



Tvangsbruk i helse- og omsorgstjenesten

Rettslige, faglige og etiske dilemmaer

Tvang og frivillighet – En oversikt

Menneskerettslige aspekter ved bruk av tvang

Lovendringer overfor personer med utfordringer på rus- og psykisk helsefeltet

30. mai 2018



Disposisjon – 1

- Grunnloven og tvangsbruk
- Noe nærmere om tvangsbegrepet
- Noe nærmere om grensen mellom tvang/samtykke
- Mulige begrunnelser og hjemler for bruk av tvang
- Samfunnsvern og medmenneskelighet
- Psykisk helsevernloven
- Smittevernloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Barnevernloven



Grunnloven og tvangsbruk (1)

Tvangsinngrep krever i utgangspunktet hjemmel i lov.

Det rettsstatlige – tidligere ulovfestede – *legalitetsprinsippet* har fått forankring i Grl. § 113, supplerer § 96 (fra 1814).

Grl. § 113 fastslår at «**[m]yndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov**».

Legalitetsprinsippet er særlig viktig ved administrativ frihetsberøvelse og andre inngrep overfor individene på velferdsrettens område.



Grunnloven og tvangsbruk (2)

Grl. § 102: «**Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon.** Husransakelse må ikke finne sted, unntatt i kriminelle tilfeller.

Statens myndigheter skal sikre vern om den personlige integritet.»

Fram til nå er legitimiteten av tvangsinngrep blitt prøvd mot kravene i EMK art. 3, 5 og 8.

Ny Grl. 92 fastslår sikring av menneskerettighetene slik de er nedfelt i grunnloven og bindende traktater om menneskerettigheter.



Grunnlovens nye MR-katalog

§ 92.

Statens myndigheter skal **respektere og sikre menneskerettighetene** slik de er nedfelt i denne grunnlov og i for Norge **bindende traktater** om menneskerettigheter

§ 93.

Ethvert menneske har rett til liv. Ingen kan dømmes til døden

Ingen må utsettes for **tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling** eller straff. ...



§ 94.

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**

§ 102.

Enhver har rett til **respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon.**

Husransakelse ...

Statens myndigheter skal sikre et vern om den **personlige integritet**



§ 98.

Alle er like for loven.

Intet menneske må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling.

§ 113.

Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov.



Legalitetsprinsippet – kan alltid kunne kreve bruk av lovveien

Ikke bare borgernes privatsfære, men også i kommunens selvbestemmelsesrett. Inngrep i personers og organisasjoners, og kommuners, selvbestemmelsesrett (autonomi) krever hjemmel i lov

Hol. kap. 6 (samhandlingsreformen) versus krav til spesialisthelsetjenesten/foretakene

Men klart viktigst i forhold til tvangslovgivning idet også EMK/SP verner borgernes frihet mot inngrep.



Strl. kap. 24 – Straffebud til vern av «den personlige frihet og fred»,

Straffetruassel rettes mot blant annet

- tvang (§ 251),
- grov tvang (§ 252)
- tvangsekteskap (§ 253)
- frihetsberøvelse (§§ 254 f.)

Strl. § 251 retter seg mot den som «med **straffbar** eller annen **urettmessig** atferd, eller ved å true med slik atferd, tvinger noen til å gjøre, tåle eller unnlate noe».



Autonomi vs. paternalisme

Inngrep til beste for en person i vedkommendes *egen* interesse, men uten vedkommendes samtykke, *paternalisme*

Paternalisme hvor tvang anvendes overfor en person av hensyn til dette individet selv, kalles *individuell paternalisme*

Når tvang anvendes overfor en person av hensyn til samfunnsvernet, *sosial paternalisme*.

Svak versus sterk paternalisme – Autonomi



Samfunnsvern og medmenneskelighet

Våre to første, egentlige helselover var tvangslover med klare inngrepshjemler og ble blant annet gitt for å sikre samfunnsvernet.

Det er *sinnssykeloven* av 1848 og *sunnhetsloven* av 1860. Begge fikk en lang levetid, til 1961 (113 år) og 1994 (134 år)

Sinnssykeloven av 1848 åpnet opprinnelig *bare* for tvangsinnleggelses; først i 1935 ble det mulig med frivillige innleggelses etter den loven.

En lov som tok sikte på å styrke pasienters (sinnssykes) rettsstilling



Mulige hjemmelsgrunnlag for tvang

1. Nødrett (strl. § 17 og hpl. § 7)
2. Omsorgsplikt (strl. § 288)
3. Behandlingspersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp (hpl. § 4)
4. Institusjonseiers administrasjons- og organisasjonsmyndighet (privat autonomi)
5. Samtykke (pbrl. §§ 4-1 f.)
6. Spesifikke tvangshjemler i lovgivningen



Verdier som må ivaretas ved eventuell tvangsbruk

- Selvbestemmelsesretten (Respect for autonomy)
- Autonomi som ideal (Respect for autonomy)
- Retten til privatliv (Respect for privacy)
- Respekt for personens vurderinger (Respect for integrity)
- Respekt for fysisk og psykisk integritet (Respect for integrity)

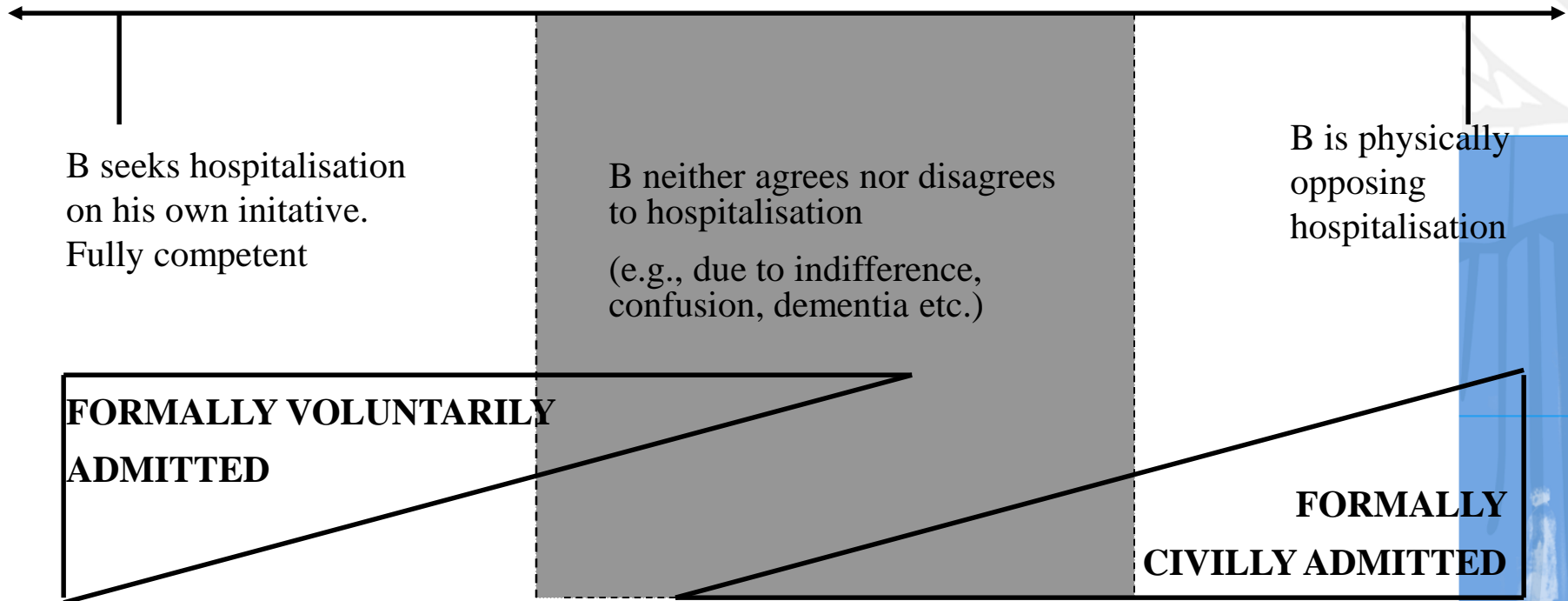


- Beskytte mot skade (Protection from harm/Non-maleficence)
- Gjøre det gode (Beneficence)
- Hindre diskriminering (Protection from discrimination/Justice)
- Rettssikkerhet (Justice)
- Rettferdighet (Distributive justice/Fairness)
- Livets ukrenkelighet (Sanctity of life)
- Effektiv ressursutnytting (Efficiency)



A's perspective:

Indifference – Persuasion – Inducements – Threats – Force





Tvangslovgivning – omsorgspaternalisme

1. Mulighet for tvang ut fra nødvendighet

Hpl. § 7; Annen nødrett? *Sårstell Rt. 2010 s. 612*

2. Psykisk helsevernloven (1848, 1961, 1999, 2017)

3. Smittevernloven (1848, 1860, 1994)

4. Helse- og omsorgstjenesteloven

Hol. kap. 10 (stjl. kap. 6) – 1932, 1991, 2011

Hol. kap. 9 (stjl. kap. 6A, 4A) – 1996, 2003, 2011

5. Barnevernloven (vergerådsloven 1900), 1953, 1992

Særlig §§ 4-10 til 4-12

6. Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A

(2006, i kraft 1. jan. 2009)



Phvl. åpner for tvangsinnleggelses, tvangsmiddelbruk og tvangsbehandling

Tvangsinnleggelses: Det ble i 2016 fattet vedtak om til sammen 8 000 tvangsinnleggelses, fordelt på 5 600 personer.

En gitt dag i 2012 var 692 personer tvangstilbakeholdt: Tvungent psykisk helsevern (phvl. § 3-3): 535; Dømt til psykisk helsevern etter straffelovens bestemmelser: 69; Tvungen observasjon (phvl. § 3-2): 32; Frivillig kontrakt (phvl. § 2-2): 47; annen lovhjemmel (f.eks. rusavhengige etter hol kap. 10): 9



Tvangsbehandling: Tall fra Norsk Pasientregister i underkant av 1300 innrapporterte vedtak om tvangsbehandling i helseforetakene. I 2013 registrert 983 klager til Fylkesmannen over vedtak om tvangsbehandling.

Tvangsmiddelbruk: Det ble i 2012 i alt fattet 8 217 vedtak om bruk av tvangsmidler etter phvl. § 4-8, av disse 3840 vedtak om mekaniske tvangsmidler (reimer), 571 vedtaisolasjon, 1485 om farmakologiske tvangsmidler og 2297 om kortvarig holding. Det ble i 2012 fattet 3 318 vedtak om skjerming etter phvl. § 4-3.



Smittevernloven av 1994

- Erstattet sunnhetsloven og sju andre lover som åpnet for kontroll og tvangsinngrep ved smittsomme sykdommer, herunder tuberkuloseloven av 1900 og kjønns sykkeloven av 1952.
- Smittevernlovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, se smvl. § 1-1, hjemler reglene om vaksineprogram mv.
- Loven har viktige – lite brukte – tvangshjemler



Dagens regler i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10

Flyttet fra sosialtjenesteloven kap. 6 til hol. kap. 10 i 2012

I all hovedsak to tunge bestemmelser:

- Tvangsinnleggelse gravide rusmiddelmissbrukere (hol. § 10-3)
- Mot rusmiddelavhengige (hol. § 10-2)

Ellers viktige grenser mot straffelov; rusmiddelprogrammer i fengsler, LAR mv.

- Kommer tilbake til regel- og politikkendringer



Omsorgsplikt og faglig forsvarlighet

- *Omsorgstiltak* overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Opprinnelig et eget kap. 6A i (den tidligere) sosialtjenesteloven (1996), via stjl. kap. 4A til hol. kap. 9.
- *Somatisk helsehjelp* til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, regelfestet i pbrl. kap. 4A i 2006
- Et lite rom for *ulovfestet* tvangsbruk, jf. *Sårstell* (Rt. 2010 s. 612)
- Langt viktigere: Hpl. § 7 – en særlig viktig tvangsbestemmelse om ø.hj. – Lite omdiskutert



Reglene i hol. kap. 9 og pbrl. kap. 4A

- *Omsorgstiltak* overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Opprinnelig et eget kap. 6A i (den tidligere) sosialtjenesteloven (1996), via stjl. kap. 4A til hol. kap. 9.
- *Somatisk helsehjelp* til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, regelfestet i pbrl. kap. 4A i 2006
- Et lite rom for *ulovfestet* tvangsbruk, jf. *Sårstell* (Rt. 2010 s. 612)
- Langt viktigere: Hpl. § 7 – en særlig viktig tvangsbestemmelse om ø.hj. – Lite omdiskutert



Kort om hol. kap. 9 (1)

Hol. kap. 9 regulerer bruken av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Formålet er å unngå eller redusere bruken av tvang, hindre at personer utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og sikre at personer får dekket grunnleggende behov. Omfatter tiltak som personen ikke ønsker, og tiltak som objektivt «er» tvang. Tiltakene er grovt delt i to grupper: skadeavvergende tiltak og tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov, jf. hol. § 9-5 (3) bokstav b og c.



Kort om hol. kap. 9 (2)

Fylkesmannens godkjenning av vedtak før iverksetting. Per år 1459 vedtak (2016), mot 1438 (2015). 1363 av vedtakene ble godkjent.

Dekning av grunnleggende behov (50 %), skadeavverging (25 %), begge formål (25 %)

Ved utgangen av 2016 var det vedtak med virksomme tvangstiltak overfor 1229 personer, mot 1277 ved utgangen av 2015. De godkjente vedtakene i 2016 omfattet 2348 enkelttiltak, mot 2685 i 2015

Erfaringer fra eget arbeid med vedtakene



Kort om pbrl. kap. 4A (1)

Pbrl. kap. 4A gjelder somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, og som motsetter seg helsehjelp

Pasientene det gjelder, er hovedsakelig demente og psykisk utviklingshemmede. Helsetjenesten skal fatte vedtak om bruk av tvang

Kopi av vedtaket skal sendes til fylkesmannen, som skal gå gjennom vedtaket og kan endre det eller oppheve det

I 2016 gjennomgikk fylkesmennene 3834 vedtak mot 3812 året før



Kort om pbrl. kap. 4A (2)

Dersom det ikke klages på vedtak om tvungen helsehjelp, skal FM selv etter tre måneder vurdere fortsatt behov for helsehjelpen

Et vedtak varer maksimalt ett år. Da må situasjonen vurderes og ev. fattes nytt vedtak

Antall tremåneders-gjennomganger hos FM i 2016 var 1636 mot 1538 året før.

FM opphevet eller endret 11 prosent av vedtakene ved inntak og 19 prosent av ved tre måneders-kontrollen.

Svært få (< 1 %) klager på vedtak etter pbrl. kap. 4A. Ingen klager på FMs vedtak i 2016



Barnevernloven som tvangs(behandlings)lov

Reglene i barnevernloven (bvl.)

§ 4-10 undersøkelse og behandling

§ 4-11 opplæring mv

§ 4-12 omsorgsovertakelse

åpner for å gi helsehjelp uten foreldrenes
samtykke

Aktuelt når *begge* foreldre motsetter seg,
pbrl. § 4-4 nok med én forelders samtykke



Barnevernlov og barnelov

Barnevernloven inneholder egne tvangshjemler for å kunne institusjonalisere barn med «alvorlige atferdsvansker» i §§ 4-24 flg.

Relasjonen mellom BUP og barnevern
Foreldretvister (barn som «våpen») og barnevern (barn som «offer»)

Familiedomstoler? – Eget lovutvalg

– Særlige spørsmål har vært reist av Barneombudet og andre om tvangsmessige tiltak som skjer i institusjoner for barn og unge



Oxford Research: Evaluering av kvaliteten på tvangs-vedtak (2017)

Oppdragsgiver: HOD, reelt sett tvangslovutvalget

<https://oxfordresearch.no/wp-content/uploads/2018/01/Evaluering-av-tvangsvedtak.pdf>

Prosjektgruppen: Senioranalytiker Tor Egil Viblemo, prof. em. Aslak Syse, adv. Fredrik Ellingsen, adv. Leif Oscar Olsen, førsteam. Sunniva-Bragdø-Ellenes

Undersøkte KKs klagesaksbehandling over ulike vedtakstyper etter phvl. kap. 3 og kap. 4; FMs overprøving og klagesaksbehandling etter vedtak pbri. kap. 4A, hol. kap. 9 og phvl. § 4-4; og FNs behandling av saker/ klagesaker etter hol. kap. 10 og klagesaker etter hol. kap. 9

- Samlet sett framstår saksbehandling og utforming av de undersøkte vedtakene etter helse- og omsorgstjenesteloven, psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven **i all hovedsak tilfredsstillende.**
- Et **mindretall av vedtakene** må anses som mangelfulle ved at det rettslige grunnlaget for tvang ikke er klargjort i avgjørelsene, eller ved at begrunnelsen som sådan fremstår som «for summarisk». Selv om disse vedtakene er i et klart mindretall, **har FM likevel et forbedringspotensial på disse punktene.**
- De tre klagesakstypene (pbrl. kap. 4A, phvl. § 4-4, hol. kap. 9) saksbehandles av ulike personer/enheter hos FM, slik at det er vanskelig å gi generelle **tilrådinge**r.



- Inngripende vedtak krever en grundig saksbehandling og en utforming i tråd med forvaltningslovens krav til begrunnelse.
- Oxford Research mener derfor sentrale helsemyndigheter bør vurdere tiltak for å sikre en mer enhetlig praksis i tråd med de ulike regelverkene
- En særlig utfordring er regionreformens betydning for behandlingen av framtidige klager over tvangsmedisineringsvedtak etter phvl. § 4-4 og vedtak etter hol. kap. 9 som krever stedlige samtaler/tilsyn.
- Dette gjelder særlig i de nye regionene som har store geografiske avstander og/eller utfordrende kommunikasjoner.



Grunnloven suppleres av bindende menneskerettsregler



Phvl. § 1-1 Formål

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med **meneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.**



Viktige MR kilder ved tvangsbruk

- EMK 1950, SP 1966
- Praksis fra EMD
- Oviedo-konvensjonen 1997
- ØSK
- Diverse Soft Law
 - FNs Declaration on the Rights of Disabled Persons av desember 1974
 - Særlig aktuell og utdypende: Europarådets Recommendation No Rec (2004) 10 av september 2004
 - FNs *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*
- Konvensjonen funksjonshemmedes rettigheter 2006



Hovedtemaer

Den menneskerettslige beskyttelsen ved:

- Frihetsberøvelse
- Tvangsbruk når tvangsinnlagt
 - Tvangsbehandling av den psykiske lidelsen
 - Bruk av ulike tvangsmidler
 - Vern mot medisinske eksperimenter mv.
 - Viktige prosessuelle garantier

EMK art. 3, 5 og 8; SP art. 7 og 9

supplert av nye grunnlovsbestemmelser



Frihetsberøvelse

- Friheten er en **klassisk** sivil og politisk rettighet: EMK artikkel 5, SP artikkel 9
- **Avgrensninger** til EMK; SP gir neppe noe mer
- Kravene i EMK artikkel 5 suppleres av
 - Krav etter EMDs praksis
 - Krav i Oviedo-konvensjonen av 1997
 - Krav om overprøving av lovlighet



Inngrep i personers privatsfære – tvangsbehandling og andre inngrep

EMK art 3. Prohibition of torture

- No one shall be subjected to torture or to **inhuman or degrading treatment** or punishment.
- Vil gjelde ulike former for tvangsinngrep, og gjerne systematisk bruk av flere
- Særlig beskyttelse mot eksperimentering, se SP artikkel 7



EMK art 8. Right to respect for private and family life

(1) Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence.

(2) There shall be no interference by a public authority with the exercise of this right except such as is in accordance with the law and is necessary in a democratic society in the interests of national security, public safety or the economic well-being of the country, for the prevention of disorder or crime, for the protection of health or morals, or for the protection of the rights and freedoms of others.



Utvalgte dommer fra EMD

- EMD *Winterwerp mot Nederland*, 24. okt. 1979
- EMD *Herczegfalvy mot Østerrike*, 31. aug. 1992
- EMD *Y.F. mot Tyrkia*, 22. juli 2003
- EMD *H.L. mot Storbritannia*, 5. oktober 2004
- EMD *Storck mot Tyskland*, 16. juni 2005
- EMD *Gajcsi mot Ungarn*, 3. oktober 2006
- EMD *Shtukaturvov mot Russland*, 27. juni 2008
- EMD *M.S. mot Kroatia* 19. februar 2015
- EMD *Stankov mot Bulgaria*, 17. mars 2015



Konvensjonen funksjonshemmedes rettigheter (CRPD)

- Kan innebære en reell innstramning, men avhengig av forståelse?
- Diskrimineringsvernet: Ikke ha regler om særlige pasientgrupper
- Paulsrud-utvalget i NOU 2011: 9
- Økt vekt på autonomi, på rettssikkerhet og begrensning av tvangsmedisinering
- Oppfølgingen av Paulsrud-utvalget



CRPD Article 14 – Liberty and security of the person

1. States Parties shall ensure that persons with disabilities, on an equal basis with others:

- (a) Enjoy the right to liberty and security of person;
- (b) Are not deprived of their liberty unlawfully or arbitrarily, and that any deprivation of liberty is in conformity with the law, **and that the existence of a disability shall in no case justify a deprivation of liberty.**

2. States Parties shall ensure that if persons with disabilities are deprived of their liberty through any process, they are, on an equal ...



Prop. 106 S (2011–2012) s. 63

«Norge anerkjenner 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. Norge erklærer videre som sin forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødvendig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier»



LDOs vurdering av tolkningserklæringen

Erklæringene kan synes å være gitt ut ifra et ønske om å signalisere at norsk lovgivning slik den er i dag er i samsvar med CRPD-konvensjonen. Videre kan erklæringene også forstås som et ønske om å videreføre dagens vide hjemler for tvang overfor mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse.

Dette vil særlig kunne gå utover personer med psykososiale funksjonsnedsettelse, som i dag rammes av vide tvangshjemler i særlovgivningen, og som derfor har et særlig behov for det vernet av personlig frihet og sikkerhet som CRPD gir.



HR om «uklarheten» om CRPD

HR-2016-01286-A, avsnitt 29:

«Det materialet som er fremlagt for Høyesterett med hensyn til hvilke føringer og begrensninger konvensjonen om personer med nedsatt funksjonsevne gir for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling av psykisk syke, er fragmentarisk, flertydig og i noen grad også motstridende. Ikke minst er rekkevidden av den sentrale bestemmelsen i artikkel 14 nr. 1 b usikker, når den sier at «the existence of a disability shall in no case justify deprivation of liberty», jf. nærmere Syse, Psykisk helsevernloven med kommentarer (2016) side 460–469.»



Informasjonsplikter rett til medvirkning Regler om samtykke



Disposisjon – 2

- Kort om informasjonsplikter
- Reglene om medvirkning
- Kort om samtykke
- Ulike regler i relasjon til om pasienten er mindreårig, voksen eller voksen pasient/bruker uten samtykkekompetanse
- Nærmeste pårørendes rett til informasjon
- Kort om ulike tvangsbestemmelser og deres innbyrdes relasjoner



Pbrl. § 3-2. Pasientens og brukers rett til informasjon

Første ledd er hovedregelen:

Pasienten (og brukeren) 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.



Pbrl. § 3-2 fjerde og femte ledd

Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning, til å **henvende seg til pasient- og brukerombudet** og adgangen til å **anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.**

Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, og utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, skal pasienten eller brukeren også **informeres om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten vil iverksette** for at lignende hendelse ikke skal skje igjen.



Pbrl. § 3-2 andre og tredje ledd Kan informasjon unndras?

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er **bestemt i** eller i medhold av **lov**.

Informasjon kan unnlates dersom det er **påtrengende nødvendig for å hindre** fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv.

Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.



Pbrl. § 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at **samtykket skal være gyldig**, må pasienten ha fått **nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen**.

Pasienten kan **trekke sitt samtykke tilbake**. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.



Pbrl. § 3-3. Informasjon til pasientens nærmeste pårørende

Dersom pasienten eller brukeren **samtykker** til det eller **forholdene tilsier** det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten eller brukeren over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har **både pasienten** eller brukeren og dennes **nærmeste pårørende** rett til informasjon etter reglene i § 3-2.



Pbrl. § 1-3 første ledd bokstav b

pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, ... verge.

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 loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.



Pbrl. 3-1 Pasienten eller brukerens rett til medvirkning (1)

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. *Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.*

Pbrl. 3-1 Pasienten eller brukerens rett til medvirkning (2)

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient *eller* bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten *eller* brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 (1) nr. 6, § 3-6 og § 3-8

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens **nærmeste pårørende rett** til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasient eller bruker at **andre personer skal være til stede når helsehjelp gis**, skal dette imøtekommes så langt som mulig.



Barns rett til med- og selvbestemmelse

Grunnloven § 104:

Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.

Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Tilsvarende: **Barnekonvensjonen** art. 12



§ 3-4. Informasjon når pasienten eller brukeren er under 18 år (1)

Er pasienten *eller brukeren* under 16 år, skal både pasienten *eller brukeren* og foreldrene eller andre som har foreldreansvaret informeres.

Er pasienten *eller brukeren* mellom 12 og 16 år, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret når pasienten *eller brukeren* **av grunner som bør respekteres**, ikke ønsker dette.

Uavhengig av pasientens eller brukerens alder, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, dersom tungtveiende hensyn til pasienten eller brukeren taler mot det.



§ 3-4. Informasjon når pasienten eller brukeren er under 18 år (2)

Informasjon som er nødvendig for å **oppfylle foreldreansvaret**, skal likevel gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, når pasienten er under 18 år. Pasienten eller brukeren skal orienteres om at informasjonen gis.

Dersom det kan bli aktuelt å unnta informasjon fra foreldrene eller andre som har foreldreansvaret etter andre eller tredje ledd, skal pasienten eller brukeren så tidlig som mulig orienteres om retten til informasjon for foreldrene eller andre som har foreldreansvaret og unntakene fra denne retten.

Har barneverntjenesten overtatt omsorgen for en pasient eller bruker under 18 år etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, § 4-8 eller § 4-12, gjelder første til femte ledd tilsvarende for barneverntjenesten.



Pbrl. § 3-5. Informasjonens form

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens **individuelle forutsetninger**, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Personellet **skal så langt som mulig sikre** seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av **informasjonen**.

Opplysning om den **informasjon som er gitt**, skal nedtegnes i **pasientens eller brukerens journal**.



Informasjon til voksne pasienter – Oppsummering

Voksne pasienter (≥ 16 år) skal *alltid*
Informeres – og fullt ut. Dog viktige unntak:

- Unntak 1 (når helt utilrådelig)
- Unntak 2 (når helt umulig, dog § 3-5)



Informasjon til/om mindreårige pasienter – Oppsummering

Barnet (≤ 16 år) skal *alltid* informeres

Foreldrene til barn (≤ 16 år) skal i utgangspunktet informeres, men vurdere unntaket i § pbrl. 4-4 («grunner som bør respekteres»)

Informasjon til foreldre mellom 16-18 år for oppfyllelse av foreldreansvaret

Også *barnevernet* skal informeres når omsorgen er overtatt

Informasjonsplikter *til* barnevernet, se hpl. 33 andre ledd



Informasjon til nærmeste pårørende – oppsummering

Etter pbrl. § 3-3,

- Hovedregel 1a) samtykke;
- 1b) forholdene tilsier det
- Hovedregel 2 (ikke kan ivareta egne interesser)

Om ikke, andre hjemler (foreldreansvar eller klageretter, for eksempel i psykisk helsevernloven)?

Eventuelt vurdere helsepersonelloven § 23 nr. 4



Pbri. § 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse (1)

Rett til å samtykke til helsehjelp har

- a) personer over 18 år, med mindre annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse,
- b) personer mellom 16 og 18 år, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art,
- c) personer mellom 12 og 16 år, når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, ikke er informert om, jf. § 3-4 annet eller tredje ledd, eller det følger av tiltakets art.

Pbrl. § 4-3. Hvem som (ikke) har samtykkekompetanse (2)

Samtykkekompetansen kan bortfalle **helt eller delvis** dersom pasienten på grunn av ... åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter

Den som yter helsehjelp **avgjør** om pasienten mangler kompetanse til å samtykke 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 samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være **begrunnet og skriftlig**, og om mulig straks legges frem for **pasienten og dennes nærmeste pårørende**.

Pbrl. § 4-3. Hvem som (ikke) har samtykkekompetanse (3)

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være **begrunnet og skriftlig**, og om mulig straks legges frem for **pasienten og dennes nærmeste pårørende**

Når det følger av § 3-4 tredje ledd at informasjon ikke skal gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret og personen er under 12 år, kan **den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er strengt nødvendig**, og som ikke er inngripende med hensyn til omfang og varighet. En slik avgjørelse kan bare tas i en begrenset periode frem til det kan innhentes samtykke



Hvordan vurdere samtykkekompetansen?

Aldersgrense vs. kompetanse/evne

Tester for samtykkekompetanse fokuserer som regel på følgende fire områder (**farv**):

- evnen til å **f**orstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- evnen til å **a**nerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon
- evnen til å **r**esonnere med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene
- evnen til å uttrykke et **v**alg



Pbrl. § 4-2. Krav til samtykkets form

Samtykke kan gis **uttrykkelig** eller **stilltiende**.
Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen.

Departementet kan gi **forskrifter om krav til skriftlighet** eller andre formkrav ved visse former for helsehjelp.

Steriliseringslov, bioteknologilov, psykisk helsevernlov, transplantasjonslov mv



Pbrl. § 4-6. Om pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse

Dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse etter § 4-3 annet ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er av **lite inngripende karakter** ...

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

Helsehjelp etter første og annet ledd kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre ... Da evt. pbrl. kap. 4A



Pbrl. § 4-4 Samtykke på vegne av barn (1)

Foreldrene eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Dette gjelder likevel ikke for pasienter mellom 12 og 16 år som kan samtykke etter § 4-3 første ledd bokstav c.

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som regnes som del av den daglige og ordinære omsorgen for barnet, jf. barnelova §§ 37 og 42 andre ledd. For en forelder gjelder dette uavhengig av om vedkommende har foreldreansvaret for barnet. Ved vaksinasjon etter barnevaksinasjonsprogrammet må likevel den som skal samtykke, ha foreldreansvaret for barnet.



Pbrl. § 4-4 Samtykke på vegne av barn (2)

Det er tilstrekkelig at én av foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, samtykker til helsehjelp som **kvalifisert helsepersonell** mener er nødvendig for at barnet ikke **skal ta skade**. Før slik helsehjelp gis skal begge foreldrene, eller andre som har foreldreansvaret, så langt som mulig, få si sin mening. En beslutning om slik helsehjelp kan påklages til Fylkesmannen etter kapittel 7. Fylkesmannen kan vedta at helsehjelpen skal avsluttes inntil det er fattet vedtak på grunnlag av klage fra den andre foreldereren eller andre som har foreldreansvaret.



Pbrl. § 4-4 Samtykke på vegne av barn (3)

Har barneverntjenesten overtatt omsorgen for et barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Når barnet er fylt 7 år, og når et yngre barn er i stand til å danne seg egne synspunkter på det samtykket dreier seg om, skal foreldrene, andre som har foreldreansvaret eller barneverntjenesten gi barnet informasjon og anledning til å si sin mening før de avgjør spørsmål om å samtykke til helsehjelp. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Er barnet fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener.



Øvrige bestemmelser i pbrl. kap. 4 om samtykke

Pbrl. § 4-6a Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi

Pbrl. § 4-7 Om pasienter som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området

Pbrl. § 4-9 Unntak fra øyeblikkelig hjelp-plikten i helsepersonelloven § 7 ved

- **Blodoverføringer** mv.
- **Sultestreik**
- **Livsforlengende behandling hos døende pasienter**



Helsepersonelloven § 7

(1) «Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger **som følger av pbrl. § 4-9**, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten **ikke er i stand til** å samtykke, og selv om pasienten **motsetter** seg helsehjelpen.»

(2) «Ved tvil om helsehjelpen er **påtrengende nødvendig**, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser. ...»



Nærmere om endringene i psykisk helsevernloven fra november 2017



Prop. 147 L (2015-2016) Endring i psykisk helsevernloven (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet)

- NOU 2011: 9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*
- Til tross for ulike tilnærminger, uendrete tvangstall
- Store lovendringer foreslått og vedtatt, men nå i phvl. og ikke pbrl. – foreslått i NOU 2011: 9
Innst. 147 L (2016–2017) fra 15. desember
- Lov 10. februar 2017 nr. 6
- Iverksettelse 1. sept. 2017
- Tvangslovutvalget arbeider parallelt



Lovendringene fra 2017

- Pasienter med samtykkekompetanse har fått rett til å nekte behandling i det psykiske helsevernet”, jf. § 3-3 første ledd nr. 4.
- Retten til å nekte ikke «ved nærliggende og alvorlig selvmordsfare eller ved nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse»
- Skjerpede krav til utforming av vedtak om tvang, krav om etterfølgende evaluering av slike vedtak og rett til fritt rettsråd uten behovsprøving eller egenandel ved klage til fylkesmannen over vedtak om tvangsmedisinering



Rettskildebildet i dag – PHVL

- Psykisk helsevernloven med tilhørende rettspraksis
- Grunnloven etter revisjonen 2014
- MR: Konvensjoner og praksis
- Psykisk helsevernforskriften
- Lovendringer (i phvl.): I kjølvannet Breivik og nå oppfølging Paulsrud
- Lovendringer (i strl.): Flere skal dømmes til tvungent psykisk helsevern
- Retningslinjer og rundskriv fra Helsedirektoratet (reell lovgivning?!)



Oppbygningen av psykisk helsevernloven

Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser (§§ 1-1 - 1-8)

Kapittel 2. Særlige samtykkebestemmelser (§§ 2-1 - 2-3)

Kapittel 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern (§§ 3-1 - 3-10)

Kapittel 4. Gjennomføring av psykisk helsevern (§§ 4-1 - 4-10)

Kap. 4A. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå (§§ 4A-1 - 4A-14)

Kapittel 5. Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern (§§ 5-1 - 5-9)

Kapittel 6. Kontroll og etterprøving (§§ 6-1 - 6-5)

Kapittel 7. Domstolsprøving (§7-1)

Kapittel 8. Forskjellige bestemmelser (§§ 8-1 - 8-3)



Phvl. kap. 3. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

§ 3-1. *Legeundersøkelse*

§ 3-2. *Vedtak om tvungen observasjon (Ny: Vilkår*

§ 3-3. *Vedtak om tvungent psykisk helsevern*

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

§ 3-4. *Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern*

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

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

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

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

§ 3-9. *Rett til å uttale seg*

§ 3-10. *Forskrifter om tvungent psykisk helsevern*

Grunnvilkåret og sidevilkårene

3. Pasienten har **en alvorlig sinnslidelse** og ... at vedkommende **på grunn av sinnslidelsen** enten
- [behandlingsvilkårets to alternativer]**
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert **(a1)**, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret **(a2)**, eller **[farevilkårets to alternativer]**
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget **(b1)** eller andres **(b2)** liv eller helse.

Individuell paternalisme (a1, a2, b1) versus
Sosial paternalisme (b2)



De øvrige kravene i phvl. § 3-3

- Minste inngreps prinsipp (nr. 1)
- Uavhengig legeundersøkelse (nr. 2)
- Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. (nr. 4)
- Faglig minstestandard (nr. 5)
- Pasientens rett til å høres (nr. 6)
- Skjønnsmessig helhetsvurdering (nr. 7)



§ 3-2 **Vilkår for** vedtak om tvungen observasjon

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1, foretar ...

3. *Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.*

4. Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 nr. 3.

[Ny nr. 3 fører til at tidligere nr. 3 til 6 er blitt nr. 4 til 7]



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

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

Det kan ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:



Gjelder etter andre ledd som tidligere tvangsbehandling med lege midler samt tvangsernæring ved alvorlige spiseforstyrrelser

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

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



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

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

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

I vedtaket skal det opplyses om:

1. hvordan vilkårene for vedtaket, jf. §§ 3-2 og 3-3, er vurdert,
2. vedtaket innebærer en overføring fra frivillig vern, jf. § 3-4,



3. hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingsmessig effekt og risiko for varig skade som følge av tvangsinngrepet, er vurdert,
4. pasientens holdning til og erfaringer med bruk av tvang og
5. pasientens syn på frivillige tiltak.

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

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



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

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

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

1. hvordan vilkårene for vedtaket, jf. § 4-4 første til fjerde ledd, er vurdert,
2. hvilke virkemidler som skal kunne brukes for å gjennomføre behandlingen,



3. vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke er fattet før utløpet av den obligatoriske undersøkelsestiden på fem døgn, jf. § 4-4 femte ledd, og hva som i så fall er begrunnelsen,
4. hvilken type og dosering av legemidler eller ernæring som skal kunne brukes,
5. hvilken behandlingsmessig effekt legemiddelet forventes å ha og når effekten forventes å inntre,
6. forventede bivirkninger og eventuelt risiko for varig skade som følge av legemidlene,



7. hvordan den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet framover,
8. forhåndserklæringer eller uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang,
9. pasientens syn på aktuelle frivillige tiltak,
10. oppfatningen til annet kvalifisert helsepersonell og
11. institusjonens opplegg for fortløpende evaluering av effekter og bivirkninger av behandlingstiltaket.



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

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

I lov 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp skal § 11 første ledd nytt nr. 8 lyde:

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



§ 4-2 første, andre og tredje ledd

Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. **Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes.**

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



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

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



Pasienten skal tilbys minst en samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken.

Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres.

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

§ 4-3 andre ledd første punktum skal lyde:

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



Prop. 122 L (2014–2015) Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.)

Tilråding 22. mai 2015 – Om de «brysomme»:

I proposisjonen ble det framlagt forslag om å utvide virkeområdet for de strafferettslige særreaksjonene slik at personer som er strafferettslig utilregnelige og som begår **gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art**, skal kunne idømmes slik reaksjon. Det

Utvidelsen omfatter både dom på overføring til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg.

Særreaksjon idømt på grunnlag av slike lovbrudd skal ha en maksimal varighet på tre år.



Økt samfunnssikkerhet inn i psykisk helsevern – blandede anstalter

- Den alminnelige sivilpsykiatrien bygges ned
- Strafferetts- og sikkerhetspsykiatrien bygges opp; særlige regler ved sikkerhetsavdelinger (lex Breivik, dvs. nytt phvl. kap. 4A gitt i 2012)
- Stadig flere opplysningsplikter slik at personvern/taushet står tilbake for samfunnsvern, offer-interesser, kontroll
- Utviklingen har bare syntes å gå én vei før lovendringene kom i Prop. 147 L



Relasjonen mellom sivilpsykiatri og strafferettspsykiatri

1. Tidligere særlige anstalter
 - Kriminalasylet (tidl. slaveri, åpnet 1895) og Reitgjerdet (pleiehjem spedalske 1921)
2. I tillegg klare skiller i lovgivningen, jf. 1848-loven § 20 – Dette endret først ved NOU 1990: 5 og sikringsreformen
3. En stadig sterkere integrasjon av strafferettspsykiatri inn i sivilpsykiatrien
4. Endres den sivilrettslige psykiatrien og den tilhørende lovgivningen?



Nærmere om endringene i rusreglene fra 2016



Dagens regler i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10

Flyttet fra sosialtjenesteloven (1991) kap. 6 til hol. kap. 10 i 2012

I all hovedsak to tunge bestemmelser:

- Tvangsinnleggelse gravide rusmiddelmissbrukere (hol. § 10-3)
- Mot rusmiddelavhengige (hol. § 10-2)

Ellers viktige grenser mot straffelov; rusmiddelprogrammer i samband med straffeutmåling, i fengsler, LAR med mulighet til utkastelse av programmet mv.



Hol. § 10-2

- Åpner for tvangsinnlegging og tilbakehold i institusjon i opptil tre måneder dersom «noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig».
- Formålet er «undersøkelse og tilrettelegging av behandling»
- Tvangsvedtaket må framstå som nødvendig og forholdsmessig
- Ofte forutgår FNs avgjørelse av kommunalt akuttvedtak. Da først legalkontroll av FN



Hol. § 10-3

- Åpner for tvangsinnlegging og tilbakehold i institusjon i av gravide rusmisbrukere i institusjon i den gjenværende delen av svangerskapet dersom «misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig»
- Vern av foster/barn gjennom kontroll av mor
- Tvangsvedtaket må framstå som nødvendig og forholdsmessig
- Nesten alltid forutgå FN's avgjørelse av kommunalt akuttvedtak.



Endringer ruslovgivning 2016 og 2017

Lov 20. mai 2016 nr. 10 om endringer i psykisk helsevernloven mv. (rettigheter og bruk av tvang på rusfeltet), i kraft 1. nov. 2016

- Biologiske prøver erstattet urinprøver
- Diverse forskriftshjemler for rusforskriften

Lov 16. juni 2017 nr. 46 om endringer i barnevernloven (barnevernsreform), i kraft 1. jan. 2016

- § 10-3 nytt syvende ledd: kommunen skal uten hinder av taushetsplikt gi barneverntjenesten melding om gravid rusmiddelbrukere og fare for **skade på barnet**



Nye lovregler rusomsorg (1)

Barnevernet skal etter melding følge opp en gravid rusmiddelavhengig kvinne etter melding fra kommunen. Barnevernet får derved et oppfølgingsansvar også før et barn er født, og dette er en prinsipiell endring i lovens virkeområde, se ny bvl. § 4-2a

I samme «føre var»-perspektiv kan også ses nye anbefalinger for gravide i LAR der rusfrihet nå anses mer ønskelig enn at gravide kvinner fortsetter med opioidtype-medikamenter



Nye lovregler rusomsorg (2)

I hpl. § 10a utvides plikten til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken som er pasient(er) med rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Ny shl. § 3-7a om plikt til å ha barneansvarlig personell for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn eller søsken av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller er etterlatte barn/søsken etter slike pasienter.



Phvl. § 1-1a andre ledd

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



Forskrift 26. august 2016 nr. 1003

Forskrift 26. august 2016 nr. 1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer

– Gjelder *alle* institusjonstyper; – offentlige og private, uavhengig av betalingsordninger, og uavhengig av om i kommunale helse- og omsorgstjenester eller i spesialisthelsetjenesten.

– Gjelder *ikke* ved institusjoner med rusbehandling, plassert i psykisk helsevern. Da gjelder psykisk helsevernloven med egne forskrifter



Rusforskriften § 14

Institusjonen skal utarbeide husordensregler. Husordensreglene kan kun gjelde fastsetting av interne regler for at institusjonen skal fungere best mulig som et sosialt fellesskap, herunder ...

Innholdet i husordensreglene må tilpasses formålet med oppholdet, og det skal tilrettelegges for brukermedvirkning i utarbeidelsen av reglene og skal forelegges pasient og bruker ved ankomst til institusjonen.

Husordensregler, og revisjoner av disse, skal sendes Fylkesmannen. En godkjenningsordning



Ny ruspolitikk – Jeløya og Storting

1. Reaksjoner for bruk og besittelse: Fra Justis til helse. Men noe uklart om «sanksjoner» om personer ikke følger opp. **Krever lovgivning**
2. Utvalg er nedsatt for å vurdere og komme med forslag til en slik overgang
3. Flere avrusningsplasser og bedre ettervern
4. Sprøyterom blir brukerrom
Injisere andre rusmidler enn heroin; hva med røyking?
5. Flere legemidler i LAR - og samtidig:
6. Mer alkohol i butikker



Utvalg for å forberede ny rusreform

I statsråd 23. mars 2018 oppnevnte regjeringen et utvalg som skal forberede rusreformen.

Utvalget skal bl.a. utrede hva som skal regnes som en brukerdose, hvilke tilbud/sanksjoner som er aktuelt ved oppbevaring, og hva som bør skje dersom en person ikke følger opp tilbud/sanksjoner

Utvalget står fritt til å se til andre lands erfaringer, men skal særskilt vurdere erfaringer fra Portugal og om deres modell er egnet i en norsk kontekst

Bruk og besittelse av narkotika skal fortsatt være ulovlig.

Utvalgets frist er 31. desember 2019.



Utvalget for å forberede rusreform og rusregelverk

Leder: Runar Torgersen. Førstestatsadvokat

Henriette Sinding Aasen. professor juss UiB

Moses Deyegbe Kuvoame. Førsteamanuensis
Høgskolen Porsgrunn

Mona Michalsen. Ruskonsulent i Søgne

Anne Helene Fraas Tveit. ruspoliklinikk

Trine Funder Amundal. Lege

Sverre Martin Nesvåg. Forskningsleder (KORFOR)

Kenneth Arctander Johansen. (RIO)

Wibecke Årst. Styreleder i MARBORG

Rune Solberg Swahn. Politidirektoratet



Status ultimo mai 2018

- Nedtoning av tvangsbruk ved endringer i sivil psykiatrilovgivning; oppfølgingen av NOU 2011: 9 gjennom Prop. 147 L (2015–2016) – i kraft 1. sept. 2017
- Klart for flere straffedømte i psykiatrien, Prop. 122 L (2014–2015) – trådte i kraft 1. okt. 2016
- Spennende endringer varslet i ruspolitikken: Fra Justis til helse; Flere Dok. 8-forslag i Stortinget; Jeløya-erklæringen og nytt lovutvalg for gjennomføring
- Uklart om oppfølgingen av utilregnelighetsutvalget, NOU 2014: 10 – Ny Prop. L 154 lagt fram i juni 2017 – Høring i Stortinget 9. januar 2018. Utsatt behandling

– To profiler både i regjeringen og Stortinget:

HOD (autonomi) og ID (kontroll)?



Nye endringer? – Tvangslovutvalget

Tvangslovutvalget – oppnevnt 17. juni 2016

Leder: Professor Bjørn Henning Østenstad,
Universitetet i Bergen. 14 medlemmer

- Sammensatt av medlemmer som representerer brukere og pårørende, ulike profesjoner og ulike deler av helse- og omsorgstjenesten.
- En samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren. Spesielt bedt om å vurdere behov for å tilpasse reglene til barns og unges særlige behov og rett til beskyttelse

Frist: 1. september 2018 – Utsatt til sommer 2019

Oppsummerende

Bruk av tvang åpner for store verdikonflikter, – kan være samtidig *usikker* virkning og dypt *inngripende* tiltak som lovlig kan iverksettes

Rettsikkerheten er søkt dekket ved ulike midler som kontroll av vedtak (pbrl. kap. 4A/hol. kap. 9), tilsyn, kontrollkommisjoner, tvl. kap. 36 mv.

Norges praksis er kritisert, særlig barnevernets kulturforståelse og phvl. tvangsmedisineringsregler og bruk av elektrosjokk på nødrettsgrunnlag

Norge eneste land som kan internere gravide rusmiddelbrukere. Ellers ikke så ulikt andre land

Hva med tvangslovutvalget??