

Psykisk helsevernloven med kommentarer

Rundskriv

Først publisert: 01. november 2017
Siste faglige endring: 06. mars 2025

KAPITTEL Kapittel 3

Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern

Siste faglige endring: 07. februar 2025

§ 3-1. Legeundersøkelse

Lovtekst

§ 3-1. Legeundersøkelse

Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for slikt vern er oppfylt. Legen som foretar undersøkelsen, skal gi skriftlig uttalelse. Foreligger behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen etter eget tiltak eller etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra vedkommendes nærmeste pårørende, vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og

undersøkes med tvang. Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig. Vedtaket kan påklages til statsforvalteren uten oppsettende virkning. Kongen gir forskrifter om delegering av kommunelegens myndighet.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-1

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd: Det vil i mange tilfeller være slik at en persons sinnstilstand og atferd kan gi grunn til å tro at vedkommende oppfyller vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Dette er imidlertid ikke nok til å få etablert slikt vern. Det kreves i tillegg at den antatte syke er personlig undersøkt av lege, og at legen skriver en uttalelse i saken.

Formålet med undersøkelsen er å avklare om vilkårene for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er til stede, det vil si om den antatt sykes sinnstilstand er i overensstemmelse med vilkårene etter §§ [3-2](#) og [3-3](#). Ved undersøkelsen kan legen blant annet kontrollere om lidelsen skyldes en somatisk tilstand som først og fremst krever somatisk behandling, eller om den skyldes påvirkning av rusmiddel, som ikke krever oppfølging fra det psykiske helsevernet.

Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan ikke skje uten at det er foretatt en slik forutgående legeundersøkelse **uavhengig av institusjonen** der slikt tiltak eventuelt skal etableres (§§ [3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)).

Legeundersøkelsen kan komme i stand ved at pasienten selv oppsøker lege, eller bringes til lege av sine pårørende eller andre. Legen skal foreta en personlig undersøkelse av vedkommende.

Undersøkelsen kan utføres av enhver lege med autorisasjon eller lisens til å utføre legevirksomhet i Norge, herunder turnuslege eller lege i LS1- stilling. Legen vil vanligvis være tilknyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men det er i utgangspunktet ikke noe i veien for at undersøkelsen foretas av lege som er ansatt i spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved en psykiatrisk poliklinikk. Legen må i så tilfelle være **uavhengig** av institusjonen som skal etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, se kommentarer til [§ 3-3 nr. 2](#).

Hvis legen etter undersøkelsen konkluderer med at det er grunnlag for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal det gis skriftlig uttalelse om dette.

Uttalelsen skal blant annet inneholde legens vurdering av om de materielle vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern i [§ 3-3 nr. 3](#) er oppfylt, eller om det er overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt) at vilkårene er oppfylt, slik at det kan etableres tvungen observasjon (jf. [§ 3-2 første ledd nr. 4](#)). Legen må også vurdere pasientens samtykkekompetanse, jf. §§ [3-2 første ledd nr. 3](#) og [3-3 nr. 4](#). Det må være åpenbart for undersøkende lege at pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Undersøkende lege vil imidlertid ha kortere tid og mindre informasjon tilgjengelig for sin vurdering enn den faglig ansvarlige legen for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan derfor ikke kreves like stor grad av sikkerhet og grundighet hos undersøkende lege. Undersøkende lege skal ikke treffe avgjørelse om samtykkekompetansen, men avgi en *uttalelse*. Avgjørelsen skal treffes av innleggende lege. Se nærmere om vurderingen av samtykkekompetanse under § 2-1.

Undersøkende lege må presisere om det henvises til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan imidlertid være vanskelig for legen etter en relativt kortvarig undersøkelse å være sikker på hva som er riktig alternativ. Dersom legen er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, men likevel finner det overveiende sannsynlig (sannsynlighetsovervekt) at pasienten fyller vilkårene, vil det riktige være å henvise til tvungen observasjon. Hvis legen derimot kjenner til pasienten fra tidligere konsultasjon, og symptomer på alvorlig sinnslidelse er tydelige, vil det (når også øvrige vilkår etter lovens [§ 3-3 nr. 3](#) vurderes oppfylt) være riktig å henvise til etablering av tvungent vern.

