håndtering av potensiell ambivalens.»

Den norske legeforening skriver:

«Det er viktig at begrepet «motstand» defineres og at det lages gode veiledere slik at man unngår unødvendig tvil om når man skal fatte vedtak om tvang. Vurdering av motstand bør også tas inn i det verktøyet som skal lages for å vurdere samtykkekompetanse. Vi vil her også understreke at disse faglige hjelpemidlene må være detaljerte i sin omtale av typetilfeller. Det vil fort oppstå tvil om hvordan man forholder seg til for eksempel ambivalente pasienter og hvor ofte man da må fatte vedtak.»

Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus skriver:

«Vi mener dette vil være mindre stigmatiserende for pasientene og oppleves mer meningsfullt i tjenestene. Dette vil også føre til at ressurser kan gå fra å fatte tvangsvedtak til pasientbehandling. Vi støtter at dette også gjelder for legemiddelbehandling. For mennesker som oppfyller farekriteriene, som ikke har beslutningskompetanse og ikke motsetter seg behandling, kan det likevel være hensiktsmessig å fatte tvangsvedtak fordi konsekvensene av endret holdning til behandling kan akutt få store konsekvenser for samfunnsvernet.»

Bergen kommune støtter forslaget, men mener at det er uklart hvordan pasientgruppen skal ivaretas dersom de under frivillig behandling i enkelt-situasjoner eller periodevis motsetter seg helsehjelpen. Kommunen mener at dette bør utredes ytterligere før endringer iverksettes. Kommunen mener videre at det bør sikres datagrunnlag for å kunne overvåke konvertering direkte og via kommunehelsetjenesten for å kunne evaluere hvordan denne endringen i regelverket påvirker helsehjelpen til denne pasientgruppen og for å kunne registrere regionale forskjeller. Kommunen skriver:

«Utvalget har lagt til grunn at pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd også skal gjelde for pasienter med psykiske lidelser over 16 år. Utvalget vil dermed at «helsepersonell overtar foreldrenes rett til å samtykke på vegne av ungdom som ikke har samtykkekompetanse ved fylte 16 år i psykisk helsevern, jf. pbrl. § 4-5». Bergen kommune mener at det bør forankres i § 4-6 at bestemmelsen også gjelder for personer mellom 16 og 18 år. Bestemmelsen vil ellers være svært misvisende, da det i paragrafens overskrift står at bestemmelsen gjelder personer over 18 år. Alternativt må regelverket harmoniseres slik at helsepersonell kan overta beslutningskompetanse for barn over 16 år også innenfor rammene av pasient- og brukerrettighetsloven.»

Flere høringsinstanser er bekymret for hvordan tjenestene skal klare å vurdere om pasienten motsetter seg og for pasientenes rettssikkerhet. Flere instanser lurer videre på hvordan de skal forholde seg til pasienter som ombestemmer seg.

Mental helse er imot forslaget. Organisasjonen er bekymret for rettssikkerheten til pasientene og

mener at formuleringen «ikke yter motstand» blir for åpen for tolkninger.

Klinikk psykisk helse og avhengighet v/ OUS HF skriver:

«At vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern forutsetter at pasienten motsetter seg psykisk helsevern kan og vil føre til at oppstå mange situasjoner ved innleggelse der pasienter «går med på en innleggelse» i øyeblikket for så å skrive seg ut etter kort tid. Eksempler på slike situasjoner er hos personer med manisk tilstand der motivasjon og innsikt svinger og hos personer som har annen motivasjon enn å ta imot anbefalt behandling, som for eksempel at de vil ha beskyttelse fordi de føler seg forfulgt. Det er spesielt sårbart for den pasientgruppen som i utgangspunktet er verbalt sterke og har et høyt funksjonsnivå, men som har utviklet en alvorlig depresjon gjerne med stemningskongruente vrangforestillinger. Disse pasientene har særlig høy suicidrisiko og det er selv med eksisterende lovverk en klinisk utfordring at disse ofte blir lagt inn frivillig, og gjerne ønsker seg raskt utskrevet mot anbefaling. For disse overnevnte pasienteksempelene vil det nye lovforslaget sannsynligvis medføre en del formålsløse innleggelser, belastende ekstrarunder og reinnleggelser. Videre mener vi at forslaget vil føre til at det gjøres flere unntak fra konverteringsforbudet. Dersom etablering av tvang forutsetter at pasienter motsetter seg, så vil en del av de pasientene som i dag følges opp på tvungent psykisk helsevern uten døgn ikke få etablert tvungent vern i utgangspunktet og de vil være vanskelig å følge opp poliklinisk. Det er et realistisk scenario at en god del pasienter vil kunne innfinne seg med å motta behandling på en sengepost fordi det her er faste rammer og rutiner, men når de da overføres til DPS nivå så vil de på grunn av nedsatt funksjon la være å møte opp og med stor sannsynlighet ikke fanges opp av helsevesenet. Forslaget til endringer er et ønske om harmonisering av lovverket. Bruk av tvang innen psykisk helsevern har imidlertid et lengre tidsperspektiv (måneder og år) enn i somatiske avdelinger og forutsetningen om at man motsetter seg ved vedtak passer best for tiltak som er avgrenset i tid og omfang.»

Sykehuset i Vestfold HF skriver:

«Å vise motstand blir med foreslåtte regelendringer et nytt vilkår og kan utløse en ny

variasjon i vurderingene på lik linje med hva vi har sett ved innføring av kompetansebasert modell. Erfaringen fra før innføringen av kompetansebasert modell var at mange pasienter ikke hadde forståelse og manglet samtykkekompetanse for det tvungne vernet, men når det først forelå, så viste de ofte ikke motstand mot selve behandlingstiltakene som ble foreslått. Slik sett ville det være ønskelig at motstand som et vilkår for å fatte tvungen behandling (tvangsbehandling med legemidler / tvungen ernæring) innføres, men ikke for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Her mener vi at det kan medføre en rettsikkerhetsrisiko for en sårbar pasientgruppe som i mindre grad klarer uttrykke egne behov. Pasienter i akutsituasjon kan ha et svingende tilstandsbilde og trenger ikke nødvendigvis ha motstand for selve innleggelsen, men motstand til behandlingstiltakene eller motsatt. Siste årene har vi sett en betydelig økning i tvangsbehandlingsvedtak hos en gruppe pasienter som ikke motsetter seg behandlingen så lenge de er undergitt tvungent psykisk helsevern.»

Advokatforeningen skriver:

«Advokatforeningen har vanskelig for å se at disse endringene er et egnet virkemiddel for å ivareta pasient og brukers rett til selvbestemmelse. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan ha stor angst i møte med helsevesenet, utfordringer med å uttrykke motstand og bli forstått. Samtidig kan de ha gode grunner for å unndra seg behandling, selv om det etter helsetjenestens syn fremstår som et gode for dem. Advokatforeningen frykter at forslaget i praksis innebærer en forenkling på bekostning av pasientens rettsikkerhet. Forslaget byr på en mulighet til å unnlate krav til tvangsvedtak, og dermed rettsikkerhetsgarantiene som ligger i bunn ved tvangsvedtak.»

Landsforeningen – We Shall Overcome støtter ikke forslaget. De skriver:

«Utgangspunktet for all helsehjelp skal være fritt og informert samtykke. En naturlig forlengelse av dette hvis man skal lage en slik unntaksregel vil være å legge til grunn hvorvidt pasienten tilslutter seg behandlingen, ikke hvorvidt man er i stand til å yte motstand. Fritt og informert samtykke er en viktig og

sentral standard i helselovgivningen som skal sikre at man gir eller ikke gir samtykke på riktig og fritt grunnlag; det handler ikke kun om direkte tvangsbruk. Fritt og informert samtykke er også den standarden som er etablert i menneskerettighetene. Vi kan ikke se at det er dekning for at et snevert tvangsbegrep basert på motstand er i tråd med menneskerettighetene. Utvalgets beskriver at formålet med tiltaket er at det skal bidra til mer verdighet for pasienten, og unngår unødige tvangsvedtak overfor pasienter som ikke motsetter seg helsehjelpen. WSO er enig i at mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse skal ha mulighet til å ta imot behandling de ønsker, i tråd med deres vilje og preferanser, og at de også skal ha tilsvarende mulighet til å takke nei, i tråd med CRPD. Beslutningsstøtte vil være sentralt for å sikre personer muligheten til å kommunisere sin vilje og preferanser. Problemet med at mennesker fratras muligheten til frivillig helsehjelp hvis de blir fratatt beslutningskompetanse har oppstått som en følge av kompetansemodellen. Den har som mål å avgjøre når personen skal fratras retten til å bestemme selv, ikke å fremme personens vilje og preferanser. At hjelp skal være lett tilgjengelig uten tvang, må sikres ved å sørge for at helsehjelpen følger vedkommens vilje og preferanser. Hvorvidt personen yter motstand, er ikke egnet til å sikre dette

(...) Selv om den foreslåtte endringen vil føre til færre tvangsvedtak, er det ikke det samme som at det fører til mindre reell tvang. Det vil bli en ytterligere tilsløring av hva personens reelle situasjon er. Når en person som ikke har noe egentlig valg fordi det vil brukes tvang hvis vedkommende uttrykker motstand, vil behandlingen regnes som frivillig. Vi er ikke enig i at dette vil gi økt verdighet for alle som kommer inn under lovendringen, kun for de som reelt sett ønsker behandlingen psykisk helsevern gir. «Behandling pasienter tilslutter seg» vil på grunn av den ovenstående argumentasjonen heller ikke kunne sikre fullt ut at det faktisk er personens vilje. Men det tar i det minste utgangspunkt i et mål om fritt og informert samtykke.»

Diakonhjemmet sykehus skriver:

«Pasienter som ikke motsetter seg og mangler beslutningskompetanse vil i noen tilfeller mangle beslutningskompetanse i alle faser av et sykdomsforløp, også i de friskeste fasene.

Det er således ikke et antatt samtykke i friskere fase som ligger til grunn for denne pasientpopulasjonen. Hvordan blir rettsikkerheten til denne gruppen ivaretatt om det ikke fattes vedtak som utløser en rett til å klage på behandlingen? For denne gruppen har det kanskje vært spesielt viktig med etablering av TPH og §4-4 vedtak for å sikre rettsvern og ivaretagelse av deres rettigheter.»

Kontrollkommissjonen for Nedre Buskerud og Vestre Viken, Blakstad (ekskl. akutte seksjoner) skriver:

«Kontrollkommissjonen mener utvalget ikke begrunner godt nok hvorfor man skal åpne for å gi helsehjelp til pasienter uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand i psykisk helsevern. Utvalget uttaler på side 272: «Ved å senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pbrl. § 4-3 andre ledd slik utvalget foreslår i punkt 13.4.4, vil ikke frivillighet nødvendigvis være åpenbart formålsløst for pasienter uten kompetanse.» Kontrollkommissjonen er ikke enig i denne slutningen. Pasienten vil fortsatt per definisjon være ikke beslutningskompetent selv om beviskravet endres fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i phvl. §3-3 pkt 4. Det må være det at pasienten mangler beslutningskompetanse som gjør frivillighet åpenbart formålsløst å forsøke, ikke endringen i beviskravet for beslutningskompetansen. Utvalget har ikke redegjort for hvorfor beviskravet i seg selv skulle være av betydning for om pasienter uten beslutningskompetanse skulle kunne ta imot helsehjelp uten tvang. For det andre vil det da være en stor gruppe pasienter, og pårørende, som blir fratatt den rettsikkerhetsgarantien som et vedtak med påfølgende klagerett er. (...) Kontrollkommissjonen mener også dette vil sette helsepersonell i en svært vanskelig situasjon. Det vil være en svært utfordrende øvelse å vurdere hvorvidt pasienter yter «tilstrekkelig» motstand eller ikke til om helsehjelpen skal gis under tvang eller frivillighet. En slik uklar regel vil åpne for forskjellsbehandling og vilkårlighet knyttet til rettsanvendelse mellom landets institusjoner.»

Vestre Viken HF skriver:

«Forslaget om å åpne opp for å gi frivillig helsehjelp til pasienter uten beslutnings-

kompetanse, men som ikke motsetter seg behandling kan være uheldig hos unge pasienter mellom 16 og 18 år: De har inntil 16 års alder vært innlagt på foreldresamtykke. Når de fyller 16 år – kan det være viktig å etablere rammer rundt pasienten som er uavhengig av foreldrenes samtykke – og at disse rammene tydeliggjøres ved et tvangsvedtak som viser til pasientens manglende beslutningskompetanse.»

Hesledirektoratet er enig i at pasienter som ikke motsetter seg har et særskilt behov for rettsikkerhet, men mener at det er ønskelig med en grundigere vurdering av ulike løsninger for hvordan rettssikkerheten best mulig kan ivaretas på dette området. Direktoratet mener også at det bør utredes en lovpålagt kontrollordning for personer med manglende samtykkekompetanse, som mediseres med antipsykotika, uavhengig av om pasienten har en alvorlig sinnslidelse eller ikke. Direktoratet skriver:

«Det er en kjent problemstilling at mange personer med alvorlig demenssykdom gis antipsykotisk medisin uten at dette er underlagt noen særskilt kontroll. Det er også kjent at slik medisinering over tid kan gi alvorlige bivirkninger for personer med demenssykdom, noe som tilsier at også disse personene har et særlig rettsikkerhetsbehov.»

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget, men mener at den foreslåtte lovendringen innebærer en risiko for å svekke pasientenes rettssikkerhet, ved at de ikke er underlagt samme klage- og kontrollregime som når man har vedtak om tvungent psykisk helsevern. Dette gjelder også pårørendes rettigheter, som har en sterkere rett til informasjon og involvering når pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern. Utvalgets forslag om at kontrollkommisjonens leder skal utføre en legalitetskontroll av alle slike beslutninger, kan være et godt tiltak for å ivareta pasientenes rettssikkerhet i en slik situasjon.

Helse Nord-Trøndelag HF mener at det ikke bør pålegges ytterligere dokumentasjonskrav slik Samtykkeutvalget har foreslått.

Klinikk psykisk helse og avhengighet v/ OUS HF mener at forslaget om at underretning om vedtak skal sendes kontrollkommisjonens leder sammen med kopi av underlagsdokumentene vil føre til stor variasjon i praksisfeltet med hensyn til hvilke notater, hvilke tiltak, hvor ofte og hvordan tiltakene skal dokumenteres.

6.1.4.2 Tvangslovutvalgets forslag

Alminnelige vilkår for innleggelse og opphold uten motstand

Hesledirektoratet støtter i hovedsak forslaget og begrunnelsen, som innebærer en lavere inngreps terskel for tiltak enn i situasjoner der personen motsetter seg tiltaket. Direktoratet støtter supplerende materielle og prosessuelle vilkår for behandling med antipsykotiske legemidler, også der personen ikke motsetter seg behandlingen.

Fylkesmannen i Oslo og Viken (nå Statsforvalteren i Østfold, Buskerud, Oslo og Viken) mener at forslaget om to bestemmelser om innlegging og opphold som personen ikke motsetter seg virker tungvint og lite praktisk.

Helse Vest RHF, Psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige (PHBURA) etterlyser tydeligere retningslinjer for å forebygge skjult tvang.

Innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig tvangsbruk

Tvangsforsk mener at forslaget om adgang til innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang i utgangspunktet er fornuftig, men at det er et problem at fornyelsen av vedtaket må skje hvert tiende døgn og at fornyelsen kan skje et ubegrenset antall ganger.

Oslo kommune skriver:

«Oslo kommune stiller bl.a. spørsmål ved hva som ligger i at det skal være sannsynlighetsovervekt for at pasienten «vil forsøke å forlate institusjonen uten å få lov til det» og om dette er et selvstendig vilkår (...) For eksempel vil en dement person kanskje ikke huske at han/hun har flyttet på sykehjem den første tiden, og vil derfor dra fra sykehjemmet for å reise til sitt gamle hjem.»

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) skriver:

«Det introduseres et skille mellom pasienter som ikke motsetter seg, de til fare for å motsette seg de neste ti dager og de som motsetter seg umiddelbarbart. Skillene kan umiddelbart synes fornuftige og kan bidra til noe redusert tall for tvangsinnleggelser for enkelte pasientgrupper, fortrinnsvis demente og utviklingshemmede. Imidlertid er hvordan man skal kunne forutse mulig motstand de neste ti dager (§5-2) utover synsing uklart. Denne synsing må så gjentas hvert 10. døgn og i

utgangspunktet med ubegrenset mulighet til å fornye vedtak. Vi ser for oss innleggelse ved sykehjem og alderspsykiatriske enheter som en serie med 10 døgnsvurderinger, der man vil måtte hoppe frem og tilbake mellom §5-1 og §5-2. Hvor mye dokumentasjonsarbeid som forventes av disse typer vedtak, vil kunne ha sterk innvirkning på hvor mye de blir brukt fremfor ordinær tvangsinnleggelse, som etter hvert kan fremstå administrativt betydelig enklere.»

Lovisenberg diakonale sykehus mener at bestemmelsen gir en fare for utglidning i form av økt tvangsbruk og kan ikke se hvordan man skal kunne predikere hvilke pasienter som innen 10 dager vil «forsøke å forlate institusjonen uten å få lov til det».

Sykehuset i Vestfold HF skriver:

«Det er uklart hvilke situasjoner som vil falle inn under den foreslåtte regelen i §5-2, og siden vilkårene er generelle, kan det medføre en «for-sikkerhets-skyld» bruk av denne regelen.»

Flere høringsinstanser deriblant Molde kommune, Nye Ålesund kommune og Klinikk for psykisk helse og rus Helse Møre- og Romsdal mener at det er uheldig at begrepet «påført helseskade» brukes i bestemmelsen om innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang.

Oslo universitetssykehus HF er skeptisk til forslaget om adgang til innleggelse og opphold uten motstand ved særlig fare for framtidig bruk av tvang og til valget av ti dager, men mener at det er bra at hensynet til egen helse skal telle med i vurderingen av om det skal treffes vedtak

Behandling av psykiske lidelser med legemidler som personen ikke motsetter seg

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) er blant annet bekymret for om personer som anses å mangle beslutningskompetanse og som ikke gir uttrykk for motstand, vil få tilstrekkelig rettsikkerhet ved vedtak om behandling av psykiske lidelser med legemidler. Ombudet er særlig usikre på om forslaget er egnet til å gi personer med utviklingshemning god nok rettsikkerhet i spørsmål om medisiner med benzodiazepiner og antipsykotika. Ombudet mener at det er en betydelig risiko for at personer med utviklingshemninger ikke gir uttrykk for negativt standpunkt til slik medisine-

ring, og hvor det er vanskelig å avdekke bivirkninger. Ombudet mener videre at det er betydelig risiko for at passivitet og fravær av negativt standpunkt til medisiner hos personer med psykososiale funksjonsnedsettelse kommer som følge av tilpasning til gjeldende maktforhold, heller enn ønske om å ta slike medisiner. LDO mener også at medisiner av personer med alvorlig og dyp utviklingshemning som minimum bør vurderes etter reglene om tvangsmedisinering – uavhengig av om det foreligger motstand eller ikke, og ikke etter mindre strenge krav.

Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU) skriver:

«Det fremstår som uklart hvordan en skal avgjøre om fordelene med å gi en person som mistrives antidepressiva overstiger ulempene. Bivirkningene av medikasjonen er i stor grad kjente, men effektstudier av antidepressiva er naturlig nok målt opp mot symptomer på depresjon. Hvordan antidepressiva virker mot mistrivsel og uheldige livsbetingelser, forteller effektstudiene ikke noe om. Bestemmelsen kan medføre at flere gis en usikker diagnose og medikasjonen fortsetter som før. Det fremstår like uklart å vurdere hvordan en person med utviklingshemning ville ha vurdert tiltaket dersom vedkommende ikke hadde hatt en utviklingshemning.»

Den internasjonale juristkommisjon – norsk avdeling (ICJ Norge) viser til at Tvangslovutvalget mente at de såkalte FARV-kriteriene passer dårlig ved de minst inngripende kategorier og mener at det må være åpenbart at de heller ikke passer for de mest inngripende, som medisiner. Organisasjonen mener at sondringen mellom pasienter som motsetter seg medisiner og pasienter som ikke gjør det er ytterst problematisk og diskriminerende og at lovforslaget tyder på at utvalget mener det er uproblematisk å utsette dem som ikke aktivt protesterer for denne sterkt omstridte behandlingen.

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) mener at det må være tydelig hvilke grupper man skal kunne bruke antipsykotika overfor.

Sykehuset Innlandet HF skriver:

«Det settes her særskilte krav til behandling med antipsykotika selv om personen ikke motsetter seg bruken (personen mangler samtykkekompetanse). Dette er et viktig framskritt for å regulere bruken av antipsykotika.»

Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU) skriver:

«Vilkårene for behandling med antipsykotika er etter § 6-4 heller ikke oppklarende. Det er klart at det kreves en psykosediagnose for å gi antipsykotika. Men tatt i betraktning de diagnostiske utfordringene en står overfor når det gjelder personer med utviklingshemning, spesielt når det gjelder personer med svakt eller fraværende talespråk, så åpner § 6-4 for at flere får psykosediagnose og medisineringsen fortsetter som før.»

6.1.4.3 Paulsrud-utvalgets forslag

Helsedirektoratet støtter forslaget om egne prosedyrer for dem som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg helsehjelp, men mener at det kan virke kompliserende og ressurskrevende for tjenesten.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse – Nasjonalt kompetansesenter for demens mener at forslaget vil bedre rettssituasjonen for pasienter som trenger psykiatrisk behandling og mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg behandlingen. De skriver likevel:

«På den annen side så er det en del pasienter som profiterer på behandling, men som ikke vil fylle vilkårene (...). Utvalgets forslag balanse- rer dette, men dette vil gi en stor økning i etter- spørsel etter psykiatriske tjenester på dette området. Konsekvensen må derfor bli at den alderspsykiatriske kompetansen styrkes bety- delig og at spesialisthelsetjenesten stimulere (særlig DPSene?) til å yte slike tjenester.»

Den internasjonale juristkommisjon, norsk avde- ling skriver derimot:

«Etter ICJ-Ns oppfatning er forslaget, som i rea- liteten omfatter bruk av tvang mot ikke- protes- terende, svært betenkelig. Grunnvilkåret for bruk av tvang, nemlig alvorlig sinnslidelse bør være tilstede også for denne gruppen etter vårt syn.»

Tvangsforsk skriver:

«Forslaget må etter vårt syn avvises på et prin- sipielt grunnlag. Allerede etter dagens lovgiv- ning er det et problem at mange formelt frivillig innlagte pasienter i realiteten utsettes for store innskrenkninger i sin autonomi og personlige

frihet, uten at de er beskyttet av de rettssikker- hetsgarantiene som gjelder for formelt tvang- sinnlagte pasienter. Ved det nye forslaget i § 2-3 vil en gruppe pasienter som fungerer såpass dårlig at de mangler beslutningskompetanse, og slik sett har dårligere forutsetninger til å ivareta sine interesser, bli innlagt som formelt frivillige. Disse pasientene vil i enda større grad i realiteten risikere å være frihetsberøvet og tvangsbehandlet, sammenlignet med fri- villige innlagte med beslutningskompetanse.

(...)

«Utvalgets forsikring om at denne pasient- gruppen (formelt frivillige uten beslutnings- kompetanse) skal beskyttes av de samme retts- sikkerhetsordningene som formelt tvangsinn- lagte, er helt urealistisk. Dette avspeiles i utval- gets utforming av lovtoksten. Disse pasientene har selvfølgelig ikke noen mulighet til å klage over vedtaket om frivillig innleggelse til kon- trollkommisjonen på samme måte som tvang- sinnlagte kan påklage vedtaket om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.»

6.1.5 Departementets vurderinger og forslag

6.1.5.1 Generelt

Pasienter som har beslutningskompetanse, kan selv velge om de ønsker å ta imot tilbudt helse- hjelp. Pasienter som mangler beslutningskompe- tanse og ikke motsetter seg helsehjelpen, kan få helsehjelp med hjemmel i pasient- og bruker- rettighetsloven § 4-6. En stor gruppe pasienter er likevel unntatt fra denne hjemmelen: Når pasien- ter med «alvorlig sinnslidelse» mangler beslut- ningskompetanse må det treffes tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven for at pasienten skal kunne få nødvendig helsehjelp selv om pasienten ikke motsetter seg.

Spørsmålet er om særbestemmelsen for pasi- enter med «alvorlig sinnslidelse» bør videreføres, dvs. om det fortsatt bare skal være to grunnlag for å gi helsehjelp ved alvorlige sinnslidelser: sam- tykke og tvangsvedtak eller om det som ved soma- tiske lidelser, skal innføres et nytt grunnlag; beslutning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Etter denne bestemmelsen kan det gis helsehjelp i form av alvorlige inngrep dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp og pasienten ikke motsetter seg inngrepet.

Det er strenge vilkår for bruk av tvang i psy- kisk helsevern, særlige krav til vedtaket, klage-

adgang til kontrollkommissjonen eller statsforvalter og mulighet for å bringe kontrollkommissjonens vedtak inn for domstolen etter de særlige reglene i tvisteloven kapittel 36.

Det at det treffes tvangsvedtak bidrar til rettsikkerhet for pasienter som ikke vurderes å ha tilstrekkelige forutsetninger for å forstå hva de må ta stilling til. De strenge vilkårene for å treffe tvangsvedtak kan på den annen side føre til at pasienter, som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg, ikke får nødvendig helsehjelp. Departementet ser også at det kan være uheldig for tilliten mellom pasienten og behandleren og at det kan oppfattes som uverdigg at det treffes tvangsvedtak mot personer som ikke motsetter seg helsehjelpen.

Høringsinstansene er delte i synet på utvalgenes forslag om nytt hjemmelsgrunnlag for pasienter med alvorlige psykiske lidelser som ikke motsetter seg helsehjelpen. Høringsinstanser som støtter forslaget legger avgjørende vekt på å sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp, ønsket om å harmonisere regelverket for pasienter med psykiske og somatiske helseutfordringer og hensynet til verdighet og til å unngå stigmatisering. De viser også til at kravene til saksbehandling knyttet til tvangsvedtak i psykisk helsevern binder opp betydelige ressurser i tjenestene.

Høringsinstansene som er skeptiske til eller mot forslaget, legger avgjørende vekt på bekymring for pasientens rettssikkerhet, bekymring for at pasienter ikke vil få nødvendig helsehjelp fordi det vil oppstå mange situasjoner der pasienten går med på tiltak for så å ombestemme seg etter kort tid og at det er vanskelig å vurdere om en pasient motsetter seg. Høringsinstansene er særlig bekymret for pasienter som ikke er i stand til å uttrykke motstand.

Departementet legger til grunn at behandling i psykisk helsevern er et «alvorlig inngrep» og at helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 dermed bare kan gis dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp.

Departementet mener at pasient- og brukerrettighetslovens regler er en logisk følge av at pasienten på tidspunktet da beslutningen blir truffet ikke motsetter seg hjelpen og at pasienten når som helst kan endre oppfatning (yte motstand) med det resultat at det eventuelt må treffes tvangsvedtak. Departementet mener at dette også bør være utgangspunktet for psykisk helsehjelp til pasienter med alvorlig sinnslidelse.

Departementet foreslår etter dette at særregelen om psykisk helsehjelp til pasienter med alvor-

lig sinnslidelse som mangler beslutningskompetanse, men som ikke motsetter seg, i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd, oppheves. Departementet slutter seg også til Samtykkeutvalgets vurdering av at det bør gå tydelig fram av psykisk helsevernloven at undersøkelse og behandling av pasienter som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen, også kan skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Muligheten for å gi helsehjelp til personer som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg, blir dermed uavhengig av om pasienten har psykiske eller somatiske helseutfordringer.

Departementet mener at forslaget vil understøtte tjenestenes arbeid for å få til gode behandlingsforløp basert på samarbeid med pasienten. Departementet mener videre at forslaget legger bedre til rette for å videreføre behandlingsforløp som har startet med grunnlag i pasientens samtykke, når pasientens beslutningskompetanse senere faller bort. Forslaget vil omfatte både innleggelse og tiltak under innleggelsen, f.eks. medisiner med antipsykotiske legemidler.

Undersøkelse og behandling av alvorlige sinnslidelser hos personer som mangler beslutningskompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, skal fortsatt bare kunne skje med hjemmel i psykisk helsevernloven.

Se utkastet til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og psykisk helsevernloven §§ 2-1 og 4-4.

Departementet foreslår som en konsekvens av forslaget, justeringer i lovens definisjoner av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Se utkastet til psykisk helsevernloven § 1-2.

6.1.5.2 Nærmere om krav til avgjørelsen

En full harmonisering mellom reglene som gjelder for somatisk og psykisk helsehjelp vil også omfatte kravene til avgjørelsen.

Beslutninger om helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd tas av den som er ansvarlig for helsehjelpen. Det går fram av Helsedirektoratets rundskriv til § 4-6 at uttrykket «den som er ansvarlig» peker på at det er den som har kompetanse til å avgjøre hvilken helsehjelp som skal ytes, som også skal bestemme at inngrepet skal gjennomføres. Det kan være den samme som utfører inngrepet, men trenger ikke være det. For eksempel kan en lege bestemme at en pasient skal få sterke smertestillende preparat, mens en sykepleier setter sprøyten eller gir medisin i pilleform.

Kravet om å rådføre seg med annet kvalifisert helsepersonell innebærer at det alltid skal være to fagpersoner som vurderer om helsehjelpen skal gis. Beslutningen skal nedtegnes i pasientens journal.

Endringen vil også omfatte personer med demens. For personer med demens er effekten av antipsykotiske legemidler beskjeden og det er betydelig risiko for, til dels alvorlige, bivirkninger. Det følger både av Felleskatalogen og Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om demens at legemiddelbehandling for personer med demens skal prøveseponeres senest innen seks uker. Dette er en presisering av kravet om at behandlingen må være forsvarlig for den enkelte pasienten.

6.1.5.3 Særlig om tilbakeholdelse i institusjon

Det følger både av Grunnloven § 113 og rettspraksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) at frihetsberøvelse må ha et gyldig lovgrunnlag og et formelt vedtak som blant annet opplyser om varigheten av frihetsberøvelsen. Det gjelder selv om personen mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg innlegging og opphold i institusjon. Dette går også fram av CRPD artikkel 14.

Mange pasienter er ambivalente til innleggelse og behandling av psykiske lidelser. Tvangslovutvalget foreslo at særlig ambivalente pasienter skulle ivaretas gjennom en særbestemmelse om tilbakeholdelse i ti dager selv om pasienten ikke viser motstand ved innleggelsen.

En del høringsinstanser har stilt spørsmål ved om det vil være mulig å gjøre slike vurderinger som Tvangslovutvalgets lovforslag forutsetter. En del høringsinstanser er videre bekymret for at forslaget vil kunne føre til at det må treffes hyppige vedtak og at det vil kunne bli vanskelig å få realisert intensjonen om at personer som ikke motsetter seg, men som ikke har beslutningskompetanse, får nødvendig helsehjelp.

Departementet har lagt vekt på å sikre at de mest ambivalente pasientene får nødvendig helsehjelp samtidig som deres verdighet og rettsikkerhet blir ivaretatt på en god måte. Departementet ser det også som viktig å legge til rette for riktig og effektiv bruk av administrative ressurser i tjenestene og klageorganene.

Departementet er derfor kommet til at det ikke bør gis særlige regler for pasienter som ikke motsetter seg innleggelse i institusjon, men som med stor sannsynlighet vil ombestemme seg. Departementet mener at disse pasientene best kan sikres nødvendig helsehjelp i form av inn-

legging og tilbakeholdelse i institusjon ved et kompromiss mellom utvalgenes forslag og dagens regelverk.

Departementet foreslår som nevnt at også helsehjelp for alvorlige psykiske lidelser («alvorlig sinnslidelse») som pasienten ikke motsetter seg, skal kunne besluttes av den ansvarlige for helsehjelpen etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd. Vilkårene for behandling av alvorlige psykiske lidelser hos pasienter som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg, blir dermed mindre strenge enn i dag.

Pasienter som er innlagt med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 kan når som helst avslutte behandlingen eller forlate sykehjemmet eller annen institusjon. Det samme vil gjelde for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Beslutningen om å gi helsehjelp med grunnlag i § 4-6 vil gjelde fram til pasienten eventuelt likevel motsetter seg.

Dersom helsetjenesten mener at pasienten bør kunne holdes tilbake, eller at helsehjelpen på annen måte bør gjennomføres på tross av motstanden, må det treffes et tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven. Et slikt vedtak vil utløse adgang til å klage til kontrollkommisjonen og til å bringe kontrollkommisjonens vedtak i klagesaken inn for domstolen etter særlige prosessuelle regler. Sterk ambivalens vil ofte føre til at pasienten blir vurdert å yte motstand. Det følger videre av EMDs praksis at hvis realiteten er at man ikke vil komme ut av institusjonen når man ombestemmer seg, skal man tvangsinnlegges. Departementet legger derfor til grunn at tjenesten, når pasienten framstår som særlig ambivalent og lovens vilkår ellers er oppfylt, bør etablere tvang med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3. Departementet legger videre til grunn at det som hovedregel ikke vil være faglig forsvarlig å treffe beslutning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 dersom det er fare for pasientens eget liv eller andres liv eller helse. Departementet mener at det samme må gjelde dersom det vil oppstå fare for eget eller andres liv eller helse dersom pasienten velger å avslutte behandling.

Forslaget legger altså opp til en større frihet for tjenestene til å velge mellom to forskjellige lovgrunnlag for å gi helsehjelp til pasienter med en «alvorlig sinnslidelse» som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen:

- pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6
- tvangshjemlene i psykiske helsevernloven

Departementet ser at det er en risiko for at psykisk helsevern som følge av kapasitetsutford-

ringer, vil prioritere å følge opp pasienter som ønsker behandling og pasienter som i dag følges opp på tvang uten døgn (TUD). Departementet mener likevel at det er riktig å legge økt vekt på pasienters rett til selvbestemmelse. Departementet viser også til at et av regjeringens resultatomål i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* er å hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling.

Se utkastet til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og psykisk helsevernloven § 2-1.

6.1.5.4 Nærmere om vurderingen av motstand

Departementet har forståelse for at det kan være vanskelig å vurdere om manglende aktiv motstand faktisk betyr at pasienten ønsker å motta den tilbudte helsehjelpen. Departementet har derimot vanskeligere for å se at risikoen for feilvurderinger er større når pasienten vurderes å ha behov for helsehjelp som følge av psykiske lidelser enn når pasienten har somatiske lidelser.

Departementet legger til grunn at motstand skal forstås på samme måte som ved somatiske helseutfordringer, dvs. at både fysisk, verbal og antatt motstand skal omfattes. Omtalen i Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-2 vil dermed også være relevant for pasienter med alvorlige sinnslidelser som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg:

«Pasientens motstand kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende. Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen, blir i mange tilfelle et spørsmål om å tolke reaksjonene til pasienten. Dette krever gjerne god kjennskap til vedkommende. Utgangspunktet for kapittel 4A er at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at også en pasient uten samtykkekompetanse kan ha rasjonelle grunner til å motsette seg helsehjelpen.

Tilgjengelig informasjon om pasienten og vedkommendes grunner for motstand skal inngå i beslutningsgrunnlaget når det treffes vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A. Nærmeste pårørende kan ofte gi viktig informasjon.

Helsepersonell som har arbeidet tett med pasienten over tid, kan også bidra med informasjon som klargjør hvilke ønsker og motforestillinger pasienten har med hensyn til den helsehjelpen som blir tilbudt. Det følger dessuten av kravet til faglig forsvarlig hjelp i helsepersonelloven § 4 at den som tar avgjørelse om å gi helsehjelp til en pasient som motsetter seg helsehjelpen, plikter å ta avgjørelsen på faglig forsvarlig grunnlag.

I vurderingen av om pasienten viser motstand må det også tas hensyn til pasientens evne til å vise motstand. Hvorvidt pasienten viser motstand, må baseres på et konkret skjønn. Dersom helsepersonell er i tvil, må det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen, og helsehjelpen må ytes etter reglene i kapittel 4A.

Også forventet motstand faller inn under de situasjonene som reguleres av kapittel 4A. Forventet motstand skal dermed likestilles med motstand som uttrykkes fysisk eller verbalt.»

6.1.5.5 Nærmere om vurderingen av hva pasienten ville ha ønsket

Det går fram av Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 at det forutsettes at helsepersonell vurderer og tar stilling til hva pasienten ville ha ønsket om vedkommende hadde hatt evne til å treffe avgjørelse i spørsmål som gjelder hans eller hennes helse. Helsepersonellet må altså til en viss grad sette seg inn i pasientens tidligere holdninger til behandling. Departementet ser at denne vurderingen vil kunne være noe vanskeligere når pasienten har en psykisk lidelse, men mener at det samme skal gjelde når pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Departementet mener derfor at vurderingene som ble gjort av Tvangslovutvalgets forslag om å innføre antatt samtykke som gjennomgående vilkår for bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten i høringsnotatet i 2021 er relevante i denne sammenhengen.

Det går blant annet fram av høringsnotatet at man har det sikreste beslutningsgrunnlaget når det finnes informasjon om hvordan personen tidligere har stilt seg til den aktuelle typen hjelp i en tilsvarende situasjon. Tidligere holdninger kan likevel ikke legges til grunn uten en kritisk vurdering av om holdningen fortsatt er gyldig. For eksempel kan en dårlig opplevelse under en tidligere innleggelse basert på samtykke til tilbakeholdelse, ha fått personen til å endre holdning til tvangsbruk.

Det vil stille seg annerledes når behovet for helse- og omsorgstjenester nylig har oppstått. Mange vil ikke ha tatt stilling til hva de ønsker før de faktisk kommer i situasjonen og mange vil tidligere i livet ha manglet nødvendig innsikt til å ta stilling til hva de ville ha ønsket i den konkrete situasjonen. Holdninger eller synspunkter personen tidligere har uttrykt kan likevel gi grunnlag for antakelser om hvordan han eller hun ville ha stilt seg til det aktuelle spørsmålet hvis evnen til å ta beslutninger ikke hadde vært svekket. Det vil måtte legges stor vekt på hvor tydelig oppfatningen har kommet til uttrykk, hvor konsistent holdningen har vært og hvor nær den er i tid.

Det vil ofte være nødvendig å trekke inn pårørende eller andre som kjenner personen godt. Det kan være et krevende ansvar og en stor byrde for pårørende å skulle formidle pasientens ønsker. Det kan være vanskelig for den pårørende å bedømme om pasientens uttalte ønsker er uttrykt i en beslutningskompetent tilstand og om uttalelsen representerer pasientens «egentlige ønske». Formidlingsrollen kan få konsekvenser for relasjon mellom personen og dennes pårørende, særlig dersom det viser seg at den pårørende tar feil om personens ønsker eller dersom det viser seg at en behandling har liten effekt eller store bivirkninger. Det må også vurderes hvor pålitelig pårørendes formidling av personens ønsker er. Pårørende kan ha motsatte interesser av personen og bevisst eller ubevisst formidle ønsker som snarere er deres egne ønsker.

Personen det gjelder vil kunne oppleve det som krenkende å bli fortalt hva de ville ha ment i en annen situasjon, særlig hvis de også oppfatter det som en tilbakemelding på hva de burde ha ment.

Dersom det finnes lite informasjon om personens holdninger blir spørsmålet om det også er relevant å trekke inn objektive momenter, dvs. i hvilken grad folk flest vil akseptere det aktuelle hjelpetiltaket med sine mulige fordeler og ulemper. Variasjonen i behandlingsønsker er større i dag enn tidligere fordi folk generelt er mer opplyste om alternative behandlingsmåter og mer kritiske, blant annet til «skolemedisin». Dette vil ikke minst gjelde for behandling av psykiske lidelser, der det er en økende skepsis til bruk av antipsykotika og i tillegg økende kjennskap til og ønsker om å prøve ut legemiddelfrie behandlingsmetoder. Det vil dermed være vanskelig å legge et objektivt utgangspunkt til grunn for alle pasientgrupper.

6.1.5.6 *Forbudet mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet)*

Psykisk helsevernlovens forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet) er begrunnet i hensynet til at pasienter ikke skal la være å oppsøke behandling i det psykiske helsevernet av frykt for å bli tvangsinnlagt. Konverteringsforbudet medfører ikke et forbud mot at en pasient som er under frivillig vern, senere kan underlegges tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, men stiller krav til måten dette gjøres på. Konverteringsforbudet gjelder likevel ikke når vilkåret om at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, er oppfylt (farevilkåret). Reinnleggelse med grunnlag i behandlingstvilkåret forutsetter derimot at pasienten først får anledning til å forlate institusjonen.

Pasient- og brukerrettighetsloven har ikke et tilsvarende forbud mot å overføre pasienter fra frivillig til tvungen helsehjelp.

Konverteringsforbudet er ikke beskyttet av menneskerettighetene. Retten til selvbestemmelse og retten til den høyest oppnåelige helsestandard er derimot nedfelt i menneskerettighetene. I noen situasjoner må disse rettighetene balanseres. Hensynet til selvbestemmelse er tilagt størst vekt ved utformingen av forbudet mot konvertering fra frivillig innleggelse til tvangsinnleggelse.

Hensynet til å gi nødvendig helsehjelp veier noe tyngre når innleggelsen starter uten at pasienten motsetter seg. Departementet antar at mange pasienter vil oppfatte alle innleggelse som de ikke protesterer mot, som frivillige og at det derfor vil kunne være vanskelig å forstå at vilkårene for å treffe vedtak om tvungen tilbakeholdelse skal være ulike etter om pasienten ved innleggelsen har gitt et gyldig samtykke eller manglet beslutningskompetanse, men ikke motsatt seg. Departementet ser også at det er en fare for at det ikke blir realitet i konverteringsforbudet hvis pasienter som ikke motsetter seg innleggelsen, ikke skal omfattes av forbudet. Departementet er derfor kommet til at konverteringsforbudet også bør gjelde når pasienten har blitt innlagt med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

Se utkastet til psykisk helsevernloven § 3-4.

6.1.5.7 *Særlig om barn mellom 16 og 18 år*

Paulsrud-utvalget foreslo at adgangen til å gi helsehjelp til personer uten beslutningskompe-

tanse som ikke motsetter seg skulle omfatte alle pasienter over den helserettslige myndighetsalderen på 16 år. Samtykkeutvalget og Tvangslovutvalget la derimot til grunn at endringen bare skulle gjelde for personer over 18 år.

Departementet viser til at pasient- og brukerrettighetsloven har særlige regler om hvem som kan samtykke på vegne av ungdom som ikke har beslutningskompetanse og som ikke motsetter helsehjelpen. I slike situasjoner går kompetansen som følger av det å ha foreldreansvaret etter barneloven, foran den helserettslige myndighetsalderen etter pasient- og brukerrettighetsloven. Departementet mener at dette er en bedre løsning enn å la reglene om adgang til å gi helsehjelp til pasienter som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg, gjelde for barn mellom 16 og 18 år i psykisk helsevern. Departementet foreslår derfor ingen endringer i pasient- og brukerrettighetslovens § 4-5 som gir foreldrene beslutningsmyndighet til å samtykke til psykisk helsevern på vegne av ungdommer mellom 16 og 18 år som mangler beslutningskompetanse og som ikke motsetter seg. Dette betyr at personer i denne aldersgruppen med alvorlig sinnslidelse som ikke motsetter seg, kan legges inn og behandles i psykisk helsevern med grunnlag i foreldresamtykke.

6.1.5.8 Særlig kontrollmekanisme

Pasienter eller pasientens representant som mener at bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 er brutt, kan klage til statsforvalteren, jf. § 7-2. Klageadgangen omfatter blant annet beslutninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd om å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienter som ikke motsetter seg. Klagen må framsettes skriftlig og initiativet må komme fra pasienten selv eller noen som har rett til å opptre på pasientens vegne.

Departementet slutter seg likevel til utvalgenes vurdering av at det er et særlig behov for å ivareta rettssikkerheten til personer som har, eller antas å ha, en alvorlig sinnslidelse og som mangler beslutningskompetanse. Departementet slutter seg derfor til Samtykkeutvalgets forslag om at kontrollkommissjonen skal utføre en legalitetskontroll av beslutninger om å gi helsehjelp til personer med alvorlig sinnslidelse som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg den tilbudte helsehjelpen. Departementet mener at kontrollen særlig vil få betydning ved oppstart eller fortsettelse av behandling med antipsykotiske legemidler.

Departementet foreslår at kontrollkommissjonens leder skal underrettes om beslutninger om å gi behandling for en alvorlig sinnslidelse.

Departementet har merket seg bekymringen for at forslaget om at underretning om beslutninger skal sendes kontrollkommissjonens leder sammen med kopi av underlagsdokumentene vil føre til stor variasjon i praksisfeltet med hensyn til hvilke notater, hvilke tiltak, hvor ofte og hvordan tiltakene skal dokumenteres. Departementet foreslår derfor at det i loven skal presiseres at kontrollkommissjonens leder skal få kopi av de relevante delene av pasientens journal og så snart som mulig forvisse seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at avgjørelsen bygger på en vurdering av vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd og tredje ledd.

Departementet ser at innleggelses- og legemiddelbehandling av pasienter med alvorlig sinnslidelse, med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, vil kunne bli langvarige. Ansvarlig helsepersonell vil i disse situasjonene, som ellers, ha ansvar for at vilkårene for beslutningen, blant annet at pasienten mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg, er til stede under hele innleggelsen og eventuelt behandlingen.

Departementet foreslår derfor at kontrollkommissjonen også, når det er gått en tid etter at beslutningen ble tatt, av eget tiltak skal prøve om lovens vilkår for beslutning om helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, (fremdeles) er til stede.

Tvungent psykisk helsevern er et mer inngripende tiltak enn helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, men som pasienten ikke motsetter seg. Etterprøvingen fra kontrollkommissjonen skal for tvungent psykisk helsevern skje etter tre måneder og deretter årlig, se psykisk helsevernloven § 3-8. Departementet mener at det ikke er behov for like rask prøving (legalitetskontroll) av beslutninger om å gi helsehjelp til pasienter som ikke motsetter seg og foreslår derfor at den første fulle prøvingen av beslutninger etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd skal skje seks måneder etter at beslutningen ble tatt. Tvangslovutvalget foreslo tilleggs-vilkår for behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler som personen ikke motsetter seg. Departementet følger ikke opp forslagene. Departementet har videre merket seg at Mental helse var mot Tvangslovutvalgets forslag og at standpunktet var begrunnet i bekymring for pasientenes rettssikkerhet, særlig knyttet til praktiseringen av vilkåret om manglende motstand.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at kontrollkommisjonen gis en særlig kontrollfunksjon overfor pasienter med alvorlig sinnslidelse som ikke motsetter seg behandling. Departementet foreslår at det skal gå fram av loven at ansvarlig helsepersonell skal gi kontrollkommisjonen en oppdatert vurdering av pasientens situasjon som grunnlag for vurderingen og at kontrollkommisjonen, så lenge pasienten behandles for en alvorlig sinnslidelse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, skal gjenta kontrollen hver sjette måned. Kontrollkommisjonen har ansvaret for at saken blir tilstrekkelig opplyst. Departementet legger til grunn at kontrollen ofte vil kunne gjennomføres ved dokumentkontroll, men kommisjonen må selv vurdere om det i den enkelte saken er behov for å møte pasienten.

Se utkastet til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.

Det går fram av psykisk helsevernloven § 6-1 tredje ledd at kontrollkommisjonen oppnevnes av departementet, som også bestemmer hvilket område som skal være tillagt hver kommisjon. Myndigheten er delegert til Helsedirektoratet (Forskrift 18. mars 2010 nr. 425 om Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet).

Departementet foreslår at nærmere regler om kontrollkommisjonens virksomhet knyttet til § 4-6 skal kunne fastsettes i forskrift.

6.2 Mer arenafleksible regler om behandling av alvorlige psykiske lidelser som pasienten motsetter seg

6.2.1 Innledning

Departementet foreslår at vedtak om tvangsbehandling av alvorlige psykiske lidelser («alvorlig sinnslidelse») med legemidler skal kunne gjennomføres i sykehjem, om nødvendig med fysisk makt. Vilåret skal være at tvangsgjennomføring av behandlingen i sykehjemmet er en klart bedre løsning for pasienten enn å bli hentet til behandling i institusjon for psykisk helsevern.

I dag kan behandling av alvorlige psykiske lidelser med legemidler utenfor institusjon for psykisk helsevern kun skje når pasienten ønsker det. Psykisk helsevernloven åpner heller ikke for fysisk tvangsbruk under gjennomføring av tvangsvedtak utenfor institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern

Forslaget vil bare omfatte pasienter som har en alvorlig sinnslidelse, mangler beslutnings-

kompetanse og motsetter seg behandlingen. Legemiddelbehandling av den psykiske lidelsen må dessuten også for denne pasientgruppen være faglig forsvarlig. Effekten av antipsykotiske legemidler hos personer med demens er beskjeden. Det er dessuten stor risiko for alvorlige bivirkninger. Departementet mener likevel det er riktig å fastsette en slik sikkerhetsventil for at de svært få pasientene det kan gjelde, skal slippe unødig transport til institusjon i psykisk helsevern.

Vedtakene om tvungent vern og tvangsbehandling skal fortsatt fattes av faglig ansvarlig etter psykisk helsevernloven og spesialisthelsetjenesten skal ha ansvaret for legemiddelbehandlingen av den alvorlige sinnslidelsen. Gjennomføring av behandling i sykehjem forutsetter avtale med den aktuelle kommunen.

Behandlingen skal ikke kunne gjennomføres på personens rom eller i lokaler som vedkommende bruker i det daglige, med mindre dette er den klart beste løsningen for pasienten. Det samme skal gjelde for undersøkelser som er nødvendig for å fatte vedtaket eller gjennomføre behandlingen.

6.2.2 Gjeldende rett

Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse som pasienten motsetter seg kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd og § 4 A-2 andre ledd.

Det er et vilkår for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern at pasienten er undersøkt av to leger. En av legene skal være uavhengig av den ansvarlige institusjonen, jf. psykisk helsevernloven § 3-2 første ledd nr. 2 og § 3-3 nr. 2. I praksis vil det ofte være fastlege, legevaktslege eller lege knyttet til en kommunal helseinstitusjon. Nevnte leger vil som oftest foreta undersøkelsen utenfor institusjon i psykisk helsevern, for eksempel på legesenter, legevakten eller i et sykehjem.

Dersom det er behov for legeundersøkelse for å få vurdert om det er grunnlag for å etablere tvang i psykisk helsevern, men pasienten unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen vedta at legeundersøkelsen skal gjennomføres med tvang. Vedtaket kan påklages til statsforvalteren.

Dette følger av psykisk helsevernloven § 3-1.

Hvis legen kommer til at vilkårene er oppfylt, henvises eller følges, pasienten videre til institusjon for psykisk helsevern for eventuell etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Deretter foretar den faglige ansvarlige ved institusjonen en vurdering av om vilkårene for

innleggelse til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt, jf. psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent. Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold i institusjon når dette er et bedre alternativ for pasienten. Tvungent vern kan da blant annet omfatte pålegg overfor pasienten om å møte fram til undersøkelse. Pasienten kan om nødvendig hentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang. Den godkjente institusjonen skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet.

Dette går fram av psykisk helsevernloven § 3-5.

Bruk av restriksjoner i forbindelsen med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon og bruk av tvangsmidler som f.eks. mekaniske tvangsmidler og enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, kan bare brukes i institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern. Dette går fram av psykisk helsevernloven §§ 4-5, 4-6 og 4-8.

Faglig ansvarlig kan treffe vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 a jf. § 4-4. Dette kan blant annet omfatte tvangsbehandling med legemidler eller ernæring. Det er bare pasienter under tvungent psykisk helsevern som kan underlegges undersøkelse og behandling etter reglene i § 4-4. Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, men som ikke er innlagt i døgninstitusjon (TUD) kan også være underlagt vedtak om behandling med tvang.

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 timene. Vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan ikke treffes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn. Dette gjelder likevel 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 vurderingen av om det skal treffes et tvangsvedtak.

Undersøkelsen skal skje ved observasjon i godkjent institusjon, med mindre det av hensyn til forsvarlig helsehjelp bør skje i annen institusjon. Ved vedtak om behandling med legemidler skal undersøkelsen skje ved døgnopphold, med mindre den ansvarlige institusjonen har inngående kjennskap til, og erfaring med, pasienten og pasientens situasjon og til pasientens tidligere erfaringer med tilsvarende eller liknende medisiner og hvordan den virker på pasienten.

Dette går fram av psykisk helsevernloven § 4-4 og psykisk helsevernforskriften § 20.

Behandling ved injeksjon skal bare gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta et 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. Det kan likevel bare skje hvis pasienten ønsker det. Pasienten skal ikke tilføres legemidler uten å bli informert og det skal opplyses om den faktiske doseringen og mulige bivirkninger. Informasjon kan unnlates overfor pasienter som på grunn av langt fremskreden sløvhets ikke er i stand til å forstå omstendighetene knyttet til bruken av legemidlene.

Dette går fram av psykisk helsevernforskriften § 22.

Loven åpner ikke for fysisk tvangsbruk under gjennomføring av tvangsvedtak utenfor institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern. Gjennomføringen av behandlingen forutsetter derfor at pasienten ikke motsetter seg. Dersom pasienten motsetter seg behandlingen, kan pasienten hentes med tvang, f.eks. til gjennomføring av tvangsmedisineringen på institusjonen.

Den faglig ansvarlige skal vurdere om pasienten trenger døgnkontinuerlig omsorg og behandling, eller om det er bedre for pasienten å bo i egen bolig eller å ha 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. Pasienten

må dessuten ha en kjent sykdomshistorie, og det må på bakgrunn av pasientens symptomer og tidligere kunnskap om pasientens sykdomsforløp, være utvilsomt hvilken behandling pasienten trenger. Alternativt må pasienten ha vært observert i institusjon med døgnopphold og observasjonen må ha klargjort pasientens diagnose og hva slags behandlingsopplegg som anses nødvendig.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel. Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan ikke etableres eller gjennomføres dersom pasienten er bostedsløs.

Dette går fram av psykisk helsevernforskriften § 11.

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. For å oppfylle ansvaret skal kommunen blant annet tilby plass i institusjon, herunder sykehjem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav c.

Det går fram av forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 at følgende botilbud skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav c:

- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Aldershjem
- Sykehjem
- Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Omsorgsboliger og andre tilrettelagte boliger skal ikke regnes som institusjon, men som private hjem.

Forskriften § 2 bestemmer hva som skal regnes som helseinstitusjon. Her framgår det at bare sykehjem og døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, skal regnes som kommunale helseinstitusjoner etter helsepersonelloven (§ 3).

6.2.3 Utvalgenes forslag

Paulsrud-utvalget foreslo å åpne for at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos per-

soner med aldersdemens skulle kunne skje med tvang i kommunale sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Dette skulle skje ved å bygge ut ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Behandlingsansvaret skulle fortsatt ligge hos den faglig ansvarlige ved en godkjent institusjon i psykisk helsevern og være underlagt tilsyn fra kontrollkommisjonen.

Se nærmere omtale i NOU 2011: 9 punkt 14.8.

Tvangslovutvalget foreslo at undersøkelse og behandling av psykiske helseproblemer som personen motsetter seg, som hovedregel, fortsatt bare skulle kunne skje i institusjon for psykisk helsevern.

Nødvendig undersøkelse av personen skulle likevel kunne skje i helseinstitusjon utenfor psykisk helsevern eller i bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester, i sak om:

- innlegging og tilbakeholdelse som personen motsetter seg,
- behandling av psykiske lidelser med legemidler som personen motsetter seg

dersom det er:

- klart fordelaktig for personen ut fra de helsebelastninger transport til og opphold ved institusjon for psykisk helsevern vil utgjøre, og
- sterke faglige grunner tilsier en slik løsning.

Det samme skulle gjelde for gjennomføring av vedtak om behandling av psykiske lidelser med legemidler som personen motsetter seg.

Undersøkelse eller gjennomføring av vedtak om behandling av psykiske lidelser med legemidler skulle ikke kunne skje på personens rom eller i lokaler som vedkommende bruker i det daglige.

Se nærmere omtale av Tvangslovutvalgets forslag i NOU 2019: 14 punkt 25.3.2.4 og 25.5.2.2.1.

6.2.4 Høringsinstansenes syn

6.2.4.1 Paulsrud-utvalgets forslag

Trondheim kommune, Kontrollkommisjonen ved Diakonhjemmet sykehus og Høgskolen i Østfold støtter forslaget om utvidelse av ordningen med tvungent vern uten døgnopphold slik at mennesker med aldersdemens skal kunne behandles med tvang for sine psykiske lidelser i kommunale sykehjem eller boformer med heldøgns omsorg og pleie.

Legeforeningen skriver:

«Legeforeningen vil her først bemerke at eldre demente er en pasientgruppe som tåler dårlig å

bli tatt ut fra sine daglige omgivelser, noe som gjør at man ofte venter i det lengste med å behandle disse pasientene for psykiske lidelser. Legeforeningen anser derfor at intensjonen med forslaget om at også undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos aldersdemente skal kunne skje med tvang i kommunale sykehjem (eller boform med boformer for heldøgns omsorg og pleie) er god. Forslaget betinger en betydelig styrking av medisinsk og annen kompetanse i sykehjemmene enn hva vi har i dag. Regelverket i den daglige pleie vil måtte håndteres av kommunehelsetjenesten (for eksempel tilbakeholdelse i institusjon). Korrekt praktisering av et komplisert lovverk vil forutsette grundig opplæring og praksis, og dette kan ikke uten videre forventes utenfor psykiatrien. Legeforeningen anser ikke at utredningen tar høyde for disse forhold i sin vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.»

Nasjonalforeningen for folkehelsen slutter seg i hovedsak til forslagene og beskrivelsene og intensjonen i forslagene når det gjelder mennesker med aldersdemens. Foreningen slutter seg til forslaget forutsatt at dette bare gjelder personer med demens som har alvorlige psykiske lidelser. Foreningen støtter også intensjonen om å begrense bruken av tvangsmedisinering, selv om dette er nødvendig i enkelte tilfeller. Behandlingsiltakets effekt og eventuelle bivirkninger bør etter foreningens syn evalueres jevnlig.

Statens seniorråd skriver:

«Statens seniorråd er blitt gjort oppmerksom på at dette er en ordning som allerede praktiseres og som synes å være i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Ordningen kan oppfattes som praktisk og skånsom overfor pasienter som vil oppleve det som vanskelig å omstille seg og forholde seg til nytt miljø og nytt personale. Pasientene slipper også transport og flytting fram og tilbake mellom institusjonene. Vi mener derfor at det kan være riktig å få på plass en lov-hjemmel for dette. Selv om ansvaret for selve behandlingen skal ligge hos psykisk helsevern vil den daglige omsorgen ligge hos personalet på sykehjemmet. Vi vil derfor påpeke viktigheten av at pasienten blir godt ivaretatt på sykehjemmet. Dette krever at sykehjemmet har god kompetanse og nok ressurser. Det er ellers en fare for at vanskelig atferd hos aldersdemente vil bli tolket og behandlet som «psykotiske symptom», når de like gjerne kan være uttrykk

for frustrasjon over manglende stimuli eller mangel på tilrettelegging av miljøet.»

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse-
Nasjonalt kompetansesenter for demens støtter forslaget. Kompetansesenteret mener at konsekvensene vil bli økt etterspørsel etter alderspsykiatriske tjenester og at alderspsykiatrien derfor må styrkes både med økt kapasitet og kompetanse.

Statens helsetilsyn gir sin tilslutning til forslaget og framhever at dette kan bidra til hensiktsmessig oppfølging på rett nivå av en sårbar gruppe mennesker. Tilsynet skriver blant annet:

«Forslaget vil kunne optimalisere behandlingen innenfor kjente og trygge rammer for pasienten. Det er rimelig å anta at dette vil kunne sikre effekten av de iverksatte tiltakene på en god måte. Statens helsetilsyn vil understreke betydning av at det tvungne vernet kvalitetssikres av spesialister med rett kompetanse slik at etablering av tvang ikke kommer istedenfor andre lempeligere behandlings- og hjelpetiltak på kommunalt nivå.»

Norsk psykologforening støtter forslaget. Foreningen skriver blant annet:

«(...) Per i dag må pasienter med aldersdemens flyttes til akuttpsykiatriske avdelinger dersom de blir så syke på grunn av psykisk lidelse at de trenger akutt behandling under tvungent psykisk helsevern. Dette er selvsagt uheldig og inngripende for alle pasienter, men særlig for pasienter med demens som er sårbare for å utvikle forvirringstilstander. Selve flyttingen fra bosted til sykehus representerer en vesentlig endring i pasientens generelle situasjon, og forholdene ved akuttpsykiatriske avdelinger er tidvis preget av uro, noe som kan forverre pasientens tilstand. (...) Personell med høy kompetanse på demenstilstander og psykisk lidelser er nødvendig for å sikre pasienten korrekt behandling og den rettssikkerheten de har krav på.»

Nasjonalt folkehelseinstitutt (nå Folkehelseinstituttet) skriver:

«På tross av innvendingene som kan reises ved å utvide ordningen med tvungent vern uten døgnopphold til også å gjelde pasienter med aldersdemens i kommunale sykehjem og omsorgsboliger, ser vi at fordelene kan veie opp for ulempene.»

Stavanger kommune støtter forslaget. Kommunen støtter også forslaget om at dette kan skje gjennom veiledning av sykehjemslege og økte ambulante tjenester.

Fylkesmannen i Buskerud (nå statsforvalteren i Oslo og Viken) er positive til forslaget forutsatt at pasienten har fått en forsvarlig utredning for sin lidelse, men mener at det må ses i sammenheng med pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus (nå statsforvalteren i Oslo og Viken) støtter forslaget, men viser til at det vil være nødvendig å sikre rettsikkerheten til pasienten gjennom et godt samarbeid mellom behandlingsansvarlige ved sykehjemmet og faglig ansvarlig for vedtaket, herunder ved tilstrekkelig kompetanse og klare prosedyrer for gjennomføringen. Fylkesmannen anbefaler ellers at gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern i sykehjem harmoniseres med reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Helsedirektoratet skriver:

«Helsedirektoratet mener at forslaget kan fylle et tomrom i lovgivningen som bl.a. ble påpekt av Alderspsykiatrisk utvalg da pasl. kapittel 4 A var under utarbeidelse. Aldersdemente med psykiatriske diagnoser er ikke sjelden plassert i kommunale sykehjem. Der pasientene motsetter seg behandling for sine psykiatriske diagnoser, finnes ikke hjemmel for tvungen behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienten kan ende opp som «kasteball» mellom to grener av helsetjenesten, der psykiatrien ikke har ressurser til å ta seg av demente langtidspasienter, mens den kommunale helsetjenesten ikke har hjemmel til behandling av de psykiatriske lidelsene. Hensynet til pasientens helse og velferd påkaller en løsning med tydelig lovhjemling, noe utvalgets forslag legger opp til. Det er imidlertid viktig å etablere klare ansvarsforhold og retningslinjer for hvem som kan vurdere og ta avgjørelser, så vel som iverksette vedtakene. Tilstrekkelig veiledning og opplæring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for å etablere betryggende praktisering av tvungent psykisk helsevern i kommunale sykehjem.»

Bærum kommune støtter forslaget, men skriver:

«Vi oppfatter forslaget som mindre belastende for den demente beboer med alvorlig sinnslidelse enn dagens ordning. Vi vil likevel påpeke noen uklare områder i forslaget. Vi for-

utsetter at spesialisthelsetjenesten har ansvar for TPH uten døgnopphold slik som for andre hjemmeboende pasienter. Vi ønsker en presisering av at tvungen undersøkelse og behandling skal utføres av spesialisthelsetjenesten da våre institusjoner ikke er godkjent for tvang og vårt personale heller ikke har relevant kompetanse. Det må presiseres hva en mener med tvungen behandling i kommunal institusjon og hvem som skal utføre oppgavene i hverdagen. I den grad det er ønske om å overføre for eksempel tvangsmedisinering til sykehjemmet må det sikres tilstrekkelig kompetanse og veiledning.»

Levanger kommune mener at det må det tydeliggjøres at det forutsettes nært samarbeid mellom institusjonens tilsynslege og behandlingsansvarlig lege i psykisk helsevern. Dette er en pasientgruppe som ofte har flere sykdomstilstander og behandlingsansvaret må avklares også med tanke på dette.

Kommunesektorens organisasjon KS mener derimot at utvalgets forslag ikke bør følges opp. KS skriver:

«De ressursmessige konsekvensene av å gi kommunene utvidede oppgaver for tvangsbehandling er knapt nok berørt i utredningen. Samtidig er behandling ved bruk av tvang noe av det mest krevende helsetjenesten har ansvaret for. Det er nødvendig med solid medisinsk, juridisk og annen faglig kompetanse for å utføre tvangsoppgaver, til beste for pasientene. Slik KS ser det vil lovforslaget kreve en styrking av kommunenes ressursgrunnlag. Det vil bli nødvendig med flere ansatte og det vil bli nødvendig å styrke den faglige og administrative kapasiteten.

Forslaget om utvidelse av ordningen med tvungent vern uten døgnopphold vil dessuten skape nye utfordringer i oppgave- og ansvarsforholdene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Hvis et område som krever såpass spesialisert kompetanse delvis blir overført kommunene, så skapes det uklare grenser for ansvaret. KS mener at det kan få negative konsekvenser for den aktuelle pasientgruppa.»

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin skriver.

«I dette forslaget til lovendring utvider man hvilke situasjoner tvungen observasjon kan brukes i. Da tvangsbehandling er en behandlings-

form med potensielt alvorlige konsekvenser for den det gjelder, stilles det i dag strenge krav til materiell standard og faglighet på institusjoner der tvangsbehandling skal foregå. Det er derfor vanskelig å forstå hvordan man tenker at bruken av tvang skal kunne kvalitetssikres i institusjoner som ikke er godkjent for bruk av tvang. Det er også vanskelig å se for seg hvordan uavhengighetsprinsippet skal ivaretas i disse situasjonene. Skal faglig ansvarlig rykke ut til de aktuelle institusjonene for å gjøre sin vurdering innenfor det pålagte tidsrom?»

Holmestrand kommune skriver:

«Dette forslaget betinger en betydelig styrking av medisinsk og annen kompetanse i sykehjemmene enn hva vi har i dag. Dette begrunnes både med behovene for sikring av pasientenes rettssikkerhet og trygging av tilstrekkelige rammer for trygg utøvelse av helsehjelp. Utredningen synes på ingen måte å ta høyde for dette i sin vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.»

6.2.4.2 Tvangslovutvalgets forslag

Pasient- og brukerombudet mener at forslag om arenanøytralitet særlig er gunstige i forhold til pasienter med demensdiagnose som bor på sykehjem og som har behov for langtidsbehandling med psykofarmaka. Ombudet skriver blant annet:

«Tidligere har konsekvensen av dette vært at pasientene må overføres til spesialisthelsetjeneste. Dette er uheldig med tanke på at denne pasientgruppen har et særlig behov for stabilitet og trygge, kjente omgivelser. Vi forstår lovforslaget slik at det åpner for at behandlingen under visse vilkår kan gis i de kommunale helse- og omsorgstjenestene med veiledning fra spesialisthelsetjenesten.»

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), NTNU Samfunnsforskning AS skriver blant annet:

«Vi støtter utvalgets ambisjon om å lovregulere områder hvor det skjer rettighetsinngripende tiltak, særlig i kommunen, og hvor en tidligere har manglet lovhjælp. Vi mener samtidig at de løsninger lovutkastet introduserer styrker kommunens adgang til å bruke tvang, og hvor vi ser at en åpner for overføring av «tvangsopp-gaver» fra spesialisthelsetjeneste til kommune.

Dette er etter vår vurdering problematisk. Vi hadde heller ønsket at man gikk videre med dagens lovgiving, og i denne regulerte hvordan det psykiske helsevernet og kommunalt rus- og psykisk helsearbeid i fellesskap kunne utvikle tilbud som innen rammene av Psykisk helsevernloven regulerte adgang til nødvendige tvangstiltak.»

NAPHA er videre bekymret for at forslaget vil forsterke forventninger i spesialisthelsetjenesten om at personer med alvorlige psykiske lidelser i større grad skal håndteres i kommunen. De skriver blant annet:

«At en her bruker sterke faglige grunner som et kriterium for en slik løsning åpner man opp en stor diskusjon om hvem sine sterke faglige grunner – ev. hvilke sterke faglige grunner – som skal gjelde. At faktorer som kapasitet og økonomi vil bli innvevd i disse diskusjonene har vi lang erfaring for, jf. Samhandlingsreformen. Og mens kommunal veiledningsplikt er en ny plikt har spesialisthelsetjenestens ditto eksistert i lang tid. Det vil derfor være en definisjonsmessig tyngelighet mellom de to aktørgruppene. Vi kan ikke se at lovforslaget vurderer dette, og heller ikke at man etablerer beskravninger for å forhindre en slik uønsket oppgaveoverføring.»

NAPHA viser til at de ikke klarer å lese ut av Tvangslovutvalgets forslag om den uavhengige legen som skal undersøke pasienten i tillegg til vedtaksansvarlig vil være en lege i kommunen eller en lege i spesialisthelsetjenesten. NAPHA mener at det vil være helt sentralt for arbeidsmengden i det kommunale tjenesteapparatet.

Stange kommune skriver:

«Kommunen ser at det for noen pasienter kan være en fordel å få behandling i sitt kjente miljø. På en annen side setter dette store krav til kompetanse og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, noe kommunen er bekymret for om vil la seg realisere.»

Sykehuset i Innlandet, HF støtter forslaget, men bare for helseinstitusjoner, ikke for «bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester». De skriver blant annet:

«Bemannede omsorgsboliger vil neppe ha tilstrekkelig faglig bemanning hverken med lege

eller sykepleiere til å observere effekt og bivirkninger av behandlingen. Det bør ikke åpnes for bruk av tvang under usikre faglige forhold.»

Sykehuset i Vestfold HF mener at det vil være en stor fordel både for den enkelte og for samfunnets ressursbruk at tvangsbehandling kan skje utenfor institusjonen, men ikke i rom og lokaler i persons dagligliv.

Nasjonalforeningen for folkehelsen mener at det kan være positivt at det blir lettere for personen å få behandling der vedkommende er, men ser likevel en fare for utglidning slik at det kan være enklere å igangsette behandling på uklare indiksjoner. Foreningen mener at det må være klart fordelaktig for personen at det igangsettes medisinering med antipsykotika, men viser til at det stiller store krav til faglig kompetanse, og er bekymret for om denne finnes i kommunene.

Flere kommuner er bekymret for at forslaget legger opp til en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Ullensaker kommune skriver:

«Det kan bli utfordrende for kommunene å sikre tilstrekkelig faglig kompetanse og ressurser til å ivareta eventuelt nye arbeidsoppgaver hvis dette vil medføre at et stort antall personer skal, eksempelvis, motta depotinjeksjoner i eget hjem. Dette er som kjent oppgaver som tidligere har blitt utført av spesialisthelsetjenesten.

For eldre personer med alvorlig psykiske lidelser som oppholder seg i kommunal institusjon kan imidlertid oppmykning medføre et større samsvar mellom gjeldende og lovfestet praksis, i tråd med det utvalget skriver i NOU.»

Alver kommune skriver:

«Lovforslaget legger med dette til rette for utskriving til kommunane av fleire pasientgrupper:

- Dei som hittil har fått nødvendig avvikling av tvang og grenser, og tilvenning til aktiviteter og daglege gjeremål utan kontroll/restriksjonar, kan nå skrivast ut til kommunane mens det framleis er naudsynt med tvang /grenser/kontroll.
- Utskriving til kommunar av pasientar som er for sjuke og for farlege til å kunne nyttiggjere seg behandling i spesialisthelsetenesta, og som i realiteten er for sjuke og ofte

for farlege til å bli ivaretatt av kommunale helse- og omsorgstenester.

Så lenge det manglar eit statleg spesialtilbod til dei sjukaste og farlegaste pasientane, vil mange av desse no kunne kome til å bli skrivne ut til kommunane med grunngeving i redusert kapasitet i psykisk helsevern (...). Det kan sjå ut som om utvalet ikkje ser at endring i lovregulering av tvang kan føre til eit meir krevjande arbeidsmiljø med auka vald og truslar. Dette vil truleg gje problem med auka sjukefråvære, og igjen problem med å rekruttere kvalifisert personell. Det er all grunn til å tru at utvalet heller ikkje har forstått dei andre administrative og økonomiske konsekvensane, særleg for kommunane.»

Hamar kommune skriver:

«Det fremstår noe uklart om det i dette legges en forventning av at denne type oppgaver skal håndteres av kommunen og ikke av psykisk helsevern som i dag. I så fall stiller vi spørsmål om det er sannsynlig at kommunene klarer å opparbeide omsorgsarenaer hvor denne kompetansen finnes, herunder fagskjønnsmessige vurderinger, etiske betraktninger og vedtaksamt gjennomføringskompetanse.»

Tvangsforsk er bekymret for at lovforslaget kan medføre mer tvang i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og mener at kommunene i så fall må få bygget opp kompetanse og få tildelt tilstrekkelige ressurser til å utføre oppgavene.

Helsedirektoratet mener at det er positivt at behandling av alvorlig psykisk syke personer med demens som motsetter seg behandling, skal kunne foregå i sykehjemmet, slik at de ikke må transporteres til sykehus for behandling etter psykisk helsevernloven.

Sykehuset i Telemark HF, klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling skriver:

«Gjennomføring av tvangsmedisinering utenfor lokaler personen pleier å oppholde seg i/ bruker i det daglige umuliggjør å gi medisiner skjult til pasienter med for eksempel langt kommen demens som bor på sykehjem. Det er nå regulert i pbrl. Kap. 4A for behandling av somatisk sykdom, og det er ønskelig også å kunne gjøre det i perioder der det er behov for bruk av antipsykotika ved psykotiske symptomer eller svær agitasjon/aggresjon som er å anse som symptomer ved demens (APSD:

atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens) – altså ikke en alvorlig sinnslidelse. På den måten vil man kunne sikre behandling med minst mulig bivirkninger, da man fra dag til dag kan vurdere dette og endre dosen. Dermed kan man unngå depotmedisinering av en meget sårbar pasientgruppe som ikke bør ha antipsykotika over lengre tid.»

6.2.5 Departementets vurderinger og forslag

6.2.5.1 Innledning

Departementet slutter seg til Tvangslovutvalgets vurdering av at snevre tvangshjemler fra et menneskerettslig synspunkt har en verdi i seg selv samtidig som helsetjenesten i spesielle tilfeller kan ha plikt til å gi helsehjelp mot pasientens vilje for å unngå svært uheldige konsekvenser for pasientens helse. Departementet er også enig med Tvangslovutvalget i at det er gode grunner til å være tilbakeholden med å tillate tvangsbruk utenfor institusjon i psykisk helsevern.

Det har på den annen side skjedd grunnleggende endringer i tjenestene. Antallet sengeplasser i sykehus er bygget ned og det har skjedd en dreining mot poliklinisk og ambulant oppfølging.

Departementet mener videre at det må tas hensyn til at mange har lang reisevei til psykisk helsevern og at transport mellom institusjoner kan være særlig krevende for veldig syke pasienter. Departementet ser det som viktig at regelverket er tilstrekkelig fleksibelt til å unngå uverdige situasjoner.

Departementet støtter derfor utvalgenes vurdering av at det er nødvendig med en oppmykning av regelverket.

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, blant annet *Pasient- og brukerombudet*, *Nasjonalforeningen for folkehelsen*, *Helsedirektoratet*, *Legeforeningen*, *Statens seniorråd*, *Nasjonalt kompetansesenter for aldring – Nasjonalt kompetansesenter for demens (nå Nasjonalt senter for aldring og helse)*, *Statens helsetilsyn*, *Norsk psykologforening* og *Folkehelseinstituttet* støtter intensjonen om et mer arenafleksibelt regelverk.

Kommunesektorens organisasjon (KS) støttet derimot ikke forslaget fra Paulsrud-utvalget. KS mente blant annet til at forslaget ville gi uklare grenser mellom spesialisthelsetjenestens og kommunenes ansvar. Departementets lovutkast klarer at tvangsbehandlingen skal være spesialisthelsetjenestens ansvar, men at behandlingen kan

gjennomføres i et kommunalt sykehjem. Tvangsbehandlingen skal også forutsette en avtale med den aktuelle kommunen, som også står fritt til å si nei til at behandlingen gjennomføres i kommunens sykehjem.

Departementet legger til grunn at hovedmålgruppen for utvalgenes forslag vil være pasienter som har en alvorlig demenssykdom i tillegg til alvorlig psykisk lidelse. Departementet vurderer det likevel som uaktuelt å foreslå egne regler for pasienter med bestemte diagnoser, slik Paulsrud-utvalget foreslo.

6.2.5.2 Behandling av psykiske lidelser med legemidler uten eget samtykke utenfor institusjon for psykisk helsevern

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (tvungent vern) kan gjennomføres uten døgnopphold i institusjon. Pasienten kan da bo hjemme eller i en institusjon, for eksempel et sykehjem.

Tvungent vern med døgnopphold blir vanligvis etablert før det eventuelt treffes vedtak om overføring til tvungent vern uten døgnopphold (TUD) etter psykisk helsevernloven § 3-5. Det er likevel ikke et krav om forutgående døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.

TUD kan blant annet omfatte legemiddelbehandling uten eget samtykke. Behandling med legemidler kan derimot ikke gjennomføres utenfor institusjon for psykisk helsevern, når dette ikke er ønsket av pasienten og når gjennomføringen krever bruk av fysisk tvang.

Departementet mener loven i større grad bør åpne for å kunne gi legemiddelbehandling utenfor institusjon for psykisk helsevern, når dette er til beste for pasienten. Spørsmålet er hvilke rammer det skal være for å behandle pasienter med alvorlige psykiske lidelser («alvorlig sinnslidelse»), utenfor institusjon i psykisk helsevern med legemidler når de motsetter seg behandlingen.

Ifølge Tvangslovutvalget har enkelte alderspsykiatriske institusjoner så å si aldri pasienter under tvungent vern uten døgnopphold. Tvangsvedtak blir systematisk opphevet i forbindelse med utskrivning fra institusjon i psykisk helsevern, ofte til et sykehjem.

Tvangslovutvalget viste videre til at det å bli flyttet fra vante omgivelser vil kunne oppleves som et større inngrep enn å få behandling med legemidler utenfor en psykisk helseverninstitusjon. Å avslutte behandling av psykiske lidelser med legemidler ved utskrivning fra psykisk helsevern kan videre framstå som et uakseptabelt alternativ.

Departementet slutter seg til utvalgets vurderinger. Dagens regulering fører blant annet til at fysisk skrøpelige og sterkt forvirrede personer som motsetter seg behandling av alvorlige psykiske lidelser med legemidler, i noen tilfeller må transporteres til en institusjon i psykisk helsevern for å få nødvendig behandling.

For forvirrede og fysisk skrøpelige pasienter, vil regelmessig transport, typisk fra et sykehjem til en institusjon i psykisk helsevern, for nødvendig legemiddelbehandling, kunne framstå som uforholdsmessig inngripende.

Høringsinstansene er i hovedsak positive til forslaget om en begrenset adgang til å gjennomføre behandling som pasienten motsetter seg, i helseinstitusjon utenfor psykisk helsevern. En del instanser, blant annet Tvangsforsk og flere kommuner, er derimot bekymret for at forslaget om at det samme skal gjelde i bolig som er særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester, vil føre til økt tvangsbruk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og at kommunene ikke har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å utføre oppgavene.

I tillegg til sykehjem, regnes også tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp (KAD) som helseinstitusjoner etter forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. Kommunens plikt til å tilby slike plasser er likevel begrenset til pasienter og brukere som kommunen har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at forslaget avgrenses til å gjelde sykehjem.

Tvangslovutvalget foreslo at det skulle kreves at det i det aktuelle tilfellet er sterke faglige grunner som tilsier at behandling bør gjennomføres i institusjon utenfor psykisk helsevern. Departementet ser at det vil kunne oppstå tvil om hvilke faglige grunner som er relevante og hvilken instans sine vurderinger som skal slå gjennom ved uenighet. Departementet mener dessuten at det sentrale må være at man i det konkrete tilfellet finner en god løsning for personen. Departementet er derfor kommet til at det må være tilstrekkelig at det er den klart beste løsningen for pasienten at gjennomføringen av vedtak om tvungen behandling etter psykisk helsevernloven skjer i sykehjemmet.

Departementet foreslår på denne bakgrunn en ny bestemmelse i psykisk helsevernloven om at legemiddelbehandling av alvorlige sinnslidelser som pasienten motsetter seg, skal kunne gjennomføres i sykehjem når det er en klart bedre løsning for pasienten.

Departementet mener at det fortsatt skal være faglig ansvarlig i psykisk helsevern som skal treffe vedtak om behandling uten eget samtykke etter § 4-4 og at spesialisthelsetjenesten skal være ansvarlig for gjennomføringen av tvangsvedtakene. Departementet mener videre at kravet om at det må være den klart beste løsningen for pasienten at gjennomføringen av vedtak om tvungen undersøkelse eller behandling etter psykisk helsevernloven skjer i et sykehjem, forutsetter et tett og godt samarbeid mellom den faglig ansvarlige for tvangsvedtaket i psykisk helsevern og personellet som har ansvaret for pasienten på det aktuelle sykehjemmet. Departementet foreslår derfor at det lovfestes at gjennomføring av et tvangsvedtak i sykehjem krever at spesialisthelsetjenesten og kommunen har inngått avtale om dette. Departementet legger til grunn at det vil være mest aktuelt at kommuner tar initiativ til slike avtaler for å kunne gi et best mulig tilbud til pasienter som allerede er på sykehjem og der det er stor risiko for at pasienten vil bli dårligere av å bli flyttet. Spesialisthelsetjenesten vil ha ansvaret for at vilkårene for tvungen psykisk helsevern og undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven §§ 3-3 og 4-4 er oppfylt. Det innebærer blant annet at spesialisthelsetjenesten må godtgjøre at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og ta stilling til hvilke legemidler og hvilke doser pasienten skal få. Den praktiske gjennomføringen av behandlingen må skje innenfor rammen av det alminnelige forsvarlighetskravet. Det betyr blant annet at kommunen må kunne si opp avtalen med spesialisthelsetjenesten hvis det viser seg at gjennomføringen av tvangsvedtaket blir for krevende for sykehjemmet.

Det er frivillig for kommunen om den vil inngå en slik avtale. Undersøkelsene og behandlingen ikke vil være en del av kommunens «sørge for ansvar», og kommunen kan også sette betingelser knyttet til dekning av utgiftene forbundet med gjennomføringen.

Helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samarbeid med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Dette følger av forsvarlighetskravet som blant annet er nedfelt i helsepersonelloven § 4.

Tjenestene har blant annet plikt til å legge til rette for at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. I det ligger det blant annet at kommunen må sørge for at personellet som skal gjennomføre tvangsbehandlingen på sykehjemmet, får tilstrekkelig opplæring. Det må dessuten være avklart hvem de skal konferere med hvis de er usikre.

Spesialisthelsetjenesten må særlig følge med på om vilkårene for tvangsbruk fortsatt er oppfylt, blant annet om legemiddelbehandlingen har den ønskede virkningen og om virkningen klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Det kreves altså løpende og god informasjonsutveksling. Departementet mener at det må være opp til tjenestene å avtale hvordan forsvarlighetskravet, herunder behovet for informasjonsutveksling, skal ivaretas for den aktuelle pasienten.

I denne proposisjonen foreslår departementet at den generelle regelen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 om helsehjelp til ikke beslutningskompetente pasienter som ikke motsetter seg helsehjelpen, også skal gjelde for pasienter som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse. Se punkt 6.1. Så lenge pasienten ikke motsetter seg behandlingen og selve gjennomføringen, vil bruk av legemidler til behandling av alvorlige sinnslidelser dermed kunne besluttes og administreres av helsepersonell ved en institusjon utenfor psykisk helsevern så langt dette er forsvarlig.

Departementet foreslår ingen endringer i adgangen til å behandle pasienter med alvorlig sinnslidelse som mangler beslutningskompetanse og motsetter seg, kun hvor dette kan finne sted. Alle vilkårene for tvungen behandling må derfor være oppfylt, jf. psykisk helsevernloven § 4-4. Når pasienten motsetter seg behandlingen, vil det derfor fortsatt også måtte treffes vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 3.

Noen pasienter med alvorlig sinnslidelse har i tillegg en alvorlig demenslidelse. Disse vil kunne ha nytte av at den psykiske lidelsen behandles med antipsykotika. Pasienter med demenssykdom har likevel ofte liten effekt av antipsykotiske legemidler samtidig som de ofte får omfattende bivirkninger. Behandling av alvorlige sinnslidelser med antipsykotiske legemidler vil derfor være aktuelt for svært få pasienter i sykehjem.

Departementet antar også at de fleste av pasientene som både har en alvorlig sinnslidelse og alvorlig demens som det kan være aktuelt å behandle med antipsykotika, vil kunne behandles

med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 fordi de ikke motsetter seg.

Psykisk helsevernloven stiller ikke krav om hvor faglig ansvarliges personlige undersøkelse av pasienten og de obligatoriske legeundersøkelsene før det kan treffes vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal skje. Loven stiller heller ikke krav om hvor faglig ansvarliges undersøkelse før det kan treffes vedtak om behandling uten eget samtykke, skal skje.

6.2.5.3 *Nærmere om gjennomføringen av undersøkelse og behandling uten eget samtykke*

Vedtak om undersøkelse eller behandling uten eget samtykke skal bare treffes når det vurderes som helt nødvendig, dvs. når alle lovens vilkår er oppfylt. Hvis pasienten motsetter seg gjennomføringen av vedtaket vil det kunne være behov for å bruke fysisk makt for å sikre at pasienten får den nødvendige behandlingen. Psykisk helsevernloven begrenser imidlertid bruken av fysiske tvangsmidler til institusjon i psykisk helsevern, jf. loven § 4-8.

Etter psykisk helsevernloven § 4-8 kan tvangsmidler som enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, kortvarig fastholding, mekaniske tvangsmidler (f.eks. belter) og kortvarig isolasjon, brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten 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.

Bestemmelsene gjelder som nevnt, bare for institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern. De er altså ikke arenafleksible, og må endres for å kunne gjennomføre legemiddelbehandling med fysisk tvang slik departementet foreslår i punkt 6.2.5.2.

Departementet mener at man bør være varsom med å åpne for at helsetjenesten kan bruke fysisk makt ved gjennomføring av vedtak om behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven utenfor institusjon i psykisk helsevern.

Departementet mener derfor at adgangen til å bruke fysisk makt i gjennomføringen av vedtak om behandling uten eget samtykke bør være snevrere i sykehjem enn i institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern. Departementet foreslår at det skal gå fram av psykisk helsevernloven at

enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt og kortvarig fastholding skal kunne brukes etter vilkårene i § 4-8 når dette er nødvendig for å gjennomføre legemiddelbehandlingen i sykehjem. Korttidsvirkende legemidler vil i realiteten oftest dreie seg om beroligende legemidler.

Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet mv. og kortvarig isolering vil dermed ikke kunne brukes.

Departementet legger til grunn at det sjelden vil være nødvendig å bruke tvangsmidler ved gjennomføringen av behandlingen, og at det ikke i noe tilfelle er nødvendig for å gjennomføre forutgående undersøkelser på sykehjemmet.

Tett samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er en nødvendig forutsetning for gjennomføring av undersøkelse og behandling av alvorlige psykiske lidelser som pasienten motsetter seg, i sykehjem. Departementet foreslår derfor at det skal gå fram av loven at vedtak om at behandling uten eget samtykke skal gjennomføres i sykehjem, forutsetter at det er inngått en avtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen for den aktuelle pasienten.

Departementet slutter seg i utgangspunktet til Tvangslovutvalgets vurdering av at det er gode grunner til at pasientens privatliv, som ellers ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), bør sikres ved at slik behandling ikke kan skje på pasientens rom eller i lokaler han eller hun bruker i det daglige. Departementet mener på den annen side at de samme hensynene som taler for å ikke flytte pasienten til en institusjon i psykisk helsevern, kan tale for at pasienten blir undersøkt og behandlet der de føler seg tryggest. Departementet mener at dette særlig vil gjelde for pasienter som er sterkt forvirrede og som følge av forvirringen, tåler endringer dårlig. Departementet foreslår på denne bakgrunn at tvungen undersøkelse og tvungen behandling på sykehjem ikke skal kunne gjennomføres på personens rom eller i lokaler som vedkommende bruker i det daglige med mindre dette er den klart beste løsningen for pasienten.

Departementet viser til at det som følge av stor risiko for alvorlige bivirkninger svært sjelden vil være aktuelt å gi pasienter med alvorlig demens og alvorlig sinnslidelse depotinjeksjoner som pasienten motsetter seg. Departementet legger derfor til grunn at den mest aktuelle formen for tvang vil være å blande legemidler inn i mat og drikke uten at pasienten får vite det.

Vedtak om at behandling uten eget samtykke skal gjennomføres i sykehjem vil kunne påklages til statsforvalteren, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 a tredje ledd.

Videre skal vedtak om bruk av tvangsmidler i sykehjem, i likhet med vedtak om bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold, kunne påklages til kontrollkommisjonen. Klagen vil måtte behandles av kontrollkommisjonen for enheten faglig ansvarlig for vedtaket etter § 4-4 er knyttet til.

Se utkastet til psykisk helsevernloven ny § 4-8 a.

6.3 Samme adgang til varslings- og lokaliseringsteknologi for personer med utviklingshemning

6.3.1 Innledning

Departementet foreslår at dagens særregel i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 oppheves slik at mennesker med utviklingshemning som ikke motsetter seg får samme mulighet til å gjøre seg nytte av varslings- og lokaliseringsteknologi som andre pasienter og brukere.

6.3.2 Gjeldende rett

6.3.2.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven har generelle regler om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av *tekniske innretninger for varsling og lokalisering* som ledd i helse- og omsorgstjenester til pasient eller bruker over 18 år, som ikke har samtykkekompetanse, men som ikke motsetter seg tiltaket. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 a. Det går fram av Helsedirektoratets rundskriv til bestemmelsen at den omfatter teknologi for å varsle helse- og omsorgspersonell om endringer i situasjonen eller behov hos pasient eller bruker, og teknologi som kan beregne og opplyse om brukers eller pasients geografiske posisjon. Eksempler kan være fallalarmer, bevegelsesalarmer og GPS. Bestemmelsen er teknologinøytral, det vil si at også andre typer teknologi som har som formål å varsle eller lokalisere en person, er omfattet. Teknologi som gjør bruk av lyd eller bilde, kan også omfattes forutsatt at lovens vilkår er oppfylt. Bestemmelsen gir likevel ikke hjemmel for kontinuerlig observasjon eller overvåkning med bilde eller lyd.

Ifølge § 4-6 a andre ledd må tiltaket være nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade

på pasienten eller brukeren og være i pasientens eller brukerens interesse. Det skal blant annet legges vekt på om tiltaket står i et rimelig forhold til den aktuelle risikoen, om tiltaket framstår som det minst inngripende alternativet, og om det er sannsynlig at pasienten eller brukeren ville ha gitt tillatelse til tiltaket. Der det er mulig, skal det innhentes informasjon fra pasientens eller brukerens nærmeste pårørende om hva pasienten eller brukeren ville ha ønsket. Bestemmelsen kan ikke brukes hvis pasienten eller brukeren motsetter seg tiltaket.

For bruk av *medisinsk teknisk utstyr for varsling* gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Bestemmelsen omfatter medisinsk teknologi for varsling om endringer i helsestilstand, som for eksempel hjerteovervåkning, epilepsialarm, sensorteknologi som varsler temperaturendringer, hjerterytme osv. Se omtale av bestemmelsen i punkt 6.1.

Kapittel 4 A regulerer adgangen til å gi helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen og om gjennomføring av slik helsehjelp med tvang.

For helsehjelp som faller utenfor virkeområdet til helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, det vil si helsehjelp som har andre formål enn pleie- og omsorgsformål, gjelder pasient- og brukerrettighetsloven kapitlene 4 og 4 A også der pasienten har psykisk utviklingshemming.

6.3.2.2 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har særlige regler om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming som ledd i tjenester som ikke er å anse som helsehjelp.

Det går fram av § 9-2 at kapitlet gjelder for personer med psykisk utviklingshemming. I den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer – 2015 (ICD-10) er tilstanden psykisk utviklingshemming beskrevet slik:

«Psykisk utviklingshemming er en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske eller somatiske lidelser.»

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger alltid å anse som tvang og makt overfor personer med utviklingshemming, uavhengig av motstand. Dette følger av § 9-2 andre ledd andre punktum. Det har ikke betydning for tvangsdefinisjonen om brukeren eventuelt selv ønsker at innretningen skal tas i bruk, og det gjøres etter kapittel 9 ingen vurdering av samtykkekompetanse.

Det går fram av Helsedirektoratets rundskriv at inngripende varslingssystemer også omfatter systemer for observasjon/overvåkning og sporing/lokalisering, og at begrepet tekniske innretninger omfatter både mekaniske og elektroniske innretninger, og at det først og fremst siktes til systemer der varslingen utløses automatisk når tjenestemottakeren foretar visse handlinger, for eksempel står opp av sengen eller går ut av ytterdøren, og derved gir omgivelsene (tjenesteyter eller andre) informasjon om hva som skjer. Systemer for sporing/lokalisering og overvåkning anses i utgangspunktet som inngripende tiltak. Det vanligste eksemplet på sporing-/lokaliseringstiltak er bruk av GPS for å kunne følge med på brukerens bevegelser og lokalisere personen. Overvåkningstiltak er bruk av utstyr som registrerer bilde og/eller lyd, for eksempel kamera eller monitoreringsutstyr som babycall eller annet. Alle disse tiltakene vil være å anse som tvang eller makt overfor personer med utviklingshemming.

Det kan treffes vedtak om bruk av slike innretninger som planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner eller som tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak. Det kreves som hovedregel, at andre løsninger enn bruk av tvang eller makt har vært prøvd. Tiltaket må dessuten være faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte brukeren eller pasienten. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og stå i forhold til formålet som skal ivaretas. Dette går fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 9-5.

Av Prop. 90 L (2012–2013) punkt 7.4 følger at helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 innenfor sitt virkeområde, går foran pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a.

I tillegg til å ha strengere vilkår, stiller helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 krav om en mer omfattende utredning og saksbehandling enn

det som gjelder etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a, blant annet ved at spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene og at vedtak skal godkjennes av statsforvalteren før det iverksettes.

6.3.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo felles regler for helse- og omsorgstjenesten om adgang til å bruke inngripende tekniske innretninger for varsling, lokalisering og observasjon som personen ikke motsetter seg. Det skulle ikke lenger være egne, strengere regler for mennesker med «psykisk utviklingshemning».

Vedtak om bruk av inngripende tekniske innretninger for varsling, lokalisering og observasjon skulle kunne treffes overfor personer som har fylt 18 år, mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg. Fordelen for personen måtte overstige ulempene og personen måtte antas å ville ha samtykket hvis vedkommende hadde vært beslutningskompetent. Bruk av medisinsk teknisk utstyr etter sitt formål skulle vurderes sammen med tiltaket de er knyttet til. Tiltaket måtte i tillegg være egnet til og nødvendig for å hindre eller begrense fare for personens eget liv eller for at personen skal bli påført helse-skade. Vedtaket skulle kunne ha en varighet på inntil ett år.

For bruk av tekniske innretninger til kontinuerlig observasjon av viljestyrt atferd med lyd, bilde eller lignende skulle det måtte treffes tvangsvedtak.

Se nærmere omtale i NOU 2019: 14 punkt 25.5.4.5.

6.3.4 Høringsinstansenes syn

Datatilsynet skriver:

«Inngrep i den enkeltes personlige integritet ved at deres atferd og bevegelser overvåkes og registreres uten at deres samtykke foreligger, må i et rettssikkerhetssamfunn være strengt regulert i klare hjemmelsgrunnlag med tydelige vilkår (...)

I lovutkastet er det foreslått ulike vilkår for bruk av tvang avhengig av om personen uten beslutningskompetanse motsetter seg tiltaket eller ikke. Fra et personvernståsted fremstår dette som fornuftig (...) Vi presiserer likevel at også personer som ikke motsetter seg bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi må ha visse rettssikkerhetsgarantier og må sikres en

grunnleggende ivaretagelse av personvernet. (...)

Vi vil også fremheve at bruk av teknologi i mange tilfeller kan oppleves som mindre inngripende enn for eksempel fotfølging og overvåking ved at en person er fysisk til stede, noe som er tillatt også etter dagens regelverk. Vi kan derfor ikke se at hensynet til privatlivet skal være til hinder for bruk av teknologi ved kontinuerlig observasjon.

(...) Datatilsynet vil likevel påpeke at den dataansvarlige (virksomheten/institusjonen som tar teknologien i bruk) har ansvar for at tiltaket ikke er mer inngripende enn nødvendig selv om det gjennomføres på lovlig måte. Dette er ett av flere grunnprinsipper som kommer til uttrykk i EUs personvernforordning (GDPR) artikkel 5, som den dataansvarlige plikter å følge. Det er for eksempel viktig at opptakene/dataene ikke lagres lenger enn nødvendig og at virksomheten/institusjonen har gode rutiner for sletting. Videre er det avgjørende med god tilgangsstyring, det vil si at personer som ikke har behov for å se/høre opptakene ikke har tilgang til disse, og at opptakene ikke brukes til andre formål enn overvåking av hensyn til personen selv. Vi viser igjen til grunnprinsippene i personvernforordningen artikkel 5.»

Hesledirektoratet hadde innvendinger mot enkelte elementer i Tvangslovutvalgets lovutkast. Direktoratet pekte blant annet på at den foreslåtte definisjonen av inngripende innretninger var snevrere enn den som blant annet ble brukt i Velferdsteknologiprogrammet, ved at den bare omfattet observasjon med videre av såkalt «viljestyrt atferd». Direktoratet mente at begrensningen til kontroll med såkalt viljestyrt atferd, var for snever.

I sitt høringsvar til den andre høringen i 2021 viste direktoratet til at bruk av teknologi for varsling, sporing mv. i tjenestene til personer med utviklingshemning i dag er regulert som tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, uavhengig av om personen motsetter seg tiltaket eller ikke. Direktoratet skriver:

«Med dette regelverkets strenge vilkår og særlige saksbehandlingskrav, som er ment å gjøre terskelen høy for bruk av tiltak etter kapitlet, utgjør rettstilstanden i praksis et effektivt hinder for spredning av trygghets- og mestrings-teknologi til denne gruppen. Utfordringen er langt på vei løst i Tvangslovutvalgets forslag. Vi ser imidlertid at det nå er behov for en snarlig endring av rettstilstanden på dette området, for

at også personer med utviklingshemming skal kunne ta i bruk trygghets- og mestringsteknologi i samsvar med målsetningene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Vi vurderer at denne endringen kan gjennomføres uten ytterligere utredninger.»

Bergen kommune peker på at en døralarm vil kunne vurderes som et mindre inngripende alternativ enn for eksempel jevnlig å kontrollere om beboere sover.

6.3.5 Departementets vurderinger og forslag

Bakgrunnen for særreglene for mennesker med «psykisk utviklingshemming» går fram av Prop. 90 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)* punkt 7.4:

«Enkelte høringsinstanser har påpekt at det er uheldig med ulik regulering av bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og i forslaget her.

Reguleringen av tvang og makt overfor utviklingshemmede ble innført på bakgrunn av den tidligere institusjonsomsorgen. Formålet med lovgivningen er å redusere bruken av tvang og makt, og sikre personlig integritet og rett til selvbestemmelse, så langt det er mulig. Erfaringene med reglene er i hovedsak positive og departementet har ikke vurdert å endre disse.»

Det har skjedd store endringer i tjenestetilbudet til personer med «psykisk utviklingshemming» og en vesentlig teknologisk utvikling etter at denne vurderingen ble gjort. Moderne varslings- og lokaliseringsteknologi kan bidra til at personer med kognitiv svikt som er avhengige av helse- og omsorgstjenester, får et selvstendig, trygt og verdig liv. Departementet viser blant annet til at trygghets- og mestringsteknologi til barn, unge og unge voksne med nedsatt funksjonsevne, har vært et særlig satsingsområde i nasjonalt velferdsteknologiprogram som er videreført ut 2024.

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi kan på den annen side gripe inn i grunnleggende rettigheter til privatliv og kontroll med egne personopplysninger ved at teknologien kan innhente mye privat og personlig informasjon. Bruk av slik teknologi må derfor ha et gyldig rettsgrunnlag i form av samtykke eller hjemmel i lov. Slike tiltak

skal bare brukes når det framstår som et gode for pasienten, og nytten er større enn ulempene ved inngrep i privatlivet.

I dag er bruk av slik teknologi i tjenestene til personer med «psykisk utviklingshemming» regulert som tvang uavhengig av om personen har beslutningskompetanse i spørsmålet og uavhengig av om personen motsetter seg tiltaket eller ikke. Lovens strenge vilkår og særlige saksbehandlingskrav er ment å gjøre terskelen for bruk av tiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 høy.

Departementet ser at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i mange tilfeller vil være mindre inngripende enn alternative tiltak som for eksempel fotfølging og overvåking ved at en person er fysisk til stede. Departementet har også merket seg at *Datatilsynet* ut fra en slik avveining ikke kan se at hensynet til privatlivet er til hinder for bruk av teknologi ved kontinuerlig observasjon.

Departementet mener at målet om å tilby likeverdige tjenester og målene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram taler for at også mennesker med «psykisk utviklingshemming» skal kunne få bruke trygghets- og mestringsteknologi som de ikke motsetter seg uten at det må treffes tvangsvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Departementet mener at ny teknologi vil kunne gi pasienter og brukere mer individuelt tilrettelagte tjenester og bidra til å forebygge tvangsbruk. Departementet ser det derfor som viktig at regelverket ikke er til hinder for nyvinninger.

Departementet slutter seg til Helsedirektoratets vurdering i høringen i 2021 av at det er behov for en endring av rettstilstanden på dette området, for at mennesker med «psykisk utviklingshemming» skal kunne få samme tilgang til moderne trygghets- og mestringsteknologi som andre brukere. Flere høringsinstanser, blant annet *Helsedirektoratet*, mente at Tvangslovutvalget i sitt lovutkast la opp til for strenge vilkår. Tvangslovutvalgets forslag inngår dessuten i et utkast til ny felles lov om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 må tiltaket være «nødvendig for å hindre eller begrense vesentlig skade», reell og konkret risiko må dokumenteres og tiltaket anses som tvang. Terskelen blir høyere fordi tvang er noe som bør unngås. Dette gjenspeiles i statsforvalternes praksis.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a anses ikke bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi som brukeren ikke motsetter seg, som

tvang og i motsetning til etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er det tilstrekkelig at tiltaket er «nødvendig for å hindre eller begrense risiko for skade». Videre er også pårørendes bekymring relevant i vurderingen av vilkårene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a.

Departementet mener at de generelle bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 a om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi også gir trygge rammer for bruk av velferdsteknologi for personer med utviklingshemning. Det vil fortsatt måtte vurderes konkret hvilke tiltak som er minst inngripende og best egnet for den aktuelle personen. Hvilket tiltak som er minst belastende for den enkelte må inngå i vurderingen. Bruk av GPS kan for eksempel være et mindre inngripende og mer forholdsmessig tiltak enn at en person ikke får gå tur alene.

Med den foreslåtte endringen vil det være klart at mennesker med «psykisk utviklingshemning» som har beslutningskompetanse i spørsmålet som alle andre, vil kunnesamtykke til bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi.

Hvorvidt personen er beslutningskompetent, må vurderes konkret. Spørsmålet kan for eksempel være om pasient eller bruker skjønner at det å ha en GPS rundt halsen når de går tur slik at noen kan følge med på hvor de til enhver tid er, er det reelle alternativet til at de kan komme til å gå seg bort og komme til skade, eller i at de ikke kan gå tur uten følge.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a ivaretar hensynet til brukerens selvbestemmelse gjennom vilkåret om at pasienten må mangle beslutningskompetanse i spørsmålet om bruk av den konkrete varslings- eller lokaliseringsteknologien. Departementet mener at dette vilkåret sammen med de øvrige rammene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a vil ivareta rettssikkerheten til mennesker med «psykisk utviklingshemning» som ikke motsetter seg tiltaket på en god måte, samtidig som de sikrer at denne brukergruppen får samme tilgang til moderne velferdsteknologi som andre brukergrupper.

Ved vurderingen av om det skal tas i bruk varslings- eller lokaliseringsteknologi overfor mennesker med «psykisk utviklingshemning», er det særlig viktig å ta i betraktning at disse personene ofte vil kunne trenge støtte og bistand gjennom hele livet. Det må derfor vurderes grundig om slik teknologi er den beste måten å håndtere personens utfordringer på, eller om det finnes bedre løsninger i det konkrete tilfellet enn bruk av teknologi. Det kan for eksempel være at personen har en somatisk eller psykisk lidelse og har behov for helsehjelp, eller at opplæring eller økt selvbestemmelse er en bedre løsning. Det er viktig at teknologi ikke blir en livslang «enkel løsning» på utfordringer personen egentlig trenger annen hjelp for.

Departementet foreslår ingen endringer i adgangen til å bruke inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger som personer med «psykisk utviklingshemning» motsetter seg. Disse situasjonene vil dermed fortsatt være regulert i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A alt etter hvilken type hjelp teknologien brukes i forbindelse med.

Departementet støtter ellers Datatilsynets påpekning av at den dataansvarlige (virksomheten/institusjonen som tar teknologien i bruk) har ansvar for at et tiltak ikke er mer inngripende enn nødvendig. Dette følger blant annet av EUs personvernforordning, som også krever at data ikke lagres lenger enn nødvendig. Se også departementets vurdering av lagringstid og sletting av data i Prop. 90 L (2012–2013) punkt 7.2.3.9.

Departementet foreslår etter dette at særregelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2 andre ledd andre punktum oppheves, og at det lovfestes at pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi også skal gjelde for personer med «psykisk utviklingshemning».

Se utkastet til helse- og omsorgstjenesteloven § 9-2.

7 Styrket samfunnsvern

7.1 Begrensninger i adgangen til å nekte pårørendeinvolvering

7.1.1 Innledning

Departementet foreslår at beslutningskompetente pasienter ikke skal kunne nekte pårørende informasjon og medvirkning når hensynet til barn pasienten har omsorgsansvar for taler for pårørendeinvolvering, eller når en pasient med alvorlig sinnslidelse utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

7.1.2 Gjeldende rett

7.1.2.1 Hvem som er pårørende

Utgangspunktet er at pårørende og nærmeste pårørende er den pasienten selv oppgir. Når pasienten er «ute av stand» til dette, er det avgjørende hvem som «i størst utstrekning har varig og løpende kontakt». Det tas likevel utgangspunkt i en opplisting: «ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten eller brukeren, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten eller brukeren nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.»

Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst grad har hatt varig og løpende kontakt med pasienten rettigheter som nærmeste pårørende uavhengig av hvem pasienten selv har oppgitt, med mindre særlig grunner taler imot dette.

Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

7.1.2.2 Pårørendes rett til å involvere seg etter pasient- og brukerrettighetsloven

Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det, skal nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukernes helsetilstand og helse-

hjelpen som ytes. Det samme gjelder hvis forholdene tilsier det. Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 første ledd.

Alternativet «forholdene tilsier det» vil ifølge Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 blant annet være aktuelt i situasjoner hvor det ikke er mulig å få pasientens eller brukernes samtykke, men der det ikke foreligger opplysninger om motsetninger mellom pasientens eller brukernes og nærmeste pårørendes interesser.

Samtykke kan gis uttrykkelig eller stilltiende. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene ellers er sannsynlig at hun eller han godtar at det blir gitt informasjon, sml. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-2.

Når pasienten eller brukeren er over 16 år og som følge av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, åpenbart ikke kan ivareta interessene sine, har pasientens eller brukernes nærmeste pårørende rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i pasientens eller brukernes helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. De skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 andre ledd jf. § 3-2.

Når pasienten er under 16 år, skal foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, som hovedregel informeres, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4.

Når pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende også rett til å medvirke sammen med pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd. Retten til medvirkning gjelder blant annet ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd. Retten til medvirkning gir ikke rett til å velge hvilken metode som skal brukes dersom helsepersonellet mener en annen metode er bedre egnet eller mer forsvarlig.

Retten til informasjon og retten til å medvirke etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 gjelder i utgangspunktet på samme måte for

somatisk og psykisk helsehjelp. Se likevel noen spesialregler for psykisk helsevern, tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede og tvang i rusomsorgen, omtalt i punkt 7.1.2.3 og 7.1.2.4.

Vedtak om somatisk helsehjelp som pasienten motsetter seg, kan påklages til statsforvalteren av pasienten eller pasientens nærmeste pårørende, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-7.

7.1.2.3 *Pårørendes rett til å involvere seg etter psykisk helsevernloven*

Nærmeste pårørende kan, uavhengig av om pasienten har samtykkekompetanse, begjære legeundersøkelse for å få bragt på det rene om lovens vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt når pasienten selv unndrar seg slik undersøkelse, jf. psykisk helsevernloven § 3-1.

Pasientens nærmeste pårørende skal gis anledning til å uttale seg før det treffes vedtak om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern. Retten til å uttale seg gjelder blant annet spørsmålet om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, og hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang. Dette går fram av psykisk helsevernloven § 3-9.

Pasientens nærmeste pårørende kan påklage vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 a fjerde ledd. Klageretten gjelder også for vedtak om å ikke etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Nærmeste pårørende kan påklage vedtak om opprettholdelse og vedtak om opphør av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-7. Nærmeste pårørende kan dessuten bringe kontrollkommisjonens vedtak i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern og vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon inn for domstolene etter reglene i tvisteloven kapittel 36, jf. psykisk helsevernloven § 7-1.

Pasientens nærmeste pårørende kan videre påklage vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke til statsforvalteren, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 a tredje ledd. Nærmeste pårørende har også klagerett til kontrollkommisjonen på alle andre vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 4.

7.1.2.4 *Helse- og omsorgstjenesteloven*

Kommunen skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak om tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette. Dette går fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1.

Pårørende skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og domstolene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 9-3 andre ledd.

Pårørende kan påklage beslutning om tvang og makt som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner til statsforvalteren. Pårørende kan videre påklage vedtak om bruk av tvang og makt som planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner og tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat, drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak, som er overprøvd av statsforvalteren, til Barneverns- og helsenemnda. Klageadgangen gjelder også hvis statsforvalteren har nektet å godkjenne kommunens vedtak, hvis kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre vedtaket. Dette går fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 9-11.

7.1.3 **Utvalgenes forslag**

Tvangslovutvalget foreslo en ubetinget rett for pårørende til medvirkning, informasjon mv. i visse situasjoner. Pasientens nærmeste pårørende skulle alltid ha rett til å utøve pårønderettigheter når pasienten har omsorgsansvar for barn, eller har en alvorlig sinnslidelse og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Dette skulle gjelde uavhengig av om pasienten har beslutningskompetanse i spørsmålet om pårørendeinvolvering.

Se nærmere omtale i NOU 2019: 14 punkt 28.10.2.3.

Samtykkeutvalget foreslo en tilsvarende ubetinget rett til medvirkning og informasjon for nærmeste pårørende, men foreslo at retten skulle gjelde ved ytelse av alle helsetjenester, ikke bare helsehjelp som gis uten pasientens samtykke.

Se nærmere omtale i Samtykkeutvalgets rapport punkt 13.3.5.

7.1.4 Høringsinstansenes syn

7.1.4.1 Samtykkeutvalgets forslag

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, blant annet *Helsedirektoratet*, *Fellesorganisasjonen (FO)*, *Nasjonalforeningen for folkehelsen*, *Norsk psykologforening*, *Helse Bergen HF*, *Haukeland universitetssjukehus*, *Kontrollkommissjonen for Nedre Buskerud og vestre Viken*, *Blakstad (unntatt akutte seksjoner)*, *Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern og rus*, *Landsforeningen for pårørende innen psykisk helsevern (LPP)* støtter forslaget om å begrense pasienters rett til å nekte pårørendeinvolvering.

Nasjonalforeningen for folkehelsen mener at systematisk pårørendeinvolvering og informasjonssinnhenting kan bidra til å forebygge tvangsbruk.

Kontrollkommissjonen for Nedre Buskerud og vestre Viken, *Blakstad (unntatt akutte seksjoner)* skriver:

«Pårørende er i for liten grad involvert og informert om sin rolle i samtykkekompetansevurderingen per i dag. Dette gjelder både egne rettigheter og belysning av pasientens samtykkekompetanse i lys av sin kjennskap til pasienten i perioder der pasienten er frisk eller mindre syk.»

Kommunesektorens organisasjon (KS) skriver:

«KS er positiv til at pårørendes rolle styrkes, men man må ta hensyn til at pårørende kan ha motstridende interesser til pasienten. Det er legitimt, og noen ganger skal pårørendes interesser gå foran pasientens interesser ...»

Kontrollkommissjonen knyttet til Levanger sykehus uttaler:

«Kommissjonen opplever at det har skjedd en utvikling i positiv retning når det gjelder pårørende sine rettigheter. Det fremstår som klart for kommissjonen at helsepersonell i større grad gir informasjon om behandling, rettigheter og vedtak hos mennesker uten beslutningskompetanse. Fra et pårørende perspektiv legges det til grunn at det vil kunne være store fordeler med å involvere dem tettere i behandlingen. Man kan ikke komme fra at pårørende alltid har vært og alltid vil være en del av pasientens liv. Med enkelte unntak så kan pårørende gi god informasjon om historikk, endringer i sykdomsbilde, trigger og andre ting knyttet til pasien-

tens liv og tilfriskning. Mye verdifull og viktig informasjon om pasienten kan gå tapt/ unngått å få når pårørende ikke får delta i behandlingsforløp. Vi har sett at pårørende kan virke tryggende og dempende i situasjoner som kan oppleves som utfordrende for personell. Man vet at redsel og utrygghet er en trigger når det gjelder utagering. I flere tilfeller kan pårørende være en dempende faktor ved at de får større medvirkning i selve behandlingen. Ved at pårørende får mer involvering/ delta mer i selve behandlingen beskriver pårørende at de og føler mindre belastning for seg selv og. Det å ikke føle seg hørt og å bli «satt på sidelinjen» under behandling og kartlegging beskrives av flere pårørende som en stor belastning og utmattende. Ved å jobbe ut fra og anerkjenne hvor stor rolle en pårørende har i pasientens liv er det mye kunnskap å hente. Det er selvfølgelig og noen unntak.»

Høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, er delte i synet på forslaget om at pasienten skal ha adgang til å nekte pårørendeinvolvering når pasienten har omsorgsansvar for barn og når det er konstatert nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Politidirektoratet støtter forslaget om at pårørendes rett til informasjon må gå foran en beslutningskompetent pasients ønske om å nekte pårørendeinvolvering i tilfeller der pasienten har omsorgsansvar for barn og når det er konstatert nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Direktoratet reiser spørsmål ved om dette også bør være tilfellet i situasjoner hvor farevilkåret ikke er konstatert, men det likevel antas å kunne foreligge fare på lengre sikt eller under særskilte forutsetninger, som eksempelvis ved rus.

Fellesorganisasjonen (FO) skriver:

«Dette er en viktig presisering. Hensynet til barns fysiske og psykiske helse bør veie tungt. Foreldres psykiske sykdom må, i så liten grad som mulig, gå utover barna. Det er viktig at barn og pårørende, på en så lite inngripende måte som mulig, skånes for potensielt farlig atferd fra foreldre/nærstående»

Helsedirektoratet mener derimot at de foreslåtte unntakene for pasienter som har omsorgsansvar for barn og for pasienter med alvorlig sinnslidelse som utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse er for vide og at de bør utredes nærmere.

Helse Stavanger skriver:

«HS har svært vanskelig for å se at en så generell adgang til å forbigå en samtykkekompetent pasients vilje er forenlig med den enkeltes integritet og selvbestemmelsesrett og fremveksten av disse verdiene. Vi er derfor uenige i forslaget, og mener at det må gjelde betraktelig strengere vilkår for å ikke respektere en samtykkekompetent pasients ønske enn at vedkommende har omsorgsansvar for barn. HS mener altså at omsorgsansvar for barn ikke er et tilstrekkelig tungtveiende grunnlag i seg selv for å ikke respektere en samtykkekompetent pasients ønske om å ikke dele informasjon med nærmeste pårørende. Videre vil HS tilføye at det ikke behøver å være noe årsakssammenheng med den enkeltes psykiske lidelse og vedkommendes evne til å ha omsorgsansvar for sine barn. Forslaget er ikke egnet til å fange opp slike nyanser, og er på generelt grunnlag meget unyansert i sin begrunnelse. For å kunne forsvare en lovfestet rett til å forbigå en samtykkekompetent pasient og dele informasjon mot dennes vilje, må det etter HS sitt syn dreie seg om tilfeller hvor pasientens psykiske lidelse har klar sammenheng med dennes evner/forutsetninger for å ha omsorgsansvar for sine barn, samt det bør foreligge konkret fare for at omsorgsansvaret forsømmes.»

Bipolarforeningen skriver:

«Vi ønsker å bruke anledningen til å understreke viktigheten av å verne om pasientens autonomi. Pårørende kan spille en nøkkelrolle i forebyggingen og tilfriskningen til pasienten, likevel må pasientens autonomi alltid gå foran pårørendes rett til innsyn. Vi kan ikke bevege oss i en retning hvor pårørende får kunnskap som pasienten ikke ønsker at hen besitter, med mindre det er snakk om verge. Dette gjelder både i lov og i praktisering av loven. Mennesket må ha rett til å eie informasjonen om seg selv. Det bør legges til rette for at pasienten og pårørende gjør skriftlige avtaler om hvilken innsyns- og beslutningsrett pårørende skal, når pasienten er i frisk fase. Helsepersonell bør aktivt jobbe for og oppfordre til dette. Bipolarforeningen anbefaler at brukeren skriver en forebyggingsplan sammen med pårørende og behandler(e), som signeres av alle parter.»

Bergen kommune skriver:

«Enkelte pasienter utgjør en vesentlig risiko overfor sine nærmeste. Lovendringen sikrer barn og nærmeste pårørende en sterkere rett til informasjon, og kan potensielt hindre farlige situasjoner. Samtidig mener Bergen kommune at utvalget ikke går langt nok knyttet til denne involveringen (...). For å sikre en effektiv implementering av intensjonene i forslaget, bør det etableres elektroniske systemer som sikrer at pasienter med foreldreansvar, samvær med eller bor sammen med barn blir «flagget» i EPJ-systemer i spesialisthelsetjenesten. Et slikt tiltak må vurderes og veies mot personvern hensyn. Alternativt kan det være et sjekkpunkt i samtale med pasienten. Det vil ikke sikre alle tilfeller, men det vil nå en videre krets. Det er ingen tvil om at barn av alvorlig psykisk syke foreldre kan stå i alvorlig og nærliggende fare for psykisk helseskade. Bergen kommune mener derfor det viktig at pårørende barn sin psykiske helse løftes opp i lovarbeidet og nasjonale retningslinjer, spesielt knyttet til deres risiko for alvorlig psykisk helseskade og dette forholdes relevans ved vurdering av farekriteriet.»

Ivareta mener at ivaretagelse av nærmeste pårørendes rettigheter bør nedfelles i retningslinjer.

7.1.4.2 *Tvangslovutvalgets forslag*

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, støtter forslaget om å begrense pasienters rett til å nekte pårørendeinvolvering.

Sykehuset i Vestfold HF skriver:

«Bra at det gis unntak i lovforslaget som sikrer barns rettigheter for trygg omsorg og der en person med alvorlig sinnslidelse vurderes å kunne utgjøre en fare for andre.»

Ivareta mener at også nærmeste pårørende bør få tilgang på fri rettshjelp på linje med pasient og bruker for å kunne ivareta både egne interesser og rettighetene til pasienten eller brukeren de er nærmeste pårørende til.

7.1.5 **Departementets vurderinger og forslag**

7.1.5.1 *Generelt om pårørendes rett til å involvere seg*

Helsehjelp kan som hovedregel, bare gis med pasientens samtykke. Det er både begrunnet i

hensynet til pasientens rett til å bestemme over sitt eget liv og sin egen helse og i at frivillighet legger bedre til rette for at behandlingen skal få det ønskede resultatet.

Pårørende kan være en viktig ressurs som omsorgspersoner, være del av pasientens sosiale nettverk og delta i samspillet mellom pasienten og helsetjenesten. Mange pasienter ønsker derfor at helsetjenesten involverer pårørende. Når pasienten har formidlingsvansker, kan informasjon fra pårørende være særlig viktig blant annet for å avklare hva personen selv mener eller antas å ville ha ment.

Tillit mellom pasienten og helsetjenesten er viktig for å sikre at pasienter kontakter helsetjenesten ved behov og for å kunne gi best mulig behandling. Hovedregelen er derfor at pårørende trenger et samtykke fra pasienten for å kunne utøve rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Pasientene kan altså selv velge om de ønsker pårørendeinvolvering og hvem de eventuelt vil involvere.

Tradisjonelt har det vært forutsatt at pårørende skulle ivareta en rettssikkerhetsfunksjon ved å bruke sin selvstendige rett til å klage og å fremme søksmål. Etter psykisk helsevernloven har nærmeste pårørende også fått rett til å klage over at det ikke treffes tvangsvedtak.

Personlige bånd mellom den tiltaket gjelder og nærmeste pårørende, gir en viss garanti for årvåkenhet og engasjement for å ivareta pasientens interesser og rettigheter. Pårørendes involvering kan derfor også bidra til å ivareta pasientens rettssikkerhet ved at pasientens sak blir tilstrekkelig opplyst og som en form for beslutningsstøtte.

Mange av høringsinstansene framhever at pårørendeinvolvering er viktig for pasienter og brukere og er positive til å tydeliggjøre og styrke pårørendes rettigheter.

Informasjon om helsetilstanden kan på den annen side gi innsyn i svært sensitive opplysninger. Valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder kan videre få merkbare konsekvenser for pasienten. Det er heller ikke gitt at pasienten har en god relasjon til sine nærmeste. Det kan derfor være gode grunner til at pasienten ikke ønsker å involvere andre.

Det sentrale blir dermed å finne den riktige balansen mellom behovet for involvering av pårørende og hensynet til pasientens behov for å holde pårørende utenfor.

Departementet mener at utgangspunktet fortsatt må være at pårørendes rett til å bli involvert avhenger av pasientens samtykke. Formålet med

kravet om at pasienten skal samtykke til at pårørende involveres, er å verne om pasientens rett til selvbestemmelse. Det kreves ikke at samtykket gis skriftlig eller uttrykkelig.

Tvangslovutvalget har foreslått et noe annet utgangspunkt, ved at hovedregelen om samtykke erstattes av en rett til å motsette seg medvirkning fra pårørende og at pårørende får informasjon om pasienten. Departementet ser at utformingen av dagens bestemmelser ikke er helt klar og at bestemmelsene ikke er særlig godt tilpasset situasjoner der det kan bli aktuelt å bruke tvang. Departementet ser at Tvangslovutvalgets forslag vil kunne bidra til å tydeliggjøre pårørendes rett til å involvere seg og til å sikre at pasientens ønsker om pårørendeinvolvering blir ivaretatt. Dette kan være særlig viktig når pasienten er alvorlig syk, slik tilfellet for eksempel vil være ved behandling av psykiske lidelser som pasienten motsetter seg. Departementet er videre enig med Tvangslovutvalget i at nærmeste pårørende bør kunne få informasjon og medvirke når personen tiltaket gjelder, ikke motsetter seg involvering. Departementet mener at forslaget langt på vei samsvarer med dagens praktisering av reglene.

Departementet viser på den annen side til at det i Nasjonal helse- og samhandlingsplan for 2024–2028 ble varslet at regjeringen vil vurdere å oppnevne et offentlig utvalg for å gjennomgå pasient- og brukerrettighetsloven med sikte på å forenkle og gjøre loven mer tilgjengelig for pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell. Departementet tar derfor ikke stilling til forslaget om å endre innretningen av regelverket fra samtykkekrav til reservasjonsrett i denne proposisjonen.

7.1.5.2 Innskrenkninger i retten til å nekte pårørendeinvolvering

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, støtter forslagene om å innskrenke retten til å nekte pårørendeinvolvering.

Noen helseutfordringer kan påvirke pasientenes evne til å forstå konsekvensen av valgene de gjør. Det gjelder også valg av hvem som skal være nærmeste pårørende og valg om å nekte pårørendeinvolvering. Departementet slutter seg til utvalgenes forslag om at retten til å nekte pårørendeinvolvering fortsatt som hovedregel, skal være forbeholdt personer som er beslutningskompetente i dette spørsmålet. Proposisjonen viderefører dermed reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd og § 3-3 andre ledd som gir en ubetinget rett til medvirkning og informasjon for nærmeste pårørende når pasien-

ten mangler beslutningskompetanse. Ordlyden i § 3-3 andre ledd endres likevel i samsvar med forslaget om å gjøre reglene om når beslutningskompetansen kan falle bort diagnosenøytrale, se punkt 4.3.

Det kan være en stor belastning å være pårørende til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Et stykke på vei vil pårørende derfor kunne sies å ha en rettmessig selvstendig interesse i å få informasjon eller medvirke ved yting av helsetjenester. Dette gjelder særlig der spørsmålet om gjennomføring av helsehjelpen også i vesentlig grad kan påvirke pårørendes livssituasjon. Begrunnelsen for særreglene ved tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern er nettopp de særlige utfordringene pårørende til personer med alvorlige psykiske helseproblemer står i og frykten for at personen tvangsvedtaket gjelder, skal gjøre ufornuftige valg. Departementet er derfor enig med utvalgene i at det må gå en grense for pasienters rett til å frasi seg pårørendeinvolvering, også når de er beslutningskompetente i spørsmålet om pårørendeinvolvering.

Retten til selvbestemmelse må balanseres mot hensynet til andre som kan bli berørt av pasientens beslutninger. Hensynet til pasienten må etter departementets syn vike i situasjoner der særlig sterke hensyn taler mot å gi pasienten full selvbestemmelse.

Departementet ser at en innskrenkning i pasientens rett til å nekte pårørendeinvolvering kan føre til at pasienter vegrer seg for å oppsøke helse-tjenesten og for å fortelle om alle symptomene de opplever. Departementet støtter likevel utvalgenes vurdering av at det er behov for å styrke samfunnsvernet ved å sikre nærmeste pårørende rett til å få informasjon om pasientens helsetilstand og til å medvirke når pasienten har en alvorlig sinnslidelse og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Departementet støtter også vurderingen av at dette også bør gjelde når personen har beslutningskompetanse i spørsmålet om pårørendeinvolvering. Departementet foreslår derfor at pasientens nærmeste pårørende uansett skal ha rett til å få informasjon og til å medvirke når pasienten har en alvorlig sinnslidelse og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Problemstillingen er også aktuell når pasientens helse i vesentlig grad påvirker livssituasjonen til barn. Departementet er likevel enig med høringsinstansene som peker på at det ikke er noen automatikk i at pasienter som ønsker å nekte pårørendeinvolvering, er dårlige omsorgspersoner eller at manglende pårørendeinvolve-

ring vil gå ut over barn pasienten har omsorgsansvar for. Departementet viser også til at barnevernet har et særskilt ansvar for å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid, jf. barnevernloven § 1-1.

Departementet er derfor ikke enig med utvalgene i forslaget om at en begrensning i retten til å nekte pårørendeinvolvering skal gjelde for alle pasienter som har omsorgsansvar for barn. Departementet ser likevel at det i noen situasjoner kan være et særlig behov for at pårørende får rett til informasjon og medvirkning for å ivareta behovene til barn. Departementet foreslår derfor at beslutningskompetente pasienter ikke skal kunne nekte nærmeste pårørende informasjon og medvirkning når hensynet til barn pasienten har omsorgsansvar for taler for pårørendeinvolvering. I det ligger det at det må gjøres en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Departementet støtter Samtykkeutvalgets vurdering av at unntakene fra beslutningskompetente personers rett til å nekte pårørendeinvolvering bør tas inn i pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil si at unntakene skal gjelde uavhengig av hvilken type helsehjelp personen får tilbud om og uavhengig av om personen motsetter seg den tilbudte helsehjelpen. Unntakene vil gjelde overfor personer som vurderes å utgjøre en nærliggende og alvorlig fare som følge av alvorlig psykisk sykdom. Videre vil negative følger for barn også ofte være forårsaket av psykiske lidelser. Unntakene vil derfor uansett få størst betydning for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Departementet viser dessuten til at pasienter og brukere som hovedregel, selv kan bestemme hvem som skal være deres nærmeste pårørende og dermed hvem som skal få informasjon og rett til å medvirke.

Forslagene om at nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning i bestemte situasjoner går foran pasienter og brukeres rett til å nekte pårørendeinvolvering selv om pasienten er beslutningskompetent, framhever hensynet til pårørende, barn som vil kunne bli berørt av pasientens beslutninger, og samfunnsvernet.

Pasient- og brukerrettighetsloven trekker et skille mellom pårørende til pasienter og pårørende til brukere. Begge gruppene pårørende har som hovedregel rett til informasjon, mens bare pårørende til pasienter har rett til medvirkning. Departementet foreslår ingen endringer i dette.

Se utkastet til pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-3.

7.2 Pårørendeansvarlig personell

7.2.1 Samtykkeutvalgets forslag

Samtykkeutvalget foreslo at helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha personell som har ansvar for å fremme og koordinere oppfølging av pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller etterlatte etter slike pasienter.

Se nærmere omtale i utvalgets rapport punkt 13.3.1.

7.2.2 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er generelt positive til å styrke pårørendes rettigheter.

Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern og rus og *Norsk psykologforening* støtter forslaget om at helseinstitusjoner som omfattes av psykisk helsevernloven i nødvendig utstrekning skal ha pårørendeansvarlig personell.

Norsk psykologforening skriver:

«Vi mener dette er en understrekning av behovet for støtte og råd, til nære pårørende for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Det understreker også nærmeste pårørendes avgjørende informasjonsrolle samt rett til medvirkning i spørsmål om beslutningskompetanse og voldsrisiko.»

Helse Stavanger (HS) er positive til økt pårørendeinvolvering på generelt grunnlag, men skriver:

«Slik HS forstår forslaget, vil Samtykkeutvalget løsrive det faglige ansvaret for pårørende arbeidet fra postnivå og heve det til klinikknivå. HS ser for seg at det er vanskelig praktiserbart å skille ut rollen som pårørendeansvarlig på denne måten. Vi har lite tiltro til at en slik ordning i realiteten vil bidra til styrket og økt pårørendeinvolvering. Dette ettersom den skisserte løsningen medfører en fragmentert arbeidsfordeling som gjør det vanskelig å tilby et helhetlig helsetjenestetilbud. HS oppfatning er at pårørendeansvaret ikke kan løsrives fra den behandleren som kontinuerlig følger opp pasientene på postnivå. Det faglige ansvaret for pårørende inngår som en naturlig og integrert del av den enkelte behandleres arbeidsoppgaver, og det helhetlige behandlingstilbudet.

(...)

Dessuten mener HS at det vil kunne bli krevende å holde tilstrekkelig oversikt og å gi god nok oppfølging med en ordning som den foreslåtte. Samtykkeutvalget skisserer ikke hvor store ressurser en ser for seg er nødvendig for å gjennomføre forslaget. HS ser for seg at det vil kreve uforholdsmessige store ressurser, og at det ikke vil fungere etter sitt formål i praksis.»

Helse Nord-Trøndelag mener at rollen som pårørendeansvarlig bør forankres på klinikknivå som en stabsfunksjon for kvalitetsforbedring. De skriver:

«En slik funksjon må sitte mye nærmere der pasienten er. Den bør forankres på lik linje med barneansvarlig ned på seksjon- og avdelingsnivå. Ellers vil dette stå i fare for kun å bli en byråkratisk øvelse.»

Pasient- og brukerombudet skriver:

«Pasient- og brukerombudet erfarer at pårørendeinvolvering i liten grad blir praktisert. Vi erfarer at overgangen mellom ulike tjenestenivå er sårbar både for pasient og pårørende, og at samhandlingen mellom nivåene derfor må styrkes. En rolle som pårørendeansvarlig bør, som utvalget beskriver, ha forankring på klinikknivå. Det bør stilles tydelige krav til rollen med et klart mandat. Vi mener det er nødvendig å sette av øremerkede midler til stillingen som pårørendeansvarlig, for å sikre at dette ikke bare blir nok en anbefaling. Pårørendeansvarlig i spesialisthelsetjenesten bør ha ansvar for at det etableres kontakt mellom pårørende og en kontaktperson i kommunen. Dette bør gjelde gjennom hele pasientforløpet. Uavhengig av om pasienten har samtykket til deling av opplysninger bør pårørende få tilbud om generell informasjon, støtte og veiledning.»

Rådet for psykisk helse skriver:

«Utvalget fremhever betydningen av den kompetansen pårørende besitter knyttet til sin nærmeste og viktigheten av at helsetjenesten lytter og tar hensyn til denne kompetansen. Dette er et kvalitetsforbedringstiltak vi støtter og som vi tror vil gi bedre og mer treffsikre tjenester på individnivå. I kapittel 13.3.1. Tydeliggjøre forankring av pårørendeansvaret i spesialisthelsetjenesten, trekkes det frem at pårørende-

ansvarlig må forankres på klinikknivå som en stabsfunksjon for kvalitetsforbedring. Dette er særskilt viktig for å sikre at tiltakene knyttet til bedre pårørendeinvolvering blir gjennomført.»

Sykehuset i Østfold HF mener at en «pårørende-ansvarlig» muligens vil være nyttig i poliklinikkene for å sikre psykoedukasjon, pårørendeopplæring/veiledning og kartlegging av behov.

Sykehuset i Vestfold HF støtter ikke forslaget. De skriver:

«Forslaget er i prinsipp bra, men det bør være insentiver til å styrke pasienters/brukeres/pårørendes deltagelse på andre måter enn å pålegge helseforetakene en spesifikk rolle via en lovbestemmelse. Det er mye bra faglig utvikling i arbeidet med pårørende til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og det bør nettopp være prosesser der klinikere ser behovet for å involvere pårørende fremfor å bli pålagt dette. Om det skal innføres, bør det sees i sammenheng med f.eks. barneansvarlig personell på helseinstitusjoner. Kan ellers lett bli overlappende oppgaver.»

Klinikk psykisk helse og avhengighet v/ OUS HF psykisk helsevern viser til at man allerede har definert følgende roller i pasientbehandlingen: Ansvarlig behandler, ansvarlig spesialist, medisinsk ansvarlig lege, journalansvarlig, informasjonsansvarlig, koordinator, forløpskoordinator, kontaktlege/-psykolog. I tillegg har man barneansvarlig på enhetsnivå. De skriver:

«Flere roller som eksisterer er til dels overlappende med den nye rollen som er foreslått opprettet. Man bør vurdere å gjennomgå eksisterende roller i pasientbehandlingen før det innføres en ny.»

Spiseforstyrrelsesforeningen mener at helsepersonell bør bedre informasjonsutveksling og pårørendeinvolvering, ved å ha en pårørendeansvarlig i teamet.

Den norske legeforening skriver:

«Legeforeningen mener tiltaket er godt, men at lovfesting av dette kravet er en detaljstyring av tjenestene som kan være uheldig ved at det blir en tvunget prioritering. Dersom dette innføres, bør det vurderes om «pårørendeansvarlig» skal ha en rolle i forbindelse med vedtak om tvunget psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Dette for å sikre at informasjon fra pårø-

rende innhentes som en del av det samlede beslutningsgrunnlaget for et vedtak. Dette er særlig viktig for å sikre at unntaket fra kriteriet om manglende samtykkekompetanse faktisk blir vurdert av vedtaksansvarlig i spesialisthelsetjenesten.»

Helsedirektoratet skriver:

«Pårørendeveilederen er nylig revidert, men det er anbefalt at det gjennomføres en større redigering med oppdatering av kunnskapsgrunnlag som fase 2 i arbeidet. Direktoratet anbefaler at tiltakene vurderes og ivaretas i fase 2 av arbeidet med pårørendeveilederen.»

7.2.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at det er viktig å sikre at pårørendes rettigheter ivaretas. Det vil blant annet bidra til å sikre at interessene og rettighetene til personer med alvorlig psykisk lidelse uten beslutningskompetanse blir bedre ivaretatt. Departementet støtter også Samtykkeutvalgets vurdering av at innføring av pårørendeansvarlig i spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra til å sikre at man har gode rutiner og prosedyrer for implementering av den nasjonale pårørendeveilederen fra 2017.

Departementet viser på den annen side til at det allerede generelt er knapphet på personell i spesialisthelsetjenesten og at ansvaret for å sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester til befolkningen er lagt til de regionale helseforetakene. Departementet viser også til at Pårørendeveilederen nylig er revidert, men at det er anbefalt at det gjennomføres en større redigering med oppdatering av kunnskapsgrunnlag som fase 2 i arbeidet. Departementet slutter seg derfor til Helsedirektoratets vurdering av at forslaget vurderes i fase 2 av arbeidet med Pårørendeveilederen. Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste plikt til å ha pårørendeansvarlig personell i denne posisjonen.

7.3 Lovfesting av plikt til å vurdere voldsrisiko

7.3.1 Innledning

Departementet foreslår at den faglig ansvarlige skal ha en lovfestet plikt til å vurdere om vilkårene for bruk av tvang med grunnlag i at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, er oppfylt. Plikten skal gjelde når pasi-

enten opptrer truende eller utøver vold og når pasienten tidligere har opptrådt truende eller utøvd vold. Departementet foreslår videre at den faglig ansvarlige i slike situasjoner skal vurdere om det skal gjennomføres en voldsrisikoutredning og om det bør utarbeides en risikohåndteringsplan.

Departementet foreslår videre at det lovfestes at den faglig ansvarlige skal vurdere om det er behov for å innhente informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre relevante instanser. Forslagene må ses i sammenheng med forslaget om at samarbeidende personell i helsetjenesten kan dele taushetsbelagt informasjon til tross for pasientens motstand når farevilkåret er oppfylt. Se punkt 7.5.

7.3.2 Gjeldende rett

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan blant annet etableres når pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig fordi pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse (farevilkåret). Dette går fram av psykisk helsevernloven § 3-2 første ledd nr. 4 og § 3-3 nr. 3 bokstav b.

Det er vanligvis et vilkår for etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern at pasienten mangler samtykkekompetanse. Vilkåret gjelder likevel ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. Dette går fram av psykisk helsevernloven § 3-2 første ledd nr. 3 og § 3-3 nr. 4.

Psykisk helsevernloven § 3-3 a stiller krav til vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Den faglig ansvarlige skal treffe sine vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen undersøkelse av pasienten. Vedtak skal treffes snarest og senest 24 timer etter at pasienten er kommet til institusjonen og straks nedtegnes. Bestemmelsen stiller videre krav om hvilke opplysninger som skal tas med i vedtaket og regulerer adgangen til å klage på vedtakene.

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21. Det er en rekke unntak fra hovedregelen, blant annet i helsepersonelloven kapittel 5.

7.3.3 Samtykkeutvalgets forslag

Samtykkeutvalget foreslo i sitt utkast til lovendringer at dersom pasienten utøver eller har

utøvd vold, har kommet med trusler eller har truende atferd, skal den faglig ansvarlige vurdere om farevilkåret er oppfylt. Samtykkeutvalget foreslo videre at det i loven presiseres at den faglig ansvarlige skal vurdere om det skal gjøres en voldsrisikovurdering og om det i så fall skal utarbeides en risikohåndteringsplan, i samarbeid med pasienten, eventuelt nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante offentlige instanser.

Se også omtalen i Samtykkeutvalgets utredning punkt 13.5.4.

Samtykkeutvalget foreslo videre å lovfeste at den faglig ansvarlige skal vurdere om det skal innhentes informasjon fra nærmeste pårørende, kommunale helse- og omsorgstjenester og andre instanser i forbindelse med vurdering av beslutningskompetanse og farevilkåret. Se nærmere omtale i Samtykkeutvalgets utredning punkt 13.4.8.

7.3.4 Høringsinstansenes syn

7.3.4.1 Innledning

Mange av høringsinstansene slutter seg generelt til Samtykkeutvalgets vurderinger av behovet for å styrke samfunnsvernet.

7.3.4.2 Plikt til å vurdere farevilkåret

Statens helsetilsyn minner om at rus er en kompliserende faktor ved kompetansevurderinger. De skriver også:

«Våre tilsynserfaringer har vist at for ensidig fokus på samtykkekompetanse har vært medvirkende til alvorlige hendelser. Det har ført til pågående økt risiko for at nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse ikke blir tilstrekkelig kartlagt og vurdert når pasienten blir vurdert som samtykkekompetent. Vi har tilsynserfaringer med at (handlingsrommet i) farevilkåret i psykisk helsevernloven ikke benyttes når pasienter med alvorlig voldshistorikk klager på tvangsvedtak. Vi har for eksempel erfaringer med at pasienter på høyt spesialisert nivå blir vurdert som samtykkekompetente og skrevet ut uten at farevilkåret blir vurdert eller vektlagt av sykehus eller kontrollkommisjon. I et alvorlig tilfelle skadet en pasient en tilfeldig person noen dager etter utskrivelse fra høyeste sikkerhetsnivå der foranledningen var som beskrevet foran. (...)»

Fellesorganisasjonen (FO) mener at det er viktig at faren for gjentakelse vurderes, og at atferd tilbake i tid ikke henger ved pasienten for all framtid.

Kriminalomsorgen region vest skriver:

«Region vest tiltrer utvalgets anbefaling om at det er viktig å gjøre en vurdering av både voldsrisiko og beslutningskompetanse ved oppstart av et behandlingsforløp. Vi er ikke kjent med hvorvidt det i vurderingen av farevilkåret kan bli lagt vekt på at pasienten skal til fengsel ved utskrivelse. Vi mener imidlertid at det er viktig at terskelen for utskrivelse ikke blir lavere når pasienten skal til et fengsel. Pasienter som blir overført til fengsel kan fortsatt utgjøre en fare for seg selv eller andre personer i fengselet. Kriminalomsorgen må noen ganger bruke tvangsmidler mot innsatte med selvmordsrisiko eller som utgjør en fare for andre personer. Denne type tvangsbruk kan bidra til å forverre symptomer hos innsatte med alvorlige psykiske lidelser. En stor del av kriminalomsorgens ansatte har heller ikke nødvendig kompetanse for å håndtere innsatte med alvorlige psykiske lidelser.»

Landsforeningen – We Shall Overcome (WSO)

«WSO ser en risiko for at terskelen for å vurdere fare for andre kan senkes for å ivareta samfunnsvern, og med begrunnelse i at flere pasienter er samtykkekompetente og kan nekte helsehjelp. Utvalget skriver om et underforbruk av farevilkåret, når tendensen er at farevilkåret blir oftere brukt. Det utvalget nok har rett i er at helsepersonell har lite erfaring med å vurdere voldsrisiko og fare. Da blir det problematisk at utvalget oppfordrer til å bruke farekriteriet oftere. Det er krevende å skulle vurdere fremtidig voldsrisiko og potensiell fare, og forskning viser at det er stor sannsynlighet for feilvurderinger. WSO kan ikke se at utvalget kommer med forslag som i tilstrekkelig grad ivaretar rettsikkerheten til denne gruppen.»

Helse Stavanger HF støtter intensjonen i forslaget, men mener at ikke hvilken som helst voldshistorikk eller voldelig atferd kan utløse en plikt til å vurdere farevilkåret. De skriver:

«Gitt hvor stigmatiserende en slik evaluering kan oppleves av den enkelte, bør voldshistorikken/adferden være av en kvalifisert alvorlig

hetsgrad før vurdering av farevilkåret skal gjøres. (...) Etter HS sin oppfatning vil Samtykkeutvalgets forslag medføre at det foretas unødvendig mange og overflødige farevurderinger.»

7.3.4.3 Plikt til å vurdere voldsrisiko og risikohåndtering

Alle høringsinstansene som uttaler seg om spørsmålet, blant annet *Statens helsetilsyn, Trøndelag, Nordland og Troms og Finnmark statsadvokatembeter, Politidirektoratet*, flere helseforetak og flere kommuner støtter intensjonen bak forslaget.

Statens helsetilsyn skriver:

«I varsler etter alvorlige hendelser der pasienter i psykisk helsevern alvorlig har skadet en annen har vi funnet følgende fellesnevnerne:

- Voldsrisikovurderinger mangler helt eller er utilstrekkelige (særlig at data om voldshistorikk ikke innhentes, manglende oppdatering av vurderinger f.eks. ved skifte av behandlingsnivå eller etter nye hendelser med vold og trusler)
- Voldspotensialet vurderes ikke i sin kontekst (pasienten er innlagt og voldsrisiko vurderes for inne på posten, men ikke ute i samfunnet)
- Mangel på gode risikohåndteringsplaner (mangelfulle og/eller deles ikke med andre involverte)
- Manglende samhandling og kommunikasjon om voldsrisiko. Etter vår erfaring kan disse manglene tilskrives ressursituasjonen og mangel på kompetanse, mer enn mangler og svakheter ved selve regelverket.»

Horten kommune minner om at enkelte pasienter utgjør en alvorlig samfunnsrisiko uten å utøve vold for eksempel gjennom handlinger med stort brannpotensiale, i boliger med flere boenheter.

Volda kommune viser til at Samtykkeutvalget mente at farevilkåret gir tilstrekkelig handlingsrom til å ivareta samfunnsvernet i psykisk helsevern, men at klinikerne ofte ikke bruker dette handlingsrommet. Kommunen skriver:

«Dersom klinikerne skal kunne nytte dette handlingsrommet må likevel føresetnadene dei arbeider under endrast. Det er ikkje mogleg for ein sjukehuslege å nytte ein sengeplass som ikkje eksisterer. Det er heller ikkje mogleg å

sende heim ein pasient etter at ein har vurdert at pasienten inneber ei fare for eige liv eller andre sitt liv og helse. Klinikaren vert dermed pressa til å vurdere at pasienten er «samtykkekompetent og ufarleg» på grunn av manglande rammevilkår (...) Prioriteringar i spesialisthelsetenesta medfører at pasientar med auka valdspotensial og langvarige behandlingsbehov i praksis risikerer å verte nedprioriterte i spørsmål om døgnbehandling. Dette for å gjere plass til pasientar med behov for akutt hjelp. Sjølv om mange pasientar kan ivaretaast på ein god måte gjennom oppsøkande tenester som ACT- og FACT-team, vil dette ikkje alltid være tilstrekkeleg.»

Trøndelag, Nordland og Troms og Finnmark statsadvokatembeter peker på at også pasienter har en interesse i å redusere egen voldsrisiko.

Vestre Viken HF skriver:

«Vi er enig i at voldsrisikovurderinger kan forbedres, inkludert i samarbeid med politi og andre samarbeidspartnere. Et annet aspekt ved å fokusere på voldsrisiko kan være at personer med økt voldsrisiko kan bli henvist til tvungen behandling uten klok vurdering av hovedkriterium, slik vi ser ved henvisning av pasienter med selvmordsproblematikk i dag. Det finnes flere mennesker i samfunnet som utgjør en potensiell fare for andre, ofte knyttet til eksempelvis rusproblematikk og atferdsforstyrrelser. Flere av disse personene har liten behandlingsmotivasjon og kommer tidvis i kontakt med helsetjenesten av ulike årsaker. Straff har som primærhensikt å endre fremtidig atferd. Per i dag er vårt inntrykk at personer som behandles i helsetjenesten, og spesielt på psykiatrisk sykehus, ofte ikke blir anmeldt for en rekke straffbare forhold som vold, hærverk og trusler. Dette gis med andre ord ikke konsekvenser for egen atferd som for andre innbyggere, og gir også politiet et skjevt grunnlag for eventuell videre straffeprosess som kan inkludere bøter, fengsel, eller dom til behandling. For mange i spesielt ved legevakt som avdekker selvmordsrisiko kan dette bli synonymt med henvisning til innleggelse og opplevelse at helsetjenesten alltid har et ansvar for andres liv. Vi er bekymret over at samme fokus ovenfor voldsrisiko kan gi en opplevelse av at helsetjenesten har nåværende og fremtidig ansvar for andres voldelige atferd.»

Arbeids- og velferdsdirektoratet skriver:

«NAV forvalter viktige velferdstjenester som både gir ytelser og tjenester, men også grenser og avslag. Dette gjør NAV-kontoret til en utsatt arena for uttrykk for fortvilelse og aggresjon. NAV kan gi viktige komparentopplysninger for å høyne kvaliteten på voldsrisikovurderingene, men har også behov for sikkerhet. Når slik voldsrisiko deles mellom ulike nivåer i helsetjenesten, er det viktig at det også gjøres vurderinger av å sikre trygge rammer for samarbeidende instanser.»

Sykehuset i Vestfold HF skriver:

«Det er bra at voldsrisikovurderinger vektlegges. I prinsipp støttes dette, men vi er skeptiske til at faglig forbedring og utvikling skal stadfestes i lov fremfor i nasjonale faglige retningslinjer som er normerende produkter. Vi er bekymret for om forbedring i helsetjenestens skal skje via gjentatte lovendringer (noe vi har sett mye av de siste årene) fremfor å understøtte helsetjenestens muligheter gjennom tilstrekkelige rammevilkår og opplæring til å understøtte god faglig utvikling. En lærdom fra forrige lovendring var nettopp at dokumentasjonskravet økte og tar spesialistene bort fra primær oppgaven: pasientmøtet og pasientbehandlingen. Det er i møte med pasienter og pårørende at faget utvikles. Tillit må utvikles i alle nivåer og retninger.»

Advokatforeningen skriver:

«Dersom det ønskes en dreining i praksis, bør utgangspunktet være at voldsrisikovurdering skal foretas, og at det er unntak som skal begrunnes, for eksempel for i tilfelle det foreligger en oppdatert og relevant risikovurdering.»

Politidirektoratet skriver:

«Politidirektoratet støtter i denne sammenhengen også utvalgets anbefaling om å lovfeste helsetjenestens plikt til å vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig adferd, og eventuelt også vurdere farevilkåret (...). Hensynet til samfunnssikkerheten tilsier at helsetjenesten behøver et fullstendig situasjonsbilde rundt den aktuelle pasient ved vurderingen av psykisk helsevernlovens farevilkår og pasientens voldsrisiko.»

Diakonhjemmet sykehus støtter at voldsrisikovurdering tillegges vekt i vedtaksvurderingen. Dette sikrer samfunnsvernet og mer tilpasset behandling. Det åpner opp for etablering av tverrfaglig samarbeid mellom ulike nivåer.

Helse Vest RHF skriver:

«Etter Helse Vest si vurdering er dette ikke eigna for lovfesting. Det må være helsepersonellet sitt ansvar å vurdere når det er naudsynt å gjere slike vurderingar. Behandlarar som kjenner pasientane bør ikkje bli pålagt å gjennomføre kartlegging eller vurdering som kun har til føremål å sikre at lovkrav blir fulgt, utan at det har klinisk verdi. Helsepersonell utfører allereie for mange utredningar og kartleggingar i form av pålagte rutiner, som er utan verdi for pasient og behandler.»

Trondheim kommune støtter forslaget. Kommunen mener at voldsrisikovurderinger må gjennomføres i forkant av utskrivelsen slik at kommunen kan planlegge sine tjenester i tråd med dette.

Bergen kommune mener derimot at lovfesting av at farevilkåret skal vurderes, vil gjøre plikten tydeligere for helsepersonell. De skriver likevel:

«Det vil trolig være behov for å operasjonalisere lovforslaget noe. Det bør sikres at det ikke pålegges voldsrisikovurderinger dersom for eksempel pasientens tilstand er slik at vold ikke er mulig grunnet fysisk svekkelse, eller den aktuelle volden ligger flere tiår tilbake i tid eller av annen årsak ikke er relevant for dagens situasjon.»

7.3.4.4 Innhenting av opplysninger fra andre

Mange av høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, blant annet *Helsedirektoratet*, *Moss kommune*, *Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern og rus*, *Lovisenberg Diakonale sykehus*, *Trøndelag, Nordland og Troms og Finnmark statsadvokatembeter*, *Helse Bergen HF*, *Haukeland universitetssykehus*, *Innlandet politidistrikt* og *Stavanger kommune* støtter forslaget.

Helsedirektoratet mener at presiseringen er viktig. Direktoratet viser til at mangelfull informasjonsutveksling og samhandling er et stadig tilbakevendende tema i saker med alvorlige hendelser begått av personer med alvorlig psykisk lidelse. Tidsnød er en sentral årsak til at det ikke innhentes tilstrekkelig informasjon.

Arbeids- og velferdsdirektoratet understreker at mange av personene det her er snakk om, har og

har hatt kontakt med Arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav) og at Nav derfor kan derfor bidra med viktig informasjon. Direktoratet mener at Nav med fordel kan nevnes eksplisitt.

Kirkens Bymisjon skriver:

«Mange av våre gjester, beboere og pasienter har alvorlig psykisk sykdom, og mange har lite kontakt med pårørende. Våre medarbeidere (og andre i lavterskelapparatet) kjenner personene det gjelder over lang tid og fanger opp når trykket øker og personen står i fare for alvorlig forverring. Slik kjennskap og innsikt bør innhentes og tillegges stor vekt ved vurdering av beslutningskompetanse.»

Bergen kommune mener at spesialisthelsetjenesten i dag for sjelden innhenter informasjon fra kommunehelsetjenesten, og at det er behov for å presisere dette ytterligere i lovverket.

Trøndelag, Nordland og Troms og Finnmark statsadvokatembeter skriver:

«Vi tiltrer også at det bør (...) presiseres en plikt til å innhente informasjon der informasjonsgrunnlaget er tynt.»

Kommunesektorens organisasjon (KS) peker på at innhenting av informasjon fra kommunene har vært et vesentlig punkt for kommunal sektor.

Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern og rus skriver likevel:

«Det er viktig at helsepersonell ikke «blindt» kontakter personer eller instanser for å innhente informasjon om en pasient uten at en med sikkerhet vet at disse personene/instansene har en rolle i oppfølgingen/behandlingen av pasienten.»

Hordaland, Sogn og Fjordane statsadvokatembeter og flere kommuner, blant annet *Oslo kommune*, *Bergen kommune*, *Trondheim kommune* og *Stavanger kommune* mener at det ikke er tilstrekkelig at faglig ansvarlig skal vurdere å innhente informasjon og at det bør være en plikt til å innhente informasjon.

Bergen kommune mener at det i tillegg bør innføres en plikt til å vurdere innhenting av informasjon fra pårørende i forbindelse med tvungen legeundersøkelse etter lov om psykisk helsevern § 3-1. De skriver:

« Dette er spesielt for legevaktsleger, som ikke kjenner pasientene de møter. Denne plikten vil

kunne bidra til et bedre beslutningsgrunnlag i forkant av henvisning til psykisk helsevern. For pasienter med omsorg for barn, eller hvor farekriteriet er aktuelt, bør ikke pasienten kunne motsette seg en slik innhenting av opplysninger.»

Stavanger kommune skriver:

«Kommunen vil ofte sitte på sentral informasjon om pasienten og pasientens fungering utenfor institusjon. Det er dessuten viktig at spesialisthelsetjenesten får god informasjon om kommunens rammer og lovverk, slik at vurderingen av pasienten i forbindelse med utskriving gjøres ut fra et realistisk scenario.»

Politidirektoratet skriver:

«Fra politiets ståsted anses det som grunnleggende og avgjørende for samfunnssikkerheten at vurderinger av både beslutningskompetanse/samtykkekompetanse og fare- og risikovurderinger gjøres på bakgrunn av et helhetlig bilde av den psykisk sykes situasjon og historikk. En forutsetning for dette er at helsepersonellet som skal gjøre vurderingene har praktisk og juridisk handlingsrom for å innhente slike opplysninger, hvor også den sykes situasjon og samtidige voldsrisiko med forskjellige behandlingstilbud vurderes. Politidirektoratet støtter derfor utvalgets anbefaling om å lovfeste helsetjenestens plikt til slik informasjonsinnhenting (...).»

Helse Stavanger er derimot skeptiske til at det innføres en plikt til å vurdere behovet for å innhente slik informasjon. De skriver:

«Selv om plikten knytter seg til å vurdere behovet, ikke til å innhente informasjon, er det likevel en vurdering som vil ta opp tid i en situasjon hvor helsepersonellet har lite tid til rådighet. Vedtak etter phvl. §§ 3-2 og 3-3 skal som kjent treffes snarest og senest innen 24 timer etter at pasienten er kommet til institusjonen. HS vil også understreke at det etter dagens ordning allerede innhentes informasjon fra andre instanser når det anses nødvendig. HS sin vurdering er at dette fungerer godt i praksis uten at det finnes en lovfestet plikt til å vurdere behovet for innhenting.»

Hordaland, Sogn og Fjordane statsadvokatembeter skriver:

«Vi vil få tilføye at ved risikovurderinger vil det være særlig viktig å ta hensyn til de nærmeste pårørendes sikkerhet ved utskriving. Basert på flere svært tragiske saker i vår portefølje, vil vi med styrke fremheve at de nærmeste pårørende kan være svært fareutsatt ved tilbakefall – også til rusutløste psykoser. Det vises i denne sammenheng også til nylig avsagte HR 2023-2018-A, der kvalifisert fare for nærståendes psykiske helse, særlig barns, vektlegges ved farevurderingen.»

Hesledirektoratet skriver:

«Sammen med mangelfull informasjonsutveksling og samhandling blir også manglende risikovurderinger og risikohandteringsplaner trukket frem i saker med alvorlige hendelser begått av personer med alvorlig psykisk lidelse. For lite kunnskap, for liten tid og for få som kan bruke verktøyene som foreligger (f.eks. HCR-20) nevnes om årsak til manglene. Det fremkommer også at der det foreligger risikohandteringsplaner så svikter det ofte i samhandlingen mellom de ulike aktørene, slik at informasjon og samarbeid om planen ikke når frem til de som er vesentlige for oppfølging av den enkelte. Særlig gjelder dette for samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.»

Klinikk psykisk helse og avhengighet v/ Oslo universitetssykehus HF vurderer det som urealistisk at tjenestene skal kunne gjennomføre alle vurderingene som foreslås lovfestet innenfor fristen på 24 timer.

7.3.5 Departementets vurderinger og forslag

7.3.5.1 Innledning

Helsetjenester skal være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Det går videre fram av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvarende med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Det følger blant annet av forsvarlighetskravet at det i enkelte situasjoner må vurderes om det er nødvendig å gi helsehjelp uten pasientens samtykke. I det ligger det at faglig ansvarlig må vurdere om farevilkåret er oppfylt, om det foreligger voldsrisiko og behov for særlige tiltak for å håndtere voldsrisiko og om det er behov for innhenting av opplysninger fra andre i forbindelse med vurderingen av beslutningskompetanse og farevilkåret.

Spørsmålet er dermed om dette i tillegg bør tydeliggjøres i de aktuelle bestemmelsene i psykisk helsevernloven.

7.3.5.2 *Plikt til å vurdere fare for andres liv og helse*

Departementet har forståelse for at det kan virke mer stigmatiserende å bli underlagt tvungent vern fordi man anses som en fare for andres liv eller helse enn fordi det er fare for eget liv eller fordi man vurderes å ha behov for behandling. Departementet har også forståelse for at tvangsbruk som begrunnes i at pasienten utgjør en fare, særlig fare for andre, kan virke enda mer ødeleggende på behandlingsrelasjonen enn et tvangsvedtak som begrunnes med behov for behandling. Departementet deler likevel Samtykkeutvalgets bekymring for at faglig ansvarlige vegrer seg for å treffe vedtak om tvungent vern med grunnlag i farevilkåret selv om vilkårene er oppfylt.

Departementet viser videre til Samtykkeutvalgets vurdering av at vurdering av fare allerede inngår som en naturlig del av en klinisk vurdering av pasienter, og ser at det er behov for å øke bevisstheten om dette. Departementet slutter seg derfor til utvalgets forslag om at det skal lovfestes at den faglig ansvarlige for vedtak, når pasienten opptre truende eller utøver vold og når pasienten tidligere har opptrådt truende eller utøvd vold, skal vurdere om pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Se utkastet til psykisk helsevernloven § 3-3 a.

7.3.5.3 *Plikt til å vurdere behov for voldsrisikoutredning og risikohåndteringsplan*

Mange høringsinstanser støtter Samtykkeutvalgets vurdering av at det er behov for flere og grundigere voldsrisikovurderinger. Departementet har merket seg at *Advokatforeningen* mener at utgangspunktet bør være at voldsrisikovurdering skal foretas, og at det er unntak som skal begrunnes, for eksempel i tilfelle det foreligger en oppdatert og relevant risikovurdering.

I Nasjonalt faglig råd om voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse, defineres risiko som «en trussel eller fare som ikke helt ut er forstått, hvis forekomst bare kan forutses med usikkerhet». Det følger av dette at voldsrisiko ikke kan predikeres med objektiv (kvantitativ) sannsynlighet – noe som gjelder for all menneskelig atferd. Voldsrisikovurdering handler da om å forstå en persons potensial for å utøve vold i framtiden. Samtidig vil personens framtidige livssituasjon og eventuelle intervensjoner som kan forebygge eller bidra til vold, ha stor betydning for om personens voldspotensial slår ut i framtiden. Det finnes altså ikke presise verktøy for å avdekke framtidig voldsrisiko.

Departementet slutter seg derfor til forslaget om at vurderingen av når det bør gjennomføres voldsrisikovurderinger overlates til faglig ansvarlig. Departementet foreslår derfor at den faglig ansvarlige når pasienten utøver eller har utøvd vold, har kommet med trusler eller har truende atferd, skal vurdere om det skal gjennomføres en voldsrisikoutredning. Departementet foreslår også at det skal lovfestes at faglig ansvarlig i slike situasjoner, også skal vurdere om det bør utarbeides en risikohåndteringsplan.

Kurs og sertifisering i ulike voldsrisikoutredningsverktøy i regi av Nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, SIFER, har både elementer av informasjonsinnhenting og utarbeidelse av risikohåndteringsplaner. Helsedirektoratets hovedanbefaling for voldsrisikohåndtering er å benytte HCR-20, som har en bred tilnærming til risikohåndteringstiltak. Sertifisering av fagansvarlige vurderes som en av de viktigste kvalitetssikringene. I kurs vektlegges også at informasjon bør hentes inn fra minst fire kilder (pasienten, journalinfo, pårørende og politi). Helsedirektoratet har i tillegg utarbeidet Nasjonale faglige råd om voldsrisikoutredning hos personer med alvorlig psykisk lidelse med et eget kapittel om risikohåndtering. Mal for risikohåndteringsplan er også omtalt og konkretisert i rundskrivet Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid.

Departementet ser derfor ikke behov for lovfesting eller ytterligere retningslinjer for utarbeidelsen av risikohåndteringsplanene.

Se utkastet til psykisk helsevernloven § 3-3 a.

7.3.5.4 *Plikt til å vurdere behov for innhenting av opplysninger fra andre*

Pasientens nærmeste pårørende kan ha viktig informasjon om hvordan pasienten fungerer i

hverdagen, for eksempel om pasientens tilstand uten legemiddelbehandling, pasientens syn på tvang og legemidler i friske perioder og om pasienten utgjør en fare. Epikriser fra tidligere behandling i psykisk helsevern og den kommunale helsetjenesten, deriblant fastlege og psykisk helsetjeneste i kommunen vil ofte være viktige for en god vurdering av om vilkårene for tvungent vern er oppfylt. Politiet, barnevernstjenesten/Bufetat, arbeids- og velferdsforvaltningen og andre offentlige instanser vil også kunne være viktige kilder til informasjon. Informasjonsinnhenting fra andre kilder enn pasienten selv er derfor helt avgjørende for å sikre kvalitet i risikovurdering og -håndtering.

Departementet er derfor enig i at vurderinger av beslutningskompetanse og fare som hovedregel, og i samsvar med taushetsplikten, bør inkludere informasjon fra pårørende, kommunehelsetjenesten og andre relevante instanser om pasientens fungering, tidligere voldshistorikk og aktuelle risikofaktorer.

Samtykkeutvalget fikk innspill om at nærmeste pårørende og kommunehelsetjenesten i liten grad blir trukket inn ved vurderinger av pasientens beslutningskompetanse og vurderingen av om pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare. Kommunehelsetjenesten hadde erfaring for at vurderinger av beslutningskompetanse i psykisk helsevern tar utgangspunkt i hvordan pasienten fungerer i institusjon og at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til situasjonen i kommunen som personen eventuelt skal skrives ut til.

Departementet ser at kravet om at vurderingene skal gjennomføres innen 24 timer kan gjøre det krevende for spesialisthelsetjenesten å innhente informasjon fra andre. Det vil også kunne være krevende å gi slik informasjon innen fristen. Departementet viser på den annen side til at forslaget om å senke beviskravet for manglende beslutningskompetanse til «overveiende sannsynlig», se punkt 4.4, åpner for en noe større grad av tvil rundt vurderingene.

Dagens regler om adgang til å bruke tvang i psykisk helsevern trekker et skille mellom pasienter som har og pasienter som mangler beslutningskompetanse. Pasienter som har beslutningskompetanse, kan selv bestemme om de vil ta imot tilbudt helsehjelp. Av hensyn til samfunnsvernet er det likevel gjort unntak for situasjoner der det er fare for eget liv eller andres liv eller helse. Departementet er enig med Samtykkeutvalget i at denne innretningen av regelverket forutsetter at vurderingene av pasientens beslutningskompetanse og vurderingen av om unntaket kommer til

anvendelse selv om pasienten vurderes å ha beslutningskompetanse, har god kvalitet.

Departementet ser at en rutinemessig innhenting av informasjon kan ta ressurser og fokus bort fra nødvendig behandling, og at det kan tale for at slike vurderinger heller må foretas med bakgrunn i det generelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Departementet har imidlertid merket seg at flere høringsinstanser, deriblant flere kommuner, mener at det ikke er tilstrekkelig at faglig ansvarlig skal vurdere å innhente informasjon og at det bør være en plikt til å innhente informasjon. Departementet slutter seg derfor til Samtykkeutvalgets forslag og foreslår en plikt til å vurdere om det skal innhentes informasjon fra nærmeste pårørende, kommunale helse- og omsorgstjenester eller andre instanser. Innhenting av informasjon må skje i samsvar med taushetsplikten. Se utkastet til psykisk helsevernloven § 3-3 a.

7.4 Lovfesting av plikt til samarbeid ved overgang fra tvungent psykisk helsevern i heldøgnsinstitusjon til poliklinisk behandling (TUD)

7.4.1 Innledning

Departementet foreslår å lovfeste at den faglig ansvarliges vurdering av om en pasient bør overføres til tvungent vern uten døgnopphold (TUD) skal skje i samråd med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår også å utvide gruppen pårørende faglig ansvarlig skal ta hensyn til i sin vurdering.

7.4.2 Gjeldende rett

Tvungent vern kan gjennomføres uten døgnopphold i institusjon hvis dette er et bedre alternativ for pasienten. I vurderingen av om pasienten skal overføres til tvungent vern uten døgnopphold (TUD) skal det blant annet tas tilbørlig hensyn til pårørende pasienten bor sammen med. TUD kan bare omfatte pålegg om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling. Pasienten kan om nødvendig hentes. Dersom det er nødvendig, kan det brukes tvang for å gjennomføre henting. TUD kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

Dette følger av psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd.

Den faglig ansvarlige skal vurdere om pasienten trenger døgnkontinuerlig omsorg og behand-

ling, eller om det er bedre for pasienten å bo i egen bolig eller å ha opphold i en annen institusjon. 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 en institusjon som er godkjent for bruk av tvang. 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. Pasienten må i tillegg ha en kjent sykdomshistorie og det må på bakgrunn av pasientens symptomer og kunnskap om pasientens sykdomsforløp, være utvilsomt hvilken behandling pasienten trenger. Alternativt må pasienten ha vært observert i institusjon for døgnopphold og observasjonen må ha klargjort pasientens diagnose og hva slags behandlingsopplegg som anses nødvendig. TUD kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel og kan ikke etableres eller gjennomføres dersom pasienten er bostedsløs.

Dette går fram av psykisk helsevernforskriften § 11.

Dersom pasienten må hentes skal det skje mest mulig skånsomt for pasienten, for eksempel med bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten. Dersom det er behov for å bruke fysisk makt, skal politiet bistå. Dersom pasienten etter å ha blitt hentet likevel ikke møter til undersøkelse eller behandling, skal det gjøres en ny vurdering av om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold likevel er best for pasienten.

Dette går fram av psykisk helsevernforskriften § 34.

Pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern kan også overføres til TUD, jf. psykisk helsevernloven § 5-3 første ledd første punktum.

Kommunen skal blant annet samarbeide med de regionale helseforetakene slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4. Dette skal sikre pasienten et helhetlig og samordnet tilbud. Personell som yter tjenester som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendige for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11.

Kommunestyret skal inngå samarbeidsavtale med et regionalt helseforetak. Målet for samarbeidet skal være å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgs-

tjenester. Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke ved utarbeidelse av avtalen. Dette går fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Avtalen skal blant annet inneholde en konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 12.

Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1 e og 6-3 fastsetter tilvarende plikter til veiledning, samarbeid og til å inngå samarbeidsavtaler for helseforetak og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.

Det går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b hvem som er pasientens nærmeste pårørende. Utgangspunktet er at nærmeste pårørende er den pasienten selv oppgir, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b. Når pasienten er «ute av stand» til dette, er det avgjørende hvem som «i størst utstrekning har varig og løpende kontakt». Det tas likevel utgangspunkt i en opplisting: «ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten eller brukeren, barn over 18 år, foreldre eller andre som har foreldreansvaret, søsken over 18 år, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten eller brukeren nær, verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området.» Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.

7.4.3 Samtykkeutvalgets forslag

Samtykkeutvalget foreslo at det i loven presiseres at vurderingen av overgang fra behandling i døgninstitusjon til tvungent psykisk helsevern uten døgnbehandling (TUD) skal gjøres i samråd med kommunale helse- og omsorgstjenester. I vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til nærmeste pårørende. Se nærmere omtale i Samtykkeutvalgets rapport punkt 13.6.5.

7.4.4 Høringsinstansenes syn

Hesledirektoratet, Molde kommune og Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern og rus støtter forslaget om at vurderingen av overgang fra behandling i døgninstitusjon til tvungent psykisk helsevern uten døgnbehandling (TUD) skal gjøres i

samråd med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Flere høringsinstanser peker på at kommunene ikke har mulighet for å bruke tvang og på kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten.

Høringsinstansene som har uttalt seg om det, støtter forslaget om at det i vurderingen av om pasienter skal overføres til TUD skal tas tilbørlig hensyn til pasientens nærmeste pårørende.

Helsedirektoratet skriver:

«Direktoratet mottar jevnlig henvendelser fra både spesialisthelsetjeneste og kommunens helse- og omsorgstjeneste om konfliktsituasjoner som oppstår mellom nivåene, særlig ved utskrivelse til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Dette gjelder både for personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern og for personer som er på administrativ tvang og som oppfyller favevilkåret. Spesialisthelsetjenesten har behov for å skrive pasienten ut fra døgnopphold, da det behandlingmessig ikke lenger er nødvendig med døgnbehandling. Dette stopper innimellom opp, fordi kommunen ikke har egnet bolig å tilby pasienten, noe som i sin tur kan føre til unødvendig lang tvangsinnleggelse. Andre ganger tilsier samfunnsvernet at det er behov for kontrolltiltak som kommunen ikke har hjemmel til å gjennomføre (f.eks. stengt dør eller fotfølging), og som Helsedirektoratet har fortolket at pasienten ikke kan samtykke til, se bl.a. fortolkning av 9.5.22. Resultatet blir at pasienten må være på døgnbehandling og oppta en sengeplass det allerede er knapphet på, for å kunne ivareta samfunnsvernet. Stadig flere er under dom til tvungent psykisk helsevern og presset på sikkerhetspsykiatrien øker. Behovet og ansvaret for å ivareta samfunnsvernet er viktige faktorer som må være på plass. Situasjonen i dag er at kommunene mangler vesentlige elementer for å kunne ta et nødvendig ansvar for voldsrisikohåndtering og samfunnsvern. Etter Helsedirektoratet syn er det behov for mer ressurser til kommune, både i form av egnede og forsvarlige botilbud, tilstrekkelig personell og kompetanse. Det er også behov for vurdering av bedre juridiske virkemidler og klar ansvarsfordeling.»

Pasient- og brukerombudet skriver:

«Pasient- og brukerombudet opplever spesielt sårbare overganger fra døgnbehandling til

TUD og støtter utvalgets anbefaling med at det tas tilbørlig hensyn til nærmeste pårørende. Vi erfarer at mye ansvar for oppfølging av pasienter blir overlatt til pårørende. Pårørende får imidlertid ikke nødvendig informasjon og blir i liten grad involvert og ivaretatt i form av støtte og veiledning. Det er særlig bekymringsfullt når viktig informasjon fra pårørende ikke blir vektlagt eller hensyntatt av behandlingsteamet. Vi har også opplevd at nærmeste pårørende til pasienter under TUD får avvist sin klage hos Statsforvalteren begrunnet i manglende klagerett. Systemene er sårbare og kan føre til at pårørende alene får et omfattende ansvar for en alvorlig syk pasient. Dette medfører at både pårørende og pasient havner i en uforsvarlig situasjon.»

Advokatforeningen skriver:

«Advokatforeningen tiltrer ekspertutvalgets forslag til endring av psykisk helsevernlov § 3-5, med krav om at det ved vurdering av overføring til tvungent vern uten døgnopphold skal tas hensyn til pårørende. Og at slik overføring skal vurderes i samråd med primærtjenesten. I praksis antas at det i stor grad er samarbeid med primærhelsetjenesten i forbindelse med overføring, men forslaget støtter uansett opp under et samlet bedre tilbud før gjennomføring, noe som kanskje også kan redusere omfang av reinnleggelse til døgnopphold.»

Kontrollkommissjonen knyttet til Levanger sykehus skriver:

«Det er en stor utfordring i dag at enkelte kommunene ikke tar ansvar for pasienter sykehuset mener er utskrivingsklar under henvisning til at de ikke har et regelverk hvor de kan benytte tvang. I slike tilfeller blir pasientene enten værende i psykisk helsevern over svært lang tid eller så blir pasienten skrevet ut uten at kommunen følger opp. Begge situasjoner er svært uheldig. Kommisjonen kjenner til et eksempel hvor en pasient har bodd på institusjon de siste 5 årene. Det er beskrevet at pasienten ikke utgjør fare så lenge vedkommende har personell som kjenner pasienten godt. Når kommunen nekter å ta dette ansvaret, har det hatt den konsekvens at en person i realiteten har bodd på institusjon i 5 år. Det er et spørsmål om praksis knyttet til ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i

enkelte tilfeller kan føre til situasjoner som er i strid med EMK artikkel 3, 5 og 8.»

Innlandet politidistrikt skriver:

«Innlandet politidistrikt erfarer at kommunehelsetjenestene i Innlandet viser til at det ikke alltid tas tilstrekkelig hensyn til pasientens fungering i bo- og nærmiljø ved vurdering av samtykkekompetanse eller fare, og at pasienter i denne gruppen ofte skrives ut før de er tilstrekkelig stabilisert. Vår erfaring er at en betydelig andel av de alvorligst syke har behandling preget av avbrudd og gjentatte akuttinnleggelse. Justissektoren legger stadig større beslag på døgnplasser i det psykiske helsevernet, påpeker utvalget. Utviklingen med nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern og den økende andelen DTPH bekymrer utvalget. Utvalget ser med bekymring på det økende antallet pasienter som er innlagt etter psykisk helsevernloven, og særlig på sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Utvalget er kjent med at rundt halvparten av pasientene på DTPH i dag får sin oppfølging utenfor sykehus. Ut ifra våre erfaringer i Innlandet politidistrikt, samsvarer dette med helsevesenets strenge praksis for å bruke minst mulig tvang, manglende informasjonsdeling og manglende kapasitet og ressurser. Svingdørsproblematikken er krevende for pasienten, pårørende og samfunnet generelt. Disse utviklingstrekkene fremstår som alvorlige. Innlandet politidistrikt deler derfor Samtykkeutvalgets bekymring om at mangelfull behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse kan ha konsekvenser for samfunnsvernet.»

Nasjonal aksjon for bevaring og utvikling av de psykiatriske sykehusene skriver:

«Det er velkjent at overganger mellom tilbudt hjelp i spesialisthelsetjenesten og kommunene er utfordrende perioder for pasienter og pårørende. Både spesialisthelsetjenesten og kommunene må settes i stand til å forberede overganger best mulig. Vi viser til rapportens utførlige anbefalinger på dette punkt.»

Den norske legeforening peker på at lovverket per i dag umuliggjør et hensiktsmessig samarbeid omkring denne pasientgruppen. Idag har kommunene ikke adgang til å benytte tvangstiltak overfor pasienter med TUD. En endring av rammeverket/

lovverket vil imidlertid også kunne få den konsekvens at kommunene må tilpasse tjenestene til en ny pasientgruppe. Et økt ansvar til kommunene for denne pasientgruppen vil trolig kreve vesentlig mer ressurser.

Trondheim kommune peker på at det jevnlig oppleves at spesialisthelsetjenesten, i forbindelse med utskrivelser, forventer at kommunen skal utøve kontroll og tiltak som kommunen ikke har hjemmel i lov til å utføre.

Bergen kommune mener at forslaget trolig vil bidra til bedre behandling av pasientene, men skriver:

«Samtidig vil Bergen kommune påpeke at kommunens plikt til samordning i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 ikke gjenfinnes i spesialisthelsetjenesteloven. Regelverket burde harmoniseres slik at det ikke var nødvendig med pålegg gjennom særlover, som det legges opp til her. Forslaget om å avklare og etablere et rammeverk for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om personer underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) bør prioriteres fremover. Bergen kommune opplever en kontinuerlig oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I dagens situasjon har spesialisthelsetjenesten urealistiske forventninger til kommunens rolle i oppfølgingen av pasienter underlagt TUD. I dag forventer spesialisthelsetjenesten kommunale tiltak, som minner om tvangstiltak, som f.eks. sikre at pasient ikke har tilgang på kniver. Dette har ikke kommunen lovhjemler til, og det følger av dagens lovverk og oppgavefordeling at enkelt pasienter kun kan ivaretas ved lengre opphold i psykisk helsevern.

Videre er det fra spesialisthelsetjenesten en forventning om at kommunen skal sikre heldøgns tjenester av et omfang langt utover kommunens mulighet til dette. Dagens rammeverk gir svært uklare føringer for ansvar og roller opp mot denne pasientgruppen. Vi er også kjent med at dette er en stor utfordring for andre kommuner. Bergen kommune foreslår at man utvider kretsen det skal tas hensyn til å omfatte barn som pasienten faktisk bor sammen med, da alle barn har behov for særlig beskyttelse, og det er ikke automatikk i at det er tiknytning mellom nærmeste pårørende (som bla. kan tilhøre en annen husstand) og barn i pasientens husstand. Barn pasienten bor sammen med kan være søsken, stebarn og egne barn med en annen enn den nærmeste

pårørende, og også andre barn i husstands-fellesskap.»

Horten kommune skriver:

«Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene medfører av og til juridiske uenigheter mellom partene. Kommunen opplever svak bistand fra Statsforvalter og Direktorat i slike saker, og som regel tar det år å få relativt enkle avklaringer. Dette gjelder også spørsmål rundt bruk av tvang i kommunene. Pasientene blir i mellomtiden gående i en uavklart behandlingssituasjon.»

Molde kommune skriver:

«Molde kommune vil også påpeke at lovverket per i dag umuliggjør et hensiktsmessig samarbeid omkring denne pasientgruppen. Per i dag har kommunene ikke adgang til å benytte tvangstiltak overfor pasienter med TUD. En endring av rammeverket/lovverket vil imidlertid også kunne få den konsekvens at kommunene må tilpasse tjenestene til en ny pasientgruppe. Et økt ansvar til kommunene for denne pasientgruppen vil trolig kreve vesentlig mer ressurser.»

7.4.5 Departementets vurderinger og forslag

Hvis kommunen ikke kan tilby de tjenestene som spesialisthelsetjenesten mener er nødvendige forutsetninger for å ivareta samfunnsvernet ved overføring av en pasient til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon (TUD), vil konsekvensen kunne bli at det ikke er faglig forsvarlig å overføre pasienten til TUD, slik at pasienten må bli værende i spesialisthelsetjenesten.

Overgangen fra døgninstitusjon til poliklinisk oppfølging er ofte sårbar for personer med alvorlige psykiske lidelser. God oppfølging av personer som er underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) forutsetter et godt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Departementet legger blant annet til grunn at den kommunale helse- og omsorgstjenesten når pasienten er et barn som bor utenfor hjemmet, sørger for nødvendig dialog blant annet med barnevernsinstitusjon eller fosterhjem. Vurderingen av om TUD er et bedre alternativ for pasienten enn tvungent vern med døgnopphold skal gjøres fortløpende.

Departementet ser med bekymring på informasjonen fra Samtykkeutvalget om at forhandling om oppgaver og ansvar mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan føre til at hensynet til pasienten i praksis kommer i annen rekke. I noen kommuner er det knapphet på egnede boliger og kvalifisert personell til forsvarlig oppfølging av personer med vedtak om TUD. Stram økonomi kan gjøre det krevende for kommunene å ta imot pasienter som ikke er regnet inn i de årlige budsjettene. Departementet støtter derfor Samtykkeutvalgets vurdering av at det bør lovfestes at den faglig ansvarliges vurdering av om en pasient bør overføres til TUD skal skje i samråd med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet viser til at dette samsvarer med kommunens og spesialisthelsetjenestens plikt til samarbeid og samordning og den gjensidige veiledningsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Forslaget vil kunne bidra til økt oppmerksomhet om viktigheten av godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved overføring av pasienter på tvungent psykisk helsevern fra døgnopphold til poliklinisk behandling.

Høringsinstansene peker på en rekke hindre for godt samarbeid ved overgang fra tvungent psykisk helsevern i heldøgnsinstitusjon til poliklinisk behandling (TUD), blant annet at kommunene ikke har adgang til å bruke tvang.

Ingen av utvalgene har foreslått å utvide kommunens adgang til å bruke tvang.

Regjeringen oppnevnte i juni 2023 et offentlig utvalg som skal se på hvordan Norge best kan ivareta personer med alvorlige psykiske lidelser som har begått kriminalitet. Utvalget ble særskilt gjort oppmerksom på at personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern i noen tilfeller fortsatt oppholder seg i døgninstitusjon fordi samfunnsvernet ikke kan ivaretas tilstrekkelig utenfor institusjonen, selv om den faglig ansvarlig har konkludert med at de er utskrivningsklare. Det pekes blant annet på at kommunene ikke har hjemler for å bruke tvang mot personer med psykiske lidelser og at det er omdiskutert om personer som gjennomfører dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, kan samtykke til restriktive tiltak mot å få gjennomføre dommen utenfor institusjon. Sivilombudet har pekt på at det synes å foreligge mangler eller uklarheter ved regelverket på dette området og anbefalt at dette utredes nærmere. Utvalget har fått frist 1. mars 2025.

Etter dagens regelverk skal det i vurderingen av om en pasient skal overføres til TUD tas til-

børlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Departementet ser at overføring til TUD også kan få konsekvenser for pårørende pasienten ikke bor sammen med. Departementet mener at det er rimelig at det også tas hensyn til disse, men at det bør begrenses til personer som er gitt rettigheter som nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

Forslaget vil også omfatte barn mellom 16 og 18 år.

Se utkastet til psykisk helsevernloven § 3-5.

7.5 Utvidet adgang til deling av taushetsbelagte opplysninger med annet helsepersonell ved fare

7.5.1 Innledning

Departementet foreslår at det gjøres unntak fra taushetsplikten i situasjoner der pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, slik at opplysninger kan deles med samarbeidende helsepersonell eller annet helsepersonell som gir eller skal gi pasienten helsehjelp.

7.5.2 Gjeldende rett

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21.

Taushetsbelagte opplysninger kan likevel gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp forutsatt at pasienten ikke motsetter seg slik informasjonsdeling, jf. helsepersonelloven § 25 første ledd. Bestemmelsen regulerer situasjoner der helsepersonell samarbeider om helsehjelpen til en pasient uavhengig av om dette skjer innenfor eller på tvers av virksomheter.

Det går fram av Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven at samarbeidende personell for eksempel kan være helsepersonell i andre avdelinger, i andre sykehus eller helsepersonell utenfor sykehuset eller i andre virksomheter som samarbeider om helsehjelpen til pasienten. Også andre enn helsepersonell kan være samarbeidende personell når de samarbeider med helsepersonell som behandler pasienten. Samarbeidende personell får da tilsvarende taushetsplikt som helsepersonell. Unntaket omfatter ikke annet samarbeid om enkeltpasienter enn det som skjer i forbindelse med helsehjelp, og gjelder derfor ikke

samarbeid mellom helsepersonell og skole, PP-tjenesten og barnevern.

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til en pasient, gi nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på en forsvarlig måte, jf. helsepersonelloven § 45 første ledd. Bestemmelsen regulerer plikten til å gi helseopplysninger til andre som yter eller skal yte helsehjelp til samme pasient.

Pasienten har som nevnt rett til å motsette seg overføring og tilgjengeliggjøring av journal eller opplysninger i journal. Opplysningene kan heller ikke overføres eller tilgjengeliggjøres dersom det er grunn til å tro at pasienten eller brukeren ville motsette seg det. Overføring og tilgjengeliggjøring kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det.

Dette går fram av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3.

Det går fram av Helsedirektoratets rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 at «tungtveiende grunner» i praksis vil være situasjoner hvor overføring av opplysninger anses nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helse-skade.

7.5.3 Samtykkeutvalgets forslag

Samtykkeutvalget foreslo at taushetsbelagte opplysninger skal kunne deles med samarbeidende personell i helsetjenesten og annet helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten, når pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, selv om pasienten motsetter seg dette. Se nærmere omtale i Samtykkeutvalgets rapport punkt 13.5.5.

7.5.4 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser støtter Samtykkeutvalgets generelle anbefaling om å utrede reglene om taushetsplikt for å bedre samhandling og tilstrekkelig informasjonsutveksling mellom offentlige instanser.

Helse Fonna HF/Klinikk for psykisk helsevern og rus, Eidsvoll kommune og Den norske legeförening støtter forslagene om å legge bedre til rette for deling av taushetsbelagte opplysninger med annet helsepersonell ved fare.

Helsedirektoratet støtter i utgangspunktet forslaget, og er enig med utvalget i at et slikt unntak både kan bidra til å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp og ivareta samfunnsvernet og helse-

personells sikkerhet. Samtidig vil ikke kretsen av personer som skal motta opplysninger utvides i forhold til dagens regulering.

Eidsvoll kommune skriver:

«Kommunen erfarer at dagens regler om taushetsplikt kan hindre nødvendig informasjonsdeling, ved at det er svært ulike oppfatninger blant instansene om når det er mulig å gi opplysninger.»

Helse Stavanger skriver:

«Slik HS ser det, er det ikke tvilsomt at de tilfellene som foreslås eksplisitt regulert i hpl. §§ 25 og 45 allerede er omfattet av adgangen til å oppheve taushetsplikten etter hpl. § 23 nr. 4. Sistnevnte bestemmelse er langt mer generell i sin utforming, og vil dermed favne flere tilfeller enn Samtykkeutvalgets forslag. Basert på den høye terskelen for å oppheve taushetsplikten i Samtykkeutvalgets forslag, frykter HS at forslaget i realiteten vil kunne innskrenke dagens rettstilstand og medføre at hpl. § 23 nr. 4 blir benyttet sjeldnere. Før en går videre med Samtykkeutvalget forslag, bør en i lys av ovennevnte klargjøre den tiltenkte relasjonen mellom forslaget og hpl. § 23 nr. 4 og om endringen i praksis vil gjøre taushetspliktsreglene mer eller mindre rigide. I tillegg må et eventuelt lovforslag om å endre hpl. §§ 25 og 45 harmoniseres med pbrl. § 5-3. HS kan ikke se at Samtykkeutvalget har tatt tak i denne problematikken. Pbrl. § 5-3 fastslår at «Pasienten og brukeren har rett til å motsette seg overføring og tilgjengeliggjøring av journal eller opplysninger i journal.» Med dette gir pbrl. § 5-3 pasienten rett til å motsette seg noe som forslag til ny hpl. §§ 25 og 45 ikke gir pasienten rett til å motsette seg.»

Oslo kommune mener at det er viktig at personell som har ansvar for helse- og omsorgstjenester i kommunal regi er kjent med opplysninger som er avgjørende for å sikre forsvarlighet og gode tjenester. *Sykehuset i Vestfold HF* mener at det vil være en trygghet for helsepersonell at de ikke bryter taushetsplikten. *Norsk psykologforening* er enig med Samtykkeutvalget i at dialogen mellom samarbeidende personell og helsepersonell i møte med farlige pasienter med fordel kan være åpnere og mener at en åpnere dialog i større grad vil sikre samfunnsvern og skape større forutsigbarhet for pasientene, helsepersonell og justissektoren.

Fellesorganisasjonen (FO) er enig i at informasjonsflyt i helse- og omsorgstjenestene er viktig for å kunne levere forsvarlige tjenester og at deling av sensitive opplysninger mot pasientens vilje kan være nødvendig for at tjenestene samlet sett skal være forsvarlige, både overfor pasient og helsepersonell. FO mener likevel at det bør være klare kriterier for når unntaket skal kunne brukes og krav til dokumentasjon.

Politidirektoratet skriver:

«Behovet for felles målrettet og koordinert forebyggingsinnsats på lokalt nivå forutsetter også at etatene i nødvendig grad kan dele opplysninger om enkeltpersoner, for eksempel for koordinering av og oppfølging av forebyggende lavterskeltilbud. I denne sammenhengen kan det i enkelte tilfeller også være aktuelt å involvere politiet i samarbeidet. Per i dag synes ikke regelverket for helse- og omsorgstjenestens taushetsplikt å åpne for tilstrekkelig informasjonsdeling for å nå den beskrevne målsetningen. Politidirektoratet støtter derfor utvalgets anbefaling om større handlingsrom for informasjonsutveksling til samarbeidende personell når farevilkåret er oppfylt, jf. 13.5.5. Dette anses som en grunnleggende forutsetning for å sikre trygge arbeidsvilkår for involvert personell, og et nødvendig tiltak i lys av ansvaret for samfunnssikkerheten. Det anbefales imidlertid at det åpnes for at slik informasjonsdeling kan vurderes også i tilfeller hvor farevilkåret ikke er konstatert. Dette kan for eksempel være aktuelt i tilfeller hvor pasienten ikke har voldshistorikk og vedkommende skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), men det likevel antas å kunne foreligge økt voldsrisiko på sikt, for eksempel i situasjoner med gjentatt eller langvarig rus.»

Trondheim kommune skriver:

«Kommunen presiserer at behovet ikke kun er mellom psykisk helsevern (spesialisthelse-tjenesten) og politiet, men også mellom kommunen og disse instansene. Dette er svært viktig for å kunne forebygge voldshendelser og redusere risiko for skade på pasient, personell eller tredjepart. TUD gjelder pasienter med alvorlig psykisk lidelse som er medikamentelt behandlet og stabilisert i spesialisthelse-tjenestene og som skrives ut med vedtak om fortsatt tvungen medikamentell behandling.»

Bergen kommune skriver:

«Bestemmelsen kan innskrenke pasientens rettigheter, men den foreslåtte unntaksbestemmelsen er svært snever. Det stilles en høy terskel ved at det kreves at pasienten må utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse. Hensynet til samfunnet og vernet av samarbeidende personell må her veie tungt. Pasienten selv har en grunnlovfestet rett til liv, og manglende informasjon om at pasienten er til en fare for seg selv, må her også veie tungt.»

7.5.5 Departementets vurderinger og forslag

Retten til vern om privat- og familieliv er tatt inn i Grunnloven § 102. Rettigheten er også nedfelt i EMK artikkel 8, SP artikkel 17 og CRPD artikkel 22.

Samarbeid mellom helsepersonell er viktig for å ivareta pasienters behov for oppfølging og for å bidra til hensiktsmessig, effektiv og forsvarlig behandling og oppfølging av den enkelte pasienten i helse- og omsorgstjenesten.

For å lykkes med tilbudt behandling er det viktig med en god og tillitsfull relasjon mellom pasienten og helsepersonell. Utgangspunktet er derfor at helseopplysninger bare skal deles når pasienten ikke motsetter seg. Pasientens rett til å motsette seg deling av helseopplysninger kan likevel i enkelte tilfeller komme i konflikt med hensynet til pasientens eget liv eller med samfunnsvernet. Deling av helseopplysninger kan også ha betydning for helsepersonells sikkerhet. Det er derfor viktig at behandlende personell, når det vurderes at pasienten er en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, får kjennskap til denne risikoen og til tidligere sykdomshistorie eller behandling.

Dersom tungtveiende grunner taler for det, kan journal eller opplysninger i journal, overføres og tilgjengeliggjøres med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 tredje punktum.

Departementet slutter seg likevel til Samtykkeutvalgets vurdering av at det er av stor betydning at behandlende personell får kjennskap til tidligere sykdomshistorie og behandling i tilfeller hvor personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse og at dette bør gå direkte fram av loven.

Departementet foreslår derfor at det fastsettes et klart unntak fra taushetsplikten i situasjoner der pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse slik at opplysninger kan deles med samarbeidende helsepersonell. «Nærliggende og alvorlig fare» skal i denne sammenhengen forstås på samme måte som farevilkåret i psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b. Pasienten skal, så langt det er mulig, gjøres kjent med at opplysningene blir utlevert til tross for at han eller hun har motsatt seg. Unntaket fra taushetsplikten skal bare gjelde for opplysninger som er nødvendige for at samarbeidende personell eller helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp skal kunne gi forsvarlig helsehjelp til pasienten. Det skal nedtegnes i journalen at annet helsepersonell er gitt opplysninger, jf. helsepersonelloven § 45 første ledd andre punktum.

Forslaget fører til redusert selvbestemmelse for pasienten, men ivaretar tydeligere enn dagens regler hensynet til andre som vil kunne bli berørt dersom pasienten utagerer. Forslaget ivaretar også hensynet til at pasienten skal få forsvarlig behandling. Forslaget omfatter også barn. Departementet legger til grunn at det særlig vil være aktuelt å bruke bestemmelsen i forbindelse med overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold (TUD).

Se utkastet til helsepersonelloven § 25 og § 45.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

Samtykkeutvalget mente at det på grunn av høy kompleksitet, mange avhengigheter og sammen-satte konsekvenser, ikke var mulig å gjøre fullstendige økonomiske og administrative utredninger av utvalgets anbefalinger. Utvalget begrenset seg derfor til å gi mer generelle kommentarer. Utvalget skrev blant annet:

«Som en generell merknad til spørsmålet om økonomiske konsekvenser, vil utvalget påpeke at pasientforløp preget av avbrudd, gjentatte akuttinnleggelser og dårlig kontinuitet representerer en u hensiktsmessig ressursbruk der kostnaden er svært høy både på individ- og samfunnsnivå, mens nytten er begrenset. Utvalget mener derfor at kostnader som gjelder tiltak som handler om å styrke tjenesten eller om å forbedre behandlingstilbudet til svært syke pasienter må vurderes oppimot mulige besparelser på kort og lang sikt og verdien av tiltaket for den enkelte pasient og for pårørende, helsetjenesten og samfunnet ellers.»

Samtykkeutvalget la likevel til grunn at de fleste lovendringsforslagene vil kreve opplæring av helsepersonell og skape behov for informasjon rettet mot pasienter og pårørende som en del av implementeringen av lovforslagene.

Departementet slutter seg til Samtykkeutvalgets generelle vurderinger.

Forslaget om endringer i formålsbestemmelsen vil ikke føre til økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning. Det samme gjelder forslaget om å erstatte «samtykkekompetanse» med «beslutningskompetanse», som ikke er ment å innebære noen realitetsendring, men kun skal tydeliggjøre det som allerede er gjeldende rett.

Forslagene om å oppheve sykdomsvilkåret og presisere forståelseskravet i bestemmelsen om når beslutningskompetansen kan falle bort, vil kunne føre til en beskjeden administrativ besparelse ved at vurderingstemaet for bortfall av beslutningskompetanse forenkles og tydeliggjøres. Endringene lovfester langt på vei forståel-

sen av innholdet i lovkravene som har utviklet seg i praksis. Det er derfor ikke grunn til å tro at endringene vil føre til vesentlige endringer i vurderingen av hvilke pasienter som mangler beslutningskompetanse. Endringene vil trolig føre til at noen flere pasienter enn i dag vil kunne fylle vilkårene for innlegging, tilbakeholdelse, tvungen undersøkelse og tvungen behandling, men også til at flere pasienter får nødvendig helsehjelp tidligere i sykdomsforløpet. Samlet sett må det likevel antas at endringen vil gi beskjedne kostnader.

Forslaget om å senke beviskravet for at pasienten mangler beslutningskompetanse vil kunne føre til at det fattes vedtak om tvang i flere tilfeller enn det gjøres i dag. Dette vil kunne føre til økte kostnader i forbindelse med behandling. Samtidig vil flere kunne få hjelp tidligere, slik at en i større grad unngår at pasienter kommer tilbake med forverret sykdomstilstand og et enda større og mer akutt behov for helsehjelp. De økonomiske konsekvensene antas derfor å kunne øke noe i begynnelsen, men vil sannsynligvis jevne seg ut og dermed ikke bli betydelige over tid.

Forslaget om å ta inn i psykisk helsevernloven et krav om løpende vurdering av om lovens vilkår for tvangsbruk er oppfylt, tydeliggjør og lovfester et krav som allerede gjelder ved bruk av tvang i psykisk helsevernloven og ventes derfor ikke å medføre økonomiske eller administrative konsekvenser.

Kontrollkommisjonen treffer svært sjelden selv vedtak om tvangsbruk. Forslaget om at kontrollkommisjonen ved klage på vedtak om å ikke etablere eller å oppheve vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, bare skal kunne ta stilling til lovligheten av vedtaket og ikke selv treffe vedtak om bruk av tvang, antas derfor ikke å få økonomiske eller administrative konsekvenser.

Forslaget om å lovfeste adgang til å bruke elektrokonvulsiv behandling (ECT) overfor pasienter som ikke har beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg behandlingen, vil kreve noe mer personellressurser fordi det kreves at det treffes formelle vedtak. Departementet legger likevel til grunn at den foreslåtte innrammingen

av tiltaket gjør at målgruppen for tiltaket vil være liten og at ECT trolig vil bli brukt på noe færre pasienter enn i dag. Ettersom ECT-behandling krever en del personell med høy kompetanse antas det at forslaget vil kunne gi en beskjeden innsparing. På den annen siden legger forslaget en ny oppgave til kontrollkommisjonen. Det antas å føre til en liten kostnadsøkning.

Forslaget om å gi helsehjelp til personer med alvorlige psykiske lidelser uten beslutningskompetanse som ikke motsetter seg, etter de samme reglene som i dag gjelder for pasienter med somatiske lidelser og mindre alvorlige psykiske lidelser, vil frigjøre noen personellressurser ved at behovet for å treffe tvangsvedtak reduseres. Endringen omfatter pasienter med alvorlig sinnslidelse. Antall tvangsinnleggelses i 2022 var, ifølge Helsedirektoratet, 5298 i Helse Sør-Øst, 2200 i Helse Vest, 974 i Helse Midt-Norge og 820 i Helse Nord. For pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern og hvor vedtaket opphørte ved utskrivning, hadde pasientenes innleggelse samlet sett median varighet på 39 dager, ifølge direktoratet. Pasienter som er tvangsinnlagt, fyller vilkåret om «alvorlig sinnslidelse». De fleste av dem er innlagt med grunnlag i at etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende 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 (behandlingsvilkåret). Departementet legger til grunn at de aller fleste behandlingstrende pasientene med alvorlig sinnslidelse fortsatt vil bli underlagt tvungent psykisk helsevern, blant annet fordi de motsetter seg behandlingen. Departementet legger videre til grunn at de fleste av dem som ikke motsetter seg, vil bli behandlet i institusjon for psykisk helsevern, dvs. at hovedendringen vil bli at noen færre av pasientene som får behandling i psykisk helsevern vil ha et tvangsvedtak. Disse pasientene utgjør en liten andel av pasientene med psykiske lidelser. Departementet legger til grunn at bestemmelsen særlig vil komme til anvendelse i institusjoner i psykisk helsevern. Forslaget må ses i sammenheng med forslagene som fører til at noen flere pasienter og brukere vil bli vurdert å mangle beslutningskompetanse, noe som igjen vil føre til en liten utvidelse av gruppen pasienter som kan tenkes å være aktuelle å behandle etter de alminnelige reglene om helsehjelp som utgjør et alvorlig inngrep for pasienter som ikke har beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg. Det vil også kunne føre til at noen flere pasienter som i

dag må behandles i institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern, vil kunne bli behandlet i kommunale institusjoner. Forslaget vil innebære nye oppgaver for kontrollkommisjonen. Forslaget vil på den annen side føre til at kontrollkommisjonen vil få noe færre tvangsvedtak til overprøving. Den som yter helsehjelpen, har ansvar for å dokumentere at lovens vilkår er oppfylt. Grunnlaget for beslutningen skal være nedtegnet i pasientens journal. Utlevering av vurderingen til kontrollkommisjonen vil kreve at ansvarlig helsepersonell finner fram de aktuelle opplysningene i journalen, og sender de til kommisjonen. Det vil kreve beskjedne ressurser.

Det går fram av Helsedirektoratets rapport Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022: Sykehjem, at 121 av 327 kommuner (37 pst.) svarte at de hadde, eller disponerte, egen forsterket(e) enhet(er) spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer. Disse kommunene oppga at de hadde eller disponerte tilsammen 934 plasser fordelt på 179 forsterkede enheter, det vil si et gjennomsnitt på 5,2 plasser per forsterket enhet. Av disse vil det bare være en mindre andel som fyller alle vilkår for tvungent vern og legemiddelbehandling uten eget samtykke. Ettersom pasienten også må motsette seg gjennomføringen av behandlingen og det i tillegg må være en klart bedre løsning for pasienten enn å bli behandlet i institusjon for psykisk helsevern og kommunene må ønske at pasienten i det aktuelle tilfellet skal behandles i sykehjem, legger departementet til grunn at forslaget om å lovfeste adgang til tvangsbehandling med legemidler av pasienter i sykehjem, vil bidra til forsvarlig behandling innenfor tydelige rammer av en veldig liten andel av pasienter som i stor grad allerede er på sykehjem. Ansvaret for å treffe vedtak og for gjennomføringen av behandlingen vil fortsatt ligge hos spesialisthelsetjenesten. Gjennomføring av vedtak i sykehjem forutsetter avtale mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunen for den aktuelle pasienten. Forslaget vil føre til at kommunene kan avtale å tilby og finansiere institusjonsplass i perioder der pasienter i dag ville ha vært, eller burde ha vært, innlagt i institusjon for døgnopphold i psykisk helsevern, mens spesialisthelsetjenesten i noe større grad vil kunne få ansvaret for å tilby og finansiere legemidler til pasienter som er innlagt i en kommunal helseinstitusjon. Forslaget gir kommuner en mulighet til å inngå avtaler med spesialisthelsetjenesten for å sikre at pasienter med alvorlig sinnslidelse kan behandles i sykehjem når det er

den klart beste løsningen for dem. Siden det er frivillig for kommunen å inngå denne typen avtaler, kan kommunen også sette økonomiske betingelser i avtalen.

Forslaget om at mennesker med «psykisk utviklingshemning» skal få samme mulighet til å gjøre seg nytte av varslings- og lokaliseringsteknologi som andre pasienter antas å kunne føre til noe redusert behov for personellressurser og administrative ressurser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fordi det må treffes færre tvangsvedtak. Statsforvalteren må også overprøve noe færre vedtak.

Forslaget om at beslutningskompetente pasienter ikke skal kunne nekte pårørende informasjon og medvirkning når pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse vil ikke få økonomiske konsekvenser. Forslaget om at beslutningskompetente pasienter ikke skal kunne nekte pårørende informasjon og medvirkning når hensynet til barn pasienten har omsorgsansvar for taler for at pårørende skal få informasjon og medvirke, vil heller ikke få økonomiske konsekvenser. Forslagene vil derimot kunne gi helsetjenesten lettere tilgang til nødvendig informasjon.

Forslagene om at den faglig ansvarlige skal ha en lovfestet plikt til å vurdere farevilkåret mv. vil kunne føre til at det blir gjennomført voldsrisikovurderinger og utarbeidet risikohåndteringsplaner i noen flere tilfeller enn i dag. Forslagene vil kunne føre til noe økt ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. Det vil også bli behov for å tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten.

Forslaget om å lovfeste at den faglig ansvarliges vurdering av om en pasient bør overføres til tvungent vern uten døgn (TUD) skal skje i samråd med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil kunne føre til en beskjeden økning i ressursbruk før overføringen, men det antas at det vil bli spart inn igjen ved bedre samarbeid etter overføringen. Det vil være behov for å ha prosedyrer for samhandling knyttet til pasienter på TUD i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Forslaget om deling av taushetsbelagte opplysninger med annet helsepersonell ved fare ventes ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning, men det vil være behov for å tilpasse praksis og prosedyrer i helsetjenesten.

De foreslåtte endringene vil i liten grad påvirke det totale behovet for helsepersonell. Departementet mener derimot at forslagene vil kunne bidra til mer effektiv bruk av personellressursene.

Endringene vil i liten grad endre muligheten for å gi helsehjelp til barn som motsetter seg. Endringene vil derimot legge bedre til rette for å ivareta barn som pårørende.

De foreslåtte tiltakene vil bli dekket innenfor de gjeldende budsjettammene for Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet vil sørge for at det blir fastsatt endringer i psykisk helsevernforskriften som er nødvendige som følge av de foreslåtte lovendringene. Dersom Stortinget slutter seg til endringsforslagene, bør det gjennomføres et grundig informasjonsarbeid før endringene trer i kraft.

9 Merknader til lovforslaget

Spesialisthelsetjenesteloven

Til § 3-11

I *tredje ledd andre punktum* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, og det henvises til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd. Se punkt 4.2.

Psykisk helsevernloven

Til § 1-1

I formålsbestemmelsens *første ledd* tas det inn at loven skal sikre helsehjelp av god kvalitet. Det tas også inn at lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten, og at det er et formål å fremme riktig bruk av tvang. Se punkt 4.1.

Til § 1-2

I *andre og tredje ledd* tilpasses begrepsbruken forslagene om at det ikke lenger skal være nødvendig å treffe tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven for pasienter med alvorlig sinnslidelse som mangler beslutningskompetanse, men ikke motsetter seg. Se punkt 6.1.

Til § 2-1

I *første ledd nytt andre punktum* tas det av informasjonshensyn inn en bestemmelse om at undersøkelse og behandling av pasienter som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen, også kan skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Dette er en konsekvens av forslaget om å oppheve særregelen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 femte ledd om at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, bare kan skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3.

Det vil dermed bli tre grupper som kan være innlagt i psykisk helsevern: Pasienter som er lagt

inn på grunnlag av samtykke, pasienter som mangler beslutningskompetanse og er innlagt etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 og pasienter innlagt etter psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3.

Forslaget legger opp til en større frihet for tjenestene til å velge mellom to forskjellige lovgrunnlag for å gi helsehjelp til pasienter med en «alvorlig sinnslidelse» som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen:

- pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6
- tvangshjemlene i psykiske helsevernloven.

Alle reglene om bruk av tvang under gjennomføring av psykisk helsevern gjelder for pasienter under tvungent psykisk helsevern. For pasienter som er innlagt i psykisk helsevern med grunnlag i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 vil rettsstillingen følge av psykisk helsevernloven § 1-1a andre ledd. I tillegg vil anvendelsen av reglene i psykisk helsevernloven kapittel 4 være begrenset av at pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 bare gjelder så lenge pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen.

Se punkt 6.1.

Til § 3-2

I *første ledd nr. 3* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Til § 3-3

I *nr. 4* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Til § 3-3 a

I nytt *fjerde ledd* lovfestes faglig ansvarliges ansvar for å vurdere om en pasient utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Vurderingen skal gjøres dersom pasienten opptrer truende eller utøver vold og dersom pasienten tidligere har opptrådt truende eller har utøvd vold.

Etter nytt *femte ledd* skal faglig ansvarlig i situasjonene som beskrives i fjerde ledd vurdere om det skal gjøres en voldsrisikoutredning og eventuelt utarbeides en risikohåndteringsplan.

Sinne knyttet til selve tvangsinnleggelsen vil ofte ikke være tilstrekkelig til at farevilkåret er oppfylt eller at det gjennomføres en voldsrisikoutredning eller utarbeides en risikohåndteringsplan.

I nytt *sjette ledd* lovfestes det at faglig ansvarlig skal vurdere om det er behov for å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser i forbindelse med vurderingen av farevilkåret i lovens §§ 3-2 og 3-3 og vilkåret om manglende beslutningskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Se punkt 7.3.

Til § 3-4

I *første ledd* utvides forbudet mot direkte overføring til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet) til å omfatte pasienter som er under psykisk helsevern med grunnlag i beslutning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Se punkt 6.1.

Til § 3-5

I *tredje ledd nytt andre punktum* lovfestes det at vurderingen av om pasienten skal overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon skal gjøres i samråd med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget gir ikke kommunen en veto rett mot overføringen. Konsekvensen av at kommunen ikke bidrar med tjenester som spesialisthelsetjenesten mener er nødvendige for at det skal være forsvarlig å overføre pasienten kan imidlertid som i dag, bli at pasienten må bli værende i døgninstitusjon. I *tredje ledd tredje punktum* (nåværende andre punktum) utvides gruppen av pårørende det skal tas hensyn til i vurderingen av om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal gjennomføres uten døgnopphold i institusjon. Se punkt 7.4.

Til § 4-2 a

Paragrafen er ny. Det tydeliggjøres at lovens vilkår må være oppfylt under hele gjennomføringen av et tvangsvedtak. Endringen fører ikke til realitetsendringer. Se punkt 5.1.

Til § 4-4

I *første ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring. Se punkt 4.2.

Til ny § 4-4 b

Paragrafen er ny. Den lovfester og avgrenser adgangen til å bruke elektrokonvulsiv behandling (ECT) uten samtykke. Det kreves ikke vedtak om tvungent vern. Etter *første ledd* skal det treffes vedtak om bruk av ECT. Faglig ansvarlig skal treffe vedtaket i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Pasienten må mangle beslutningskompetanse. Etter *bokstav a* må unnlatelse av å gjennomføre behandlingen i løpet av få uker medføre alvorlig fare for pasientens liv. Etter *bokstav b* kan vedtak om bruk av ECT bare treffes hvis pasienten ikke motsetter seg. Vilråene i både bokstav a og b må være oppfylt. *Andre ledd* stiller krav til vedtaket. Etter *tredje ledd* er den maksimale varigheten for vedtak etter bestemmelsen to uker innenfor den samme behandlingsserien. *Fjerde ledd* gir pasienten og dennes nærmeste pårørende klageadgang på vedtak etter bestemmelsen til kontrollkommisjonen. Se punkt 5.3.

Til ny § 4-8 a

Paragrafen er ny. Det går fram av *første ledd første punktum* at spesialisthelsetjenesten og kommunen kan avtale at et vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke skal gjennomføres i sykehjem. Det er dermed kommunen som bestemmer om vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan gjennomføres i sykehjem. Kommunen kan velge å avslutte gjennomføringen av vedtaket. Forutsetningen for å gjennomføre behandlingen i sykehjem er at dette er en klart bedre løsning for pasienten enn å bli behandlet i institusjon for psykisk helsevern. *Første ledd andre punktum* åpner for at det dersom det er nødvendig, kan brukes korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt og kortvarig fastholding. Vilråene i § 4-8 må være oppfylt. Etter *andre ledd* er hovedregelen at behandling som pasienten motsetter seg, og nødvendige undersøkelser før vedtaket treffes eller gjennomføres som pasienten motsetter seg, ikke kan gjennomføres på pasientens rom eller i lokaler som pasienten bruker i det daglige. Unntak gjelder når det er den klart beste løsningen for pasienten. Se punkt 6.2.

Til § 6-4 femte ledd

Det innføres et unntak fra forvaltningslovens generelle regler om klageinstansenes kompetanse. Kontrollkommisjonen skal ikke selv kunne treffe tvangsvedtak. Se punkt 5.2.

Pasient- og brukerrettighetsloven*Til § 3-1*

I *tredje ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Nytt *fjerde ledd* begrenser beslutningskompetente pasienters adgang til å nekte nærmeste pårørende å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp i to tilfeller. I *bokstav a* begrenses adgangen til å nekte pårørendeinvolvering ved fare for andres liv eller helse. I *bokstav b* begrenses adgangen til å nekte pårørendeinvolvering av hensyn til barn pasienten har omsorgsansvar for. I slike situasjoner vil nærmeste pårørende ha en rett til å medvirke sammen med pasienten. Se punkt 7.1.

Til § 3-3

I *andre ledd* endres ordlyden som følge av opphevingen av sykdomsvilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd. Det skal nå vurderes om pasienten eller brukeren mangler beslutningskompetanse knyttet til den aktuelle helsehjelpen etter § 4-3 andre ledd. Se punkt 4.2 og 4.3.

Nytt *tredje ledd* begrenser beslutningskompetente pasienters og brukeres adgang til å nekte nærmeste pårørende informasjon i to tilfeller. I *bokstav a* begrenses adgangen til å nekte pårørendeinvolvering ved fare for andres liv eller helse. I *bokstav b* begrenses adgangen til å nekte pårørendeinvolvering av hensyn til barn pasienten eller brukeren har omsorgsansvar for. I slike situasjoner vil nærmeste pårørende ha samme rett til informasjon som pasienten eller brukeren. Se punkt 7.1.

Til § 4-3

I *overskriften* og *andre, tredje og fjerde ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

I *andre ledd* oppheves kravet om at pasientens manglende forutsetninger for å forstå hva et samtykke omfatter må skyldes sykdom. Oppmerk-

somheten flyttes fra diagnoser til pasientens faktiske forutsetninger for å ta stilling til den tilbudte helsehjelpen. Det framheves at vurderingen av pasientens beslutningskompetanse må gjøres i relasjon til den aktuelle beslutningen. Presisering i dagens regelverk av at kompetansen kan bortfalle helt eller delvis videreføres derfor ikke.

Vurderingstemaet presiseres til om pasienten er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen. Se punkt 4.3.

Beviskravet for manglende beslutningskompetanse senkes til «overveiende sannsynlig». Med «overveiende sannsynlig» menes mer enn 50 % sannsynlig. Beviskravet gjelder vurderingen av om pasienten er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen. Se punkt 4.4.

I *femte ledd* oppheves bestemmelsen om at undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler beslutningskompetanse og som har eller antas å ha en alvorlig sinnslidelse, men ikke motsetter seg helsehjelpen, bare kan skje med hjemmel i psykisk helsevernloven. Dermed kan tjenestene velge å gi helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 for denne gruppen pasienter, eller tjenestene kan velge å tvangsinnlegge og tvangsbehandle dersom vilkårene etter psykisk helsevernloven er oppfylt. Dette endrer ikke kravene til forsvarlig bruk av antipsykotiske legemidler.

Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler beslutningskompetanse og som motsetter seg kan fortsatt bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven og ikke etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A.

Se punkt 6.1.

Til § 4-5

I *overskriften* og *første ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Til § 4-6

I *overskriften* og *første ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Nytt *fjerde ledd* er et unntak fra hovedregelen om at den som er ansvarlig for helsehjelpen kan treffe beslutning om helsehjelp som innebærer et

alvorlig inngrep for pasienten. Bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) krever vedtak etter de særlige reglene i psykisk helsevernloven og kan ikke besluttes etter § 4-6. Se punkt 5.3.

I nytt *femte og sjette ledd* innføres det en ny kontrollmekanisme. I nytt *femte ledd* innføres en plikt for helsetjenesten. Dersom det treffes beslutning om å gi helsehjelp for en psykisk lidelse til en pasient som har, eller antas å ha, en alvorlig sinnslidelse, skal lederen for kontrollkommissjonen for psykisk helsevern underrettes og motta kopi av de relevante delene av pasientens journal.

Etter *femte ledd* annet punktum skal kontrollkommissjonens leder, jf. psykisk helsevernloven § 6-2, kontrollere at institusjonen har fulgt riktig framgangsmåte og vurdert lovens vilkår for å treffe beslutning om å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten. I praksis vil kontrollen særlig måtte omfatte vilkåret om manglende beslutningskompetanse og manglende motstand, kontakten med nærmeste pårørende og samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Dersom kontrollkommissjonens leder på bakgrunn av de framlagte dokumentene finner at beslutningen inneholder feil eller har mangler, må institusjonen eller helsepersonellet gjøres oppmerksom på dette. Dersom beslutningen inneholder alvorlige formelle eller materielle feil, kan kontrollkommissjonens leder kjenne beslutningen om å gi helsehjelp ugyldig, sml. psykisk helsevernloven § 57.

Seksmånederskontrollen etter *sjette ledd* skal være mer omfattende enn dokumentkontrollen etter femte ledd. Kontrollkommissjonen, jf. psykisk helsevernloven § 6-1, skal vurdere om vilkårene for beslutningen fortsatt er oppfylt, altså ikke bare kontrollere at institusjonen har fulgt riktig framgangsmåte og vurdert vilkårene. Startpunktet skal være tidspunktet da beslutningen om å gi helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten tas. Vurderingen skal baseres på en oppdatert vurdering fra ansvarlig helsepersonell. Kommisjonen kan prøve alle sider av saken. Kontrollen vil blant annet måtte dreie seg om hvorvidt vilkåret om manglende motstand fortsatt er oppfylt. Dersom kontrollkommissjonen finner at lovens vilkår ikke lenger er oppfylt, skal den oppheve beslutningen. Kommisjonen må opplyse saken og i den sammenheng vurdere om det er behov for fysisk oppmøte i den aktuelle institu-

sjonen. Etter forslaget til nytt *sjvende ledd*, kan departementet gi nærmere forskrifter om kommisjonens arbeid med saker etter § 4-6.

Til § 4-6a

I *første ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, og det henvises til § 4-3 annet ledd. Se punkt 4.2.

Til § 4A-2

I *første ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Andre ledd er avgrenset til å gjelde pasienter uten beslutningskompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Pasienter som ikke motsetter seg skal nå også kunne behandles for alvorlige sinnslidelser etter § 4-6, se punkt 6.1.

Til § 4A-3

I *tredje ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Til § 7-2

I *tredje ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Til § 7-4

I *første ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Helsepersonelloven

Til § 22 tredje ledd

Det vises direkte til den justerte felles bestemmelsen om når beslutningskompetansen kan falle bort i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd. Beslutningskompetansen må vurderes i forhold til det aktuelle spørsmålet, som her er om det skal samtykkes til å gi ut taushetsbelagte opplysninger. Se punkt 4.2 til 4.4.

Til § 25 første ledd

I *første ledd nytt andre punktum* utvides adgangen til å dele taushetsbelagte opplysninger med samarbeidende helsepersonell. Opplysninger som er nødvendige for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, kan når pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse deles selv om pasienten motsetter seg slik deling. Bestemmelsen er en presisering og lovfesting av hva som ellers følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 tredje punktum. Se punkt 7.5.

Til § 45 første ledd

I *første ledd nytt andre punktum* utvides adgangen til å dele taushetsbelagte opplysninger med helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten. Opplysninger kan når pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, deles selv om pasienten motsetter seg slik deling. Bestemmelsen er en presisering og lovfesting av hva som ellers følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3 tredje punktum. Se punkt 7.5.

Behandlingsbiobankloven*Til § 11*

I *andre ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Alternativ behandlingsloven*Til § 7*

I *tredje ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Helse- og omsorgstjenesteloven*Til § 4-2 a*

I *andre ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Til § 9-2

I *andre ledd* oppheves særregelen om at bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger alltid skal regnes som bruk av tvang eller makt etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Det lovfestes at pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a skal gjelde for personer med utviklingshemning som ikke motsetter seg bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi. Varslings- og lokaliseringsteknologi kan dermed brukes når vilkårene i § 4-6a er oppfylt, eller etter samtykke. Når pasient eller bruker motsetter seg slik bruk, gjelder reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 eller pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Se punkt 6.3.

Pasientjournalloven*Til § 17*

I *andre ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Helseregisterloven*Til § 15*

I *tredje ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Transplantasjonslova*Til § 5*

I *tredje og fjerde ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til avgjerdskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Til § 7

I *første, tredje og sjette ledd* endres ordlyden fra samtykkekompetanse til avgjerdskompetanse uten at det innebærer noen realitetsendring, se punkt 4.2.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling).

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. skal § 3-11 tredje ledd andre punktum lyde:

Bestemmelsen gjelder også henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra nærmeste pårørende til en avdød pasient eller fra nærmeste pårørende til en pasient over 18 år som mangler beslutningskompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd.

II

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

§ 1-1 første ledd skal lyde:

Formålet med loven her er å sikre helsehjelp av god kvalitet for personer med psykiske lidelser og at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettsikkerhetsprinsipper. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienter, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten. Det er et formål med reglene å forebygge, begrense og fremme riktig bruk av tvang.

§ 1-2 andre og tredje ledd skal lyde:

Med tvungen observasjon menes slik undersøkelse, pleie og omsorg som nevnt i første ledd, fastsatt på grunnlag av vilkårene nevnt i § 3-2, med sikte på å klarlegge om vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger.

Med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd fastsatt på grunnlag av vilkårene nevnt i § 3-3.

§ 2-1 første ledd skal lyde:

Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av

loven her. *Undersøkelse og behandling av pasienter over 18 år som mangler beslutningskompetanse og som ikke motsetter seg helsehjelpen, kan også skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.*

§ 3-2 første ledd nr. 3 første punktum skal lyde: Pasienten mangler *beslutningskompetanse*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

§ 3-3 nr. 4 første punktum skal lyde: Pasienten mangler *beslutningskompetanse*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

§ 3-3 a fjerde til sjette ledd skal lyde:

Dersom pasienten opptrer truende eller utøver vold, skal den faglig ansvarlige for vedtaket vurdere om pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, jf. §§ 3-2 første ledd nr. 3 andre punktum og 3-3 nr. 3 bokstav b og nr. 4 andre punktum. Det samme gjelder dersom pasienten tidligere har opptrådt truende eller utøvd vold.

Den faglig ansvarlige for vedtaket skal i situasjoner som i nevnt fjerde ledd vurdere om det skal gjøres en voldsrisikoutredning og eventuelt utarbeides en risikohåndteringsplan.

Den faglig ansvarlige for vedtaket skal vurdere om det er behov for å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser i forbindelse med vurderingen av farevilkåret i §§ 3-2 første ledd nr. 3 andre punktum og 3-3 nr. 3 bokstav b og nr. 4 andre punktum, og vilkåret om manglende beslutningskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Nåværende fjerde og femte ledd blir nye sjuende og åttende ledd.

§ 3-4 første ledd skal lyde:

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, eller med grunnlag i beslutning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, kan ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

§ 3-5 tredje ledd skal lyde:

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon *dersom* dette er et bedre alternativ for pasienten. *Den faglig ansvarlige skal gjøre vurderingen i samråd med kommunale helse- og omsorgstjenester.* Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til *de som er gitt rettigheter som nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b* og pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern *kan bare* omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse eller behandling. Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang.

Ny § 4-2 a skal lyde:

§ 4-2 a *Løpende vurdering av om lovens vilkår er oppfylt*

Lovens vilkår for tvangsbruk skal være oppfylt hele tiden mens vedtaket gjennomføres. Dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt, skal tiltaket avbrytes straks og vedtaket oppheves.

§ 4-4 første ledd skal lyde:

En 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 *beslutningskompetanse*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Vilkår om manglende *beslutningskompetanse* gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Ny § 4-4 b skal lyde:

§ 4-4 b *Elektrokonvulsiv behandling uten eget samtykke*

Den faglig ansvarlige kan, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell, treffe vedtak om at en pasient som mangler beslutningskompetanse, etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, kan gis elektrokonvulsiv behandling dersom:

- unnlatelse av å gjennomføre behandlingen i løpet av få uker vil medføre alvorlig fare for pasientens liv, og
- pasienten ikke motsetter seg slik behandling.

Vedtaket skal straks nedtegnes, og det skal opplyses der hvordan vilkårene etter første ledd er vurdert, og om oppfatningen til annet kvalifisert helsepersonell.

Vedtaket kan gjelde for inntil to uker i samme behandlingsserie. Det kan ikke treffes nytt vedtak i samme behandlingsserie.

Pasienten og pasientens nærmeste pårørende kan påklage vedtak etter paragrafen her til kontrollkommisjonen.

Ny § 4-8 a skal lyde:

§ 4-8 a *Legemiddelbehandling uten eget samtykke på sykehjem*

Vedtaket om behandling med legemidler etter § 4-4 kan, etter avtale med kommunen, gjennomføres på sykehjem, dersom dette er en klart bedre løsning for pasienten enn å bli behandlet i institusjon for psykisk helsevern. Det kan, om nødvendig, brukes tvangsmidler etter § 4-8 andre ledd bokstav c og d.

Behandling som pasienten motsetter seg, kan ikke gjennomføres på pasientens rom eller i lokaler som pasienten bruker i det daglige, med mindre dette er den klart beste løsningen for pasienten. Det samme gjelder undersøkelser som er nødvendige for å kunne fatte vedtak om og gjennomføre behandlingen.

§ 6-4 femte ledd skal lyde:

Kontrollkommisjonen skal prøve alle sider av saken. *Ved klage på vedtak etter § 3-3 a om å ikke gjennomføre tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og vedtak etter § 3-7 andre eller tredje ledd om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan kontrollkommisjonen bare ta stilling til om vedtaket er i samsvar med loven og ikke selv treffe vedtak om bruk av tvang.*

III

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 3-1 tredje ledd skal lyde:

Dersom pasienten ikke har *beslutningskompetanse*, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

§ 3-1 nytt fjerde ledd skal lyde:

Dersom pasienten har beslutningskompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke når:

- pasienten har en alvorlig sinnslidelse og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse*
- hensynet til barn pasienten har omsorgsansvar for taler for at pårørende skal få medvirke.*

Nåværende fjerde ledd blir nytt femte ledd.

§ 3-3 andre og tredje ledd skal lyde:

Er pasienten eller brukeren over 16 år og ikke kan ivareta sine interesser på grunn av manglende beslutningskompetanse etter § 4-3 annet ledd, har både pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

Dersom pasienten eller brukeren har beslutningskompetanse, har pasientens eller brukerens nærmeste pårørende rett til informasjon når:

- a. *pasienten har en alvorlig sinnslidelse og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse*
- b. *hensynet til barn pasienten eller brukeren har omsorgsansvar for taler for at pårørende skal få informasjon.*

Nåværende tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

§ 4-3 overskriften skal lyde:

Hvem som har beslutningskompetanse

§ 4-3 andre til femte ledd skal lyde:

Beslutningskompetansen kan bortfalle dersom det er overveiende sannsynlig at pasienten ikke er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen.

Den som yter helsehjelp, avgjør om pasienten mangler beslutningskompetanse etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan treffe beslutning om helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende beslutningskompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert helsepersonell.

Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler beslutningskompetanse etter annet ledd og som motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven.

§ 4-5 overskriften skal lyde:

Samtykke på vegne av ungdom som ikke har beslutningskompetanse

§ 4-5 første ledd skal lyde:

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter

mellom 16 og 18 år som ikke har beslutningskompetanse.

§ 4-6 overskriften skal lyde:

Om pasienter over 18 år som ikke har beslutningskompetanse

§ 4-6 første ledd skal lyde:

Dersom en pasient over 18 år ikke har beslutningskompetanse etter § 4-3 annet ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er lite inngripende ut fra omfanget og varigheten.

§ 4-6 nytt fjerde til sjuende ledd skal lyde:

Elektrokonvulsiv behandling kan bare gis dersom vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-4 b er oppfylt.

Dersom det treffes beslutning om å gi helsehjelp for en psykisk lidelse etter andre ledd til en pasient som har, eller antas å ha, en alvorlig sinnslidelse, skal lederen for kontrollkommisjonen for psykisk helsevern underrettes og motta kopi av de relevante delene av pasientens journal. Kontrollkommisjonens leder skal ved mottak av underretningen så snart som mulig forvise seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at beslutningen bygger på en vurdering av vilkårene i andre og tredje ledd.

Når det gis helsehjelp for en alvorlig sinnslidelse etter andre ledd, skal kontrollkommisjonen, hver sjette måned etter at beslutningen er tatt, av eget tiltak, vurdere om lovens vilkår er oppfylt. Ansvarlig helsepersonell skal gi kontrollkommisjonen en oppdatert vurdering av pasientens situasjon.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere regler om kontrollkommisjonens virksomhet.

§ 4-6 a første ledd skal lyde:

Helse- og omsorgstjenesten kan treffe vedtak om bruk av tekniske innretninger for varsling og lokalisering som ledd i helse- og omsorgstjenester til en pasient eller bruker over 18 år som ikke har beslutningskompetanse etter § 4-3 annet ledd. Bruk av medisinsk teknisk utstyr for varsling reguleres av § 4-6 første til tredje ledd. Reglene i § 4-1 til § 4-3 gjelder tilsvarende for vurdering av brukerens beslutningskompetanse.

§ 4A-2 skal lyde:

§ 4A-2 *Virkeområde*

Kapitlet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler beslutningskompetanse, jf. kapittel 4, og som motsetter seg helsehjelpen.

Undersøkelse og behandling av psykisk lidelse hos personer som mangler beslutnings-

kompetanse og som motsetter seg helsehjelpen, kan likevel bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven.

§ 4A-3 tredje ledd andre punktum skal lyde:

I vurderingen av om slik helsehjelp skal gis, skal det blant annet legges vekt på graden av motstand samt om det i nær fremtid kan forventes at pasienten vil kunne gjenvinne sin *beslutningskompetanse*.

§ 7-2 tredje ledd første punktum skal lyde:

Pasientens eller brukerens representant etter første ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens eller brukerens vegne, eller som har *beslutningskompetanse på pasientens eller brukerens vegne* etter kapittel 4.

§ 7-4 første ledd andre punktum skal lyde:

Tilsvarende rett gjelder for nærmeste pårørende til en avdød pasient eller bruker og for nærmeste pårørende til en pasient eller bruker over 18 år *som mangler beslutningskompetanse etter § 4-3 annet ledd*.

IV

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. gjøres følgende endringer:

§ 22 tredje ledd skal lyde:

For personer *over 16 år som mangler beslutningskompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd*, kan nærmeste pårørende gi samtykke etter første ledd.

§ 25 første ledd skal lyde:

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. *Taushetsbelagte opplysninger kan, uavhengig av om pasienten motsetter seg det, gis til samarbeidende personell dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b.*

§ 45 første ledd skal lyde:

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasient etter denne lov, gis nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte. *Helseopplysninger kan, uavhengig av om pasienten motsetter seg det, gis til helse-*

personell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten etter denne loven dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b. Det skal fremgå av journalen at annet helsepersonell er gitt helseopplysninger.

V

I lov 21. februar 2003 nr. 12 om behandlingsbiobanker skal § 11 andre ledd lyde:

For personer uten *beslutningskompetanse* etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, gjelder pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-4 til 4-7 om samtykke på vegne av andre tilsvarende.

VI

I lov 27. juni 2003 nr. 64 om alternativ behandling av sykdom mv. skal § 7 tredje ledd første punktum lyde:

Bestemmelsen i første ledd gjelder ikke dersom behandlingen skjer i samarbeid eller samforståelse med pasientens lege, og pasienten har *beslutningskompetanse* etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første og andre ledd.

VII

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. gjøres følgende endringer:

§ 4-2 a andre ledd andre punktum skal lyde:

Bestemmelsen gjelder også henvendelser om kvalitet og pasientsikkerhet fra nærmeste pårørende til *en* avdød pasient eller bruker eller fra nærmeste pårørende til en pasient eller bruker over 18 år som mangler *beslutningskompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 annet ledd*.

§ 9-2 andre ledd andre punktum skal lyde:

For bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6a.

VIII

I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp skal § 17 andre ledd lyde:

Reglene om *beslutningskompetanse* i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 4-3 til 4-7 gjelder tilsvarende for retten til å motsette seg behandling av opplysningene.

IX

I lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger skal § 15 tredje ledd lyde:

For personer uten *beslutningskompetanse* etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd, skal nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b gi samtykke.

X

I lov 7. mai 2015 nr. 25 om donasjon og transplantasjon av organ, celler og vev gjøres følgende endringer:

§ 5 tredje og fjerde ledd skal lyde:

Uttak frå barn under 12 år og vaksne som ikkje har *avgjerdskompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd*, kan berre finne stad dersom:

- a. uttaket gjeld fornybart vev, jf. § 3 bokstav c,
- b. donasjonen er nødvendig for å redde livet til mottakaren,
- c. det ikkje finst ein donor med *avgjerdskompetanse* som deler mange nok av dei viktigaste vevstypene (er vevsforlikeleg), og
- d. mottakaren er søsken, barn eller forelder, eller i særlege tilfelle på annan måte i nær familie med donoren.

Uttak kan aldri gjennomførast i strid med viljen til ein donor som ikkje har *avgjerdskompetanse*.

§ 7 overskriften skal lyde:

Kven som har rett til å samtykke til donasjon frå ein levande donor

§ 7 første ledd skal lyde:

Personar som har fylt 18 år, har rett til å samtykke til donasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre til fjerde ledd *om bortfall av avgjerdskompetanse gjeld tilsvarande*.

§ 7 tredje ledd skal lyde:

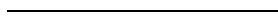
For personar som har mista *avgjerdskompetansen* etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd, har næraste pårørende, jf. § 3 bokstav d, rett til å samtykke til donasjon.

§ 7 sjetten ledd første punktum skal lyde:

For at samtykket skal vere gyldig, må donoren og den som har *avgjerdskompetansen* ha fått informasjon om helsetilstanden til donoren og om inngrepet, *også om* omfanget og konsekvensane av det.

XI

Loven trer i kraft fra den tiden Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene skal tre i kraft til ulik tid.



Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 11/2024

