

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202600604

Dato: 30-04-2026

Høring: Høring - Forslag til ny psykisk helsevernforskrift

Den norske legeforening viser til Helse- og omsorgsdepartementets høring om forslag til ny psykisk helsevernforskrift som skal erstatte forskrift 16. desember 2011 nr. 1258. Saken har vært på bred høring i organisasjonen. Innspill fra organisasjonsledd ligger til grunn for Legeforeningens høringssvar.

1. Overordnede merknader

Legeforeningen støtter behovet for en mer oversiktlig og oppdatert forskrift. Samtidig vil vi understreke at endringer som innebærer økte krav til dokumentasjon, kontroll og informasjonsflyt må følges opp med tilstrekkelig implementeringsstøtte og ressurser.

Legeforeningens vurderinger bygger på vurderinger fra de senere års regelverksprosess. I høringen av rapporten fra Tvangslovutvalget og i oppfølgingen av forslagene derfra, gav Legeforeningen uttrykk for at forslagene fremsto ideologisk begrunnet og virkelighetsfjerne. Vi var bekymret for at konsekvensen kunne bli at alvorlig syke pasienter ikke fikk den hjelpen de hadde behov for. Samtykkeutvalgets rapport innebar etter Legeforeningens syn en tydelig kursendring. Problemstillingene og forslagene fremsto mer realistiske og bedre forankret i klinisk praksis. Dette var også utgangspunktet for Legeforeningens skriftlige innlegg til Stortinget i forbindelse med behandlingen av Prop. 31L.

2. Konkrete merknader til forslagene

2.1. Delegering av myndighet til å gjøre vedtak om tvungen legeundersøkelse

Legeforeningen støtter utvidet delegasjonsadgang for kommuneoverlegen ved vedtak om tvungen legeundersøkelse. Vi understreker at begrepet "kommuneoverlege" må brukes konsekvent for å unngå uklarhet om ansvar og vedtakskompetanse.

I høringsnotatet understrekes det at delegering kun kan forekomme når det er forsvarlig. Dette følger forutsetningsvis av bl.a. helsepersonelloven § 4. Vi vil foreslå at det også tilføyes i selve lovteksten av pedagogiske hensyn, slik at forslag til ny § 11 annet ledd første punktum lyder: "Kommuneoverlegen kan delegerer sin myndighet til å gjøre vedtak om tvungen legeundersøkelse til kommunalt ansatt lege eller klinisk psykolog, *dersom det er faglig forsvarlig.*"

For at delegasjonsutvidelsen skal fungere etter intensjonen, må det sikres systematisk opplæring og kompetanseheving, tiltak som fremmer mer ensartet praksis mellom kommuner, og tilstrekkelig juridisk støtte til helsepersonell i kommunene.

Legeforeningen viser også til at kommunene kan organisere oppgavene på ulike måter, men at kravene til tilgjengelighet, kompetanse og samhandling må ivaretas. Legevakt kan i mange kommuner være et egnet organisatorisk knutepunkt, ettersom de allerede har døgnberedskap og samhandling med nødretter.

2.2. Pårønderettigheter

Departementet foreslår å klargjøre at pårørendes rett til melding skal være lik for alle gjennomføringsvedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A, og ber særskilt om innspill til om pasienten fortsatt skal kunne motsette seg slik melding (alternativ I) eller ikke (alternativ II).

Legeforeningen bemerker at en ordning uten reservasjonsrett kan innebære et ytterligere inngrep i pasientens selvbestemmelse, særlig der relasjonen til nærmeste pårørende er konfliktfylt eller skadelig, eller der deling av detaljer kan ha negative konsekvenser for pasienten eller pårørende. Involvering av pårørende er likevel i de fleste tilfeller både nødvendig og ønskelig der pasienten er underlagt tvang og inngripende tiltak, og pårørende vil ofte være avgjørende for at pasientens interesser blir ivaretatt over tid.

På denne bakgrunn støtter Legeforeningen alternativ II, men anbefaler at bestemmelsen suppleres med en snever sikkerhetsventil for de situasjonene der det foreligger tydelige holdepunkter for at pasienten i beslutningskompetent tilstand ikke ville ønsket deling, og der deling ikke kan anses å være til pasientens beste. Dette vil for eksempel kunne være tilfelle ved vold eller misbruk fra nærmeste pårørende, alvorlige konflikter med potensielle økonomiske eller personlige skadevirkninger, eller der nærmeste pårørende er unge voksne barn som ikke bør eksponeres for særlige sensitive opplysninger. Vi foreslår derfor følgende presisering i alternativ II (tillegg i kursiv):

"Melding om vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4 og 4A som skal gis til pasienten etter reglene i forvaltningsloven § 27, skal også gis til pasientens nærmeste pårørende, med mindre det foreligger klare holdepunkter for at pasienten i beslutningskompetent tilstand ikke ville ønsket slik informasjonsdeling."

Det bør også være rutiner for gjennomgang med pasienter i beslutningskompetent tilstand og journalføring av hvorvidt pasienten ønsker å reservere seg mot informasjonsdeling eller angi hvem som skal være nærmeste pårørende. Det vil kunne bidra til å ivareta hensynet til pasientene i slike situasjoner og sørge for at bestemmelsen blir praktisk.

For øvrig støttes presiseringen av at meldinger om vedtak skal være skriftlige, jf. forslag til ny §§ 13, 15 og 29.

2.3. "Friere forpleining" ved langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler

Legeforeningen støtter forslaget til tydeliggjøring. Vi vil også understreke at det er risiko for somatisk lidelse tilknyttet bruk av belter fordrer tett oppfølging av helsepersonell med tilstrekkelig

kompetanse. Dette bør gjøres av lege i spesialisering eller legespesialist, og må tillegges vekt ved vurdering av om vedtak skal oppheves. Vi viser i denne forbindelse til følgende artikkel fra Tidsskriftet for Den norske legeforening: [Beltelegging og legeansvar | Tidsskrift for Den norske legeforening](#), og oppfordrer Departementet og Hdir til å vektlegge disse perspektivene i fremtidig veiledning.

2.4. Krav til bolig ved overføring til TUD

Legeforeningen mener presiseringen av hva som kan anses som “bosted” fremstår pragmatisk. Vi vil likevel advare mot at midlertidige og lite egnede botilbud (f.eks. hospits eller nødbolig) i praksis kan bli brukt mer varig. Det er en risiko for at unntaksadgangen vil kunne bli påberopt av faglige ansvarlige som trenger å skrive pasienter ut på TUD for å frigjøre kapasitet i døgnavdelingene. Dette kan utfordre kravet om forsvarlige og stabile rammer for TUD. I lys av dette vil vi understreke at unntaksadgangen bør praktiseres strengt.

2.5. Kontrollkommisjonens virksomhet

Legeforeningen støtter behovet for tydelig regulering og kontrollmekanismer. Vi mener også at det er hensiktsmessig at eksisterende praksis forskriftsfestes. Vi vil likevel understreke at det er avgjørende at kontrollordningen blir praktiserbar og ensartet for å ivareta formålet rettssikkerhet for de aktuelle pasientene.

Vi vil særlig fremheve at det bør gis presis veiledning for vurdering av motstand. Relevante fagmiljøer bør involveres for å sikre treffsikkerhet på tvers av pasientgrupper. I tillegg bør det etableres standardiserte maler for dokumentasjon og oversendelse, for å redusere tidkrevende dialog og forskjellig praksis. Nye kontroll- og dokumentasjonskrav må følges av opplæring og tilstrekkelige ressurser, særlig for kontrollkommisjonene, slik at pasientbehandlingen ikke svekkes.

2.6. Særlig om kontrollkommisjonens rolle overfor barn

Legeforeningen støtter også forslaget om å forskriftsfeste at kontrollkommisjonen skal besøke døgnposter der barn er innlagt minst en gang i måneden. Vi mener det er positivt at døgnposter hvor det i praksis brukes tvang er underlagt kontroll og besøk av kontrollkommisjonen.

Legeforeningen vil likevel bemerke at det er behov for klargjøring av kontrollkommisjonens rolle for ungdom 16–18 år med alvorlig sinnslidelse, som mangler beslutningskompetanse og mottar helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5. Dersom det er tenkt at kontrollkommisjonen får samme kontrollfunksjon for denne gruppen som for pasienter som mottar helsehjelp etter pbrl. § 4-6 annet ledd må det presiseres i forskriften. Det må også sikres at aktuelle behandlende enhet er underlagt en kontrollkommisjon.

2.7. Øvrige innspill

Legeforeningen støtter at faglig ansvar for vedtak om ECT ligger hos lege, på linje med legemiddelbehandling. Legeforeningen viser også til tidligere understrekning av at ECT ved motstand kun helt unntaksvis bør kunne gjennomføres når dette er livreddende.

Videre støtter vi endringen foreslått i forskrift § 12 om at det også skal treffes vedtak om å ikke etablere tvunget vern eller tvungen observasjon, all den tid det vil tydeliggjøre klagemulighet og styrke pasientens rettsikkerhet.

2.8. Språk og tilgjengelighet

Legeforeningen har tidligere uttrykt at "samtykkekompetanse" er et godt innarbeidet begrep, og at endringen til "beslutningskompetanse" kan skape uklarhet. Selv om forskriften må være konsistent med lovens terminologi, ber vi om presiserende veiledning for å sikre enhetlig forståelse og dokumentasjonspraksis i tjenestene.

2.9. Ressursbehov

Situasjonen i psykisk helsevern er allerede presset. Legeforeningen har tidligere pekt på bekymringsfull bemanning og kapasitet. Det rapporteres om høy avslagsprosent og et trangt nåløye for døgnbehandling. Uten styrket kapasitet vil det være vanskelig å oppnå ønsket effekt av endringene.

Legeforeningen vil understreke at det er mangelfulle vurderinger av ressurs- og kapasitetskonsekvensene i forbindelse med lovendringene vedtatt, som ble foreslått i Prop. 31L. Høringsnotatet til forskriften gir ikke nye anslag. Vi mener det må påregnes betydelige merbehov, særlig i kontrollkommisjonene. De skal kontrollere flere beslutninger etter pbrl. § 4-6 og de får nye vurderingstema. De må også forholde seg til langt flere ansvarlige behandlere enn tidligere. Dette kan gjelde fastleger, sykehjemsleger og leger i andre kommunale tjenester. Det kan også gi behov for mer administrasjonsstøtte for fristoppfølging.

Med hilsen
Den norske legeforening
Jus- og arbeidsliv

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
direktør

Saksbehandler: Nora Marie Eikenæs Asplin, rådgiver/advokat