Ytterligere krav til uttalelsen er fastsatt i [psykisk helsevernforskriften § 8](#). Uttalelsen skal sendes eller følge med pasienten til institusjonen der observasjonen eller vernet søkes etablert. Uttalelsen skal ikke være mer enn 10 dager gammel, jf. psykisk helsevernforskriften § 10.

Den faglig ansvarlige legen ved innleggelsesinstitusjonen er ikke bundet av den undersøkende legens konklusjon. Faglig ansvarlig kan etablere tvungen psykisk helsevern selv om legen ved den forutgående legeundersøkelsen bare finner at det er grunnlag for tvungen observasjon. På samme måte kan faglig ansvarlig etablere tvungen observasjon selv om legen ved forutgående legeundersøkelse finner grunnlag for tvungent psykisk helsevern.

Annet ledd: Mange vil selv oppsøke helsehjelp dersom de får en psykisk lidelse. I andre tilfelle vil det være pårørende, nære venner eller andre nærstående personer som sørger for å formidle kontakt med lege. Hvis en person med antatt psykisk lidelse i ord eller handling motsetter seg en undersøkelse, gir [§ 3-1 annet ledd](#) hjemmel for at kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Bakgrunnen for denne hjemmelen er at alvorlig psykisk syke personer kan mangle eller ha redusert sykdomsinnsikt, og derfor ikke forstå at det er behov for legeundersøkelse. Situasjonen vil da være at den antatte syke unndrar seg legeundersøkelse. I slike tilfeller kan det altså fattes vedtak om tvungen legeundersøkelse. Det er ikke nødvendig å treffe slikt vedtak der pasienten allerede befinner hos en lege som kan undersøke vedkommende.

Undersøkelsen bør gjennomføres av en annen enn den som fatter vedtak om tvungen legeundersøkelse ([psykisk helsevernforskriften § 9 tredje ledd](#)).

Kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse ved behov, det vil si når vedkommende ut fra foreliggende opplysninger har grunn til å tro at vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

Kommunelegen kan treffe vedtaket av eget tiltak, eller etter begjæring fra offentlig myndighet ([§ 3-6 første ledd](#), jf. [§ 1-3](#)) eller pasientens nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)).

Personen som saken gjelder, skal som hovedregel få mulighet til å uttale seg før vedtak treffes ([§ 3-9](#) og [forvaltningsloven § 16](#)). Hvis varsling kan medføre at undersøkelsen ikke kan gjennomføres, eller innhenting av uttalelse av andre grunner ikke er mulig, kan dette være omstendigheter som gjør at forhåndsvarsling kan unnlates, jf. [forvaltningsloven § 16 siste ledd](#).

Dersom den som skal undersøkes motsetter seg undersøkelsen, til tross for at det er truffet vedtak om tvungen legeundersøkelse, kan vedkommende hentes og undersøkes ved bruk av tvang. Offentlig myndighet (politi) har plikt til å bistå for å sikre at legeundersøkelse blir gjennomført i henhold til lovens bestemmelser ([§ 3-6 annet ledd](#)). Se også rundskrivet [Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse](#), herunder vedlegg om flytskjema for etablering av tvungent psykisk helsevern, og kapittel 10 om dekning av utgifter i forbindelse med politiets bistand, (inkl. ødelagt lås/dør).

Noen ganger vil ambulansepersonell være de første som kommer i kontakt med en alvorlig psykisk syk person. Det må da vurderes konkret om det skal tas initiativ til en tvungen legeundersøkelse på stedet eller om ambulansepersonellet kan transportere vedkommende til lege for undersøkelse. Se [Helsedirektoratets brev av 16. mars 2021 \(jnr. 21/3472\)](#).

Tredje ledd fastsetter saksbehandlingsregler for vedtak om tvungen legeundersøkelse.

Vedtaket skal straks nedtegnes, og begrunnelsen for tiltaket skal fremgå av vedtaket. Vedtaket skal også opplyse om hvem som eventuelt har fremsatt begjæring om tvungen undersøkelse og gitt uttalelse i saken ([psykisk helsevernforordningen § 7](#)).

Vedtaket skal signeres av den som fatter vedtaket. Unntaksvis kan det være behov for å skjerme vedtaksfatter mot trusler og sjikane fra pasient. Det bør i slike tilfeller vurderes om det er en annen som kan fatte vedtak om tvungen undersøkelse. Dette kan for eksempel være aktuelt der en har erfaring for at det er en bestemt person som er gjenstand for pasientens truende eller sjikanøse atferd. Dersom bytte ikke er mulig eller aktuelt, kan lederen til den som har fattet vedtaket, undertegne. Hvilken virksomhet som har fattet vedtaket om tvungen undersøkelse (kommunelegen, eller for eksempel legevakten dersom myndigheten er delegert dit), må i alle tilfelle framgå. Begrunnelsen for å skjerme vedtaksfatter, bør dokumenteres i virksomhetens saksbehandlingssystem.

Kommunelegens vedtak om tvungen legeundersøkelse er ikke å anse som helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

Ettersom kommunelegens vedtak ikke er del av helsehjelpen og kommunelegen ikke har noe oppfølgingsansvar for vedtaket, vil spørsmål om eventuell utlevering av journalnotat fra legeundersøkelsen til kommunelegen følge de alminnelige regler om utlevering av taushetsbelagte opplysninger i helsetjenesten. Det mest aktuelle er at pasienten samtykker til at journalnotat eller opplysninger blir gitt til kommunelege.

Pasienten kan klage på vedtak om tvungen legeundersøkelse. Klagen rettes til statsforvalteren. Klagen har ikke oppsettende virkning. Det betyr at iverksettelse av tiltaket ikke må utsettes mens man venter på at statsforvalteren behandler klagen.

Kommunelegens beslutning om *ikke* å fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse kan ikke påklages. Dersom nærmeste pårørende eller offentlig myndighet er uenige i beslutningen og mener det fortsatt er behov for tvungent vern, må de eventuelt begjære tvungen legeundersøkelse på nytt.

Fjerde ledd gir hjemmel for at det kan gis forskrift om delegering av kommunelegens myndighet. Dette er gjort i [psykisk helsevernforordningen § 9](#).

§ 3-2. Vilkår for vedtak om tvungen observasjon

Lovtekst

§ 3-2. Vilkår for vedtak om tvungen observasjon

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter [§ 3-1](#), foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen observasjon er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. [§ 3-1](#).
3. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#). Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
4. Det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-3](#) nr. 3.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til [§ 3-5](#).
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. [§ 3-9](#).
7. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungen observasjon bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Tvungen observasjon kan ikke vare ut over 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder. Overføring til tvungent psykisk helsevern kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dersom vilkårene for slikt vern er til stede.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-2

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Bestemmelsen fastsetter vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungen observasjon. Se også psykisk helsevernforskriften §§ [10](#) og [11](#).

I bestemmelsens **første ledd** fastsettes de generelle vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungen observasjon. Vilkaene sammenfaller med vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, og for det nærmere innholdet i de enkelte vilkårene vises det derfor til kommentarene til [§ 3-3](#).

Vedtak om tvungen observasjon treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)). Opprettholdelse av vedtaket forutsetter at vilkårene til enhver tid er oppfylt, og faglig ansvarlig må således vurdere dette fortløpende ([§ 3-7 første ledd](#)).

Formålet med tvungen observasjon er å skaffe forsvarlig grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt ([§ 3-3](#)). Det er ikke anledning til å benytte tvungen observasjon som

hjemmelsgrunnlag for å holde tilbake pasienter som vurderes å ha behov for innleggelse (for eksempel på grunn av suicidalitet), dersom det ikke er overveiende sannsynlig at vilkårene er oppfylt. I denne sammenheng bemerkes at tilbakeholdelse i helt spesielle tilfeller vil kunne hjemles i nødrettslige betraktninger. I løpet av observasjonstiden skal det utredes om pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)). Observasjonen vil innebære at lege/psykiater, psykolog og annet personell vurderer pasientens mentale og fysiske tilstand. Observasjonen kan gjennomføres i eller utenfor institusjon, eksempelvis ved at pasienten bor hjemme og møter til observasjon ved en poliklinikk.

Pasienter som er underlagt tvungen observasjon, kan ikke underlegges behandling med mindre de samtykker til det. Bestemmelsen i loven [§ 4-4](#) kommer ikke til anvendelse.

Første ledd nr. 3: Etter lovendringer i psykisk helsevernloven i 2017 er det et vilkår for tvungen observasjon at pasienten mangler samtykkekompetanse. Se kommentarer til [§ 3-3 nr. 4](#), samt nærmere om vurderingen av samtykkekompetanse under kommentarene til [§ 2-1](#).

Første ledd nr. 4: Bestemmelsen fastsetter som vilkår for tvungen observasjon at det må være "overveiende sannsynlig" at vilkårene i [§ 3-3 nr. 3](#) er oppfylt. Dette innebærer at det må foreligge alminnelig sannsynlighetsovervekt (mer enn 50 prosent sannsynlig) for at vilkårene er oppfylt (alvorlig sinnslidelse og ett tilleggsvilkår).

Annet ledd første punktum fastsetter at tvungen observasjon som utgangspunkt ikke kan vare lenger enn ti dager. Observasjonstiden regnes i kalenderdager, uavhengig av helligdager og lignende, fra det klokkeslett vedtaket om tvungen observasjon ble truffet.

Tvungen observasjon skal ikke opprettholdes lenger enn det som er strengt nødvendig for å bringe på det rene om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Tiltaket må således avbrytes så snart forholdene tilsier det, enten ved at det treffes vedtak om opphør, eller ved at det etableres tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) før eller ved utløpet av denne fristen. Det må i tilfelle treffes vedtak om tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-3](#).

Annet ledd annet punktum gir hjemmel for å forlenge observasjonstiden med ytterligere ti dager i tilfeller der dette anses strengt nødvendig av hensyn til pasientens tilstand. Dette kan bare gjøres dersom kontrollkommisjonens leder samtykker til det. Observasjonstiden kan ikke forlenges basert på pasientens samtykke, selv om ordlyden i psykisk helsevernloven § 3-2 annet ledd første punktum kan forstås slik om bestemmelsen lese isolert. Det går fram av særmerknadene til bestemmelsen i forarbeidene i [Ot. prp. nr. 65 \(2005-2006\) \(regjeringen.no\)](#) at forlengelse er avhengig av samtykke fra kontrollkommisjonens leder. Det bemerkes for øvrig at det etter lovendringen i 2017 ble et vilkår for tvungen observasjon at pasienten mangler samtykkekompetanse (bortsett fra der pasienten er til fare for eget liv eller andres liv eller helse). Å basere forlengelse av tvungen observasjon på pasientens samtykke er ikke forenlig med dette vilkåret.

Kontrollkommisjonens avgjørelse kan ikke påklages, verken ved forlengelse eller nektet forlengelse av observasjonstiden.

Begrepet "strengt nødvendig" innebærer at det skal mye til for forlengelse av observasjonstiden, og forespørsel om dette bør derfor bare fremsettes i spesielle tilfeller. Observasjonstiden er gjort kort av hensyn til pasientens rettssikkerhet. Observasjon gjennomføres fordi man ikke er sikker på at vilkårene for tvungent psykisk helsevern foreligger. I tråd med [Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 5](#) bør derfor observasjonstiden være kortest mulig. Forlengelse vil særlig være aktuelt hvor pasienten har både rusrelaterte og psykiske lidelser, og hvor det er uklarhet rundt årsakssammenhengen. Forlengelse kan også være aktuelt der det kan foreligge en symptomoppblomstring som følge av bråseponering av antipsykotika (rebound-effekt).

Forespørsel bør helst gjøres skriftlig og bør fremsettes så tidlig at kontrollkommisjonens leder får anledning til å vurdere spørsmålet på forsvarlig måte. Ved tidsnød kan en skriftlig forespørsel eventuelt ettersendes. Lederen bør kontaktes innenfor normal arbeidