
Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

RETT OG URETT

HANS-JACOB SANDSBERG

Sosial- og helsedepartementet

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern trådte i kraft sammen med de øvrige helselovene 1. januar 2001. Den nye loven viderefører i store trekk prinsippene fra loven av 1961. I denne artikkelen skal først de fire mer generelle endringer gjennomgås, før det foretas en nærmere gjennomgang av innholdet i den nye loven.

Den nye loven har egne bestemmelser for tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler. I det vesentligste er disse bestemmelsene sammenfallende med det som gjelder etter lov om psykisk helsevern av 1961. En sentral forskjell er at tvangsbestemmelsene nå er flyttet fra forskrifter til lov. I tillegg til dette reguleres også andre tvangstiltak som skjerming, innskrenkninger i retten til å motta besøk, undersøkelse av rom og eiendeler, kroppsvisitasjon og beslag.

Tvangsvedtakene skal fattes av den faglig ansvarlige for vedtak, som etter lovens § 1-4 som hovedregel er vedkommende overlege. Definisjonen innebærer at det faglige ansvar mht. å treffe vedtak som hovedregel skal innehas av overordnet lege som har spesialistutdanning innenfor psykiatri. Gjennom forskrifter har imidlertid departementet også åpnet for at spesialister i klinisk psykologi med to års relevant praksis kan være faglig ansvarlig for vedtak, med unntak av vedtak om behandling med legemidler.

Det skal presiseres at bestemmelsen omhandler det faglige ansvar i forhold til vedtak og beslutninger av tvangsmessig karakter overfor den enkelte pasient. Bestemmelsen regulerer ikke det generelle ledelsesspørsmålet ved avdelingene. Dette er regulert i spesialisthelsetjenesteloven.

Mer pasientmedvirkning

Det legges opp til at pasienten skal høres, og i den grad det er mulig, skal det opprettes et samarbeid med pasienten. I forbindelse med etablering av tvunget psykisk helsevern er det blant annet lovfestet at pasienten skal gis anledning til å uttale seg om hvilken institusjon som skal ha ansvaret for vernet. Loven inneholder en egen bestemmelse i § 4-2 om vern om personlig integritet.

Ingen organisatoriske/ administrative bestemmelser

Loven har ingen regler om ansvaret for drift, finansielle bestemmelser, øyeblikkelig hjelp eller generelle godkjenningsordninger. Disse forholdene reguleres gjennom lov om spesialisthelsetjenesten. Det psykiske helsevern er ikke i noen særstilling når det gjelder regler av denne type, og det er derfor ingen grunn til dobbelthjemling her, slik som etter den tidligere sykehuslov og psykisk helsevernlov.

Ingen institusjonskatalog

Institusjonskatalogen, dvs. opplistingen av de ulike institusjonstyper i § 1 nr. 2 i den gamle lov om psykisk helsevern, er fjernet i den nye loven. Dette fordi det er ønskelig å spille på lag med den generelle utviklingen i det psykiske helsevern, med mer varierte institusjonstyper, og større grad av lokalisering i nærheten av pasientene. I medhold av loven er det gitt en egen godkjenningsordning for institusjoner som skal kunne ha ansvaret for tvunget psykisk helsevern.

Nærmere om innholdet i loven

I tillegg til tvunget psykisk helsevern i døgninstitusjon, åpner den nye loven for at tvunget psykisk helsevern også kan etableres mens pasienten bor hjemme. Denne omsorgsformen kan bare bestå i pålegg om fremmøte for behandling, og alternativet skal bare velges dersom dette er til det beste for pasienten. Denne løsning vil kreve at kommunene er rustet til å bygge et nettverk rundt pasientene. Det vises her særlig til opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006 (St.prp. nr. 63 (1997 – 98) (1)), som skal bidra til at kommunene settes i stand til dette. Ordningen med tvunget psykisk helsevern utenfor institusjon har mange likhetstrekk med dagens ordning om tvunget ettervern. Den vesentligste forskjellen er at etter den nye loven behøver det ikke først foreligge en institusjonsinnleggelse slik tilfellet er ved ettervernet i dag.

I hovedsak videreføres gjeldende vilkår for etablering av tvunget psykisk helsevern. Hovedkriteriet er at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse. I tillegg kreves det at pasienten på grunn av sinnslidelsen enten får sin utsikt til helbredelse i betydelig grad redusert eller det er stor sannsynlighet for at tilstanden i meget nær fremtid vil bli forverret eller at pasienten utgjør en nærliggende eller alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

Overlastkriteriet

Det såkalte overlastkriteriet er fjernet. Når det gjelder fjerningen av overlastkriteriet, antar departementet at dette ikke vil få store konsekvenser, da farekriteriet er utvidet. Europarådets ministerkomité vedtok 19. november 1996 en ny konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (2).

Konvensjonens artikkel 7 beskytter sinnslidende personer, og angir på hvilke vilkår det overfor disse kan iverksettes behandling uten deres eget samtykke. Overlastkriteriet slik vi kjenner det fra loven av 1961, er ikke nevnt i denne konvensjonen. Dersom dette kriteriet skulle beholdes i den nye loven, måtte Norge reservere seg fra konvensjonen på dette punkt. Etter en samlet vurdering fant man det ikke ønskelig å gjøre det.

Imidlertid nevner artikkel 7, sett i sammenheng med artikkel 26, et farekriterium som går lenger enn hva den gamle loven legger opp til. Mens farekriteriet i loven av 1961 er beskrevet som "er til vesentlig fare for seg selv eller andre", er det i den nye loven utvidet til å gjelde "utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse". I og med at også begrepet "helse" her anvendes, antar departementet at den vesentligste del av det gamle overlastkriteriet fanges opp av det nye farekriteriet. Følgelig er den reelle situasjon ikke særlig endret. For de pasienter som er tvangsinnlagt med overlastkriteriet som eneste tilleggsvilkår, må dette 1. januar 2001 enten konverteres til et annet tilleggsvilkår, eventuelt må det tvungne vernet opphøre.

Klage og oppfølging

Vedtak om tvunget psykisk helsevern kan påklages. Dersom det ikke klages over etableringen av tvunget psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det fortsatt er behov for tvunget vern.

Den faglig ansvarlige skal også sørge for at det hver tredje måned foretas kontrollundersøkelser av om vilkårene er til stede. Tvunget psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonene kan forlenge vernet med inntil ett år om gangen.

Behandling

Et vedtak om tvunget psykisk helsevern innebærer ikke i seg selv at pasienten kan behandles mot sin vilje. I lovens § 4-4 er utgangspunktet at pasientens samtykke skal innhentes før behandling kan iverksettes. Dersom pasienten motsetter seg behandling, men den faglig ansvarlige likevel finner at behandling er nødvendig, kan slik behandling bare gjennomføres etter særskilt vedtak.

Uten eget samtykke kan en pasient undergis undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Uten pasientens samtykke skal det likevel ikke igangsettes eller gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep overfor pasienten. Som eksempler på slik behandling nevnes elektrosjokk (ECT).

Behandling med legemidler uten pasientens samtykke ansees som et alvorlig inngrep. Loven åpner likevel for slik behandling, men det er presisert at slik behandling bare skal kunne gjennomføres med preparater som er registrert her i landet, og med vanlig brukte doser. Det uttales at det også må kreves at man med ganske stor sikkerhet kan regne med at behandlingen vil gi vesentlige gunstige virkninger for pasienten, som på den måten klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

Tvangsmidler

Tvangsmidler skal bare kunne benyttes når forholdene gjør det uomgjengelig nødvendig, og kun når lempeligere midler har vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig. Når det gjelder barn og unge, er man ytterligere restriktiv i bruken. Det er ikke anledning til å benytte isolering og mekaniske tvangsmidler mot barn og unge under 16 år.

Kontrollkommisjonen

Dagens ordning med kontrollkommisjoner opprettholdes.

Kontrollkommisjonen skal ledes av en jurist som er kvalifisert til å gjøre tjeneste som dommer, og ellers bestå av tre andre medlemmer, herunder en lege. Det er nå lovfestet at et av legemedlemmene selv skal ha vært under psykisk helsevern, vært nærstående til pasient eller ha representert pasientinteresser i stilling eller verv.

I forhold til loven av 1961 stiller den nye loven krav om at det skal treffes vedtak for tiltak hvor dette per i dag ikke er noe krav. Pasientene og pasientens nærmeste, samt i en del tilfeller offentlig myndighet, har klageadgang på disse vedtakene. Det må antas at dette vil føre til økt sakstilgang til kontrollkommisjonene.

LITTERATUR

1. St.prp. nr. 63 (1997 – 98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1996 – 2006.
2. Convention on human rights and biomedicine. ETS 164. Strasbourg: Europarådet, 1997.

Publisert: 10. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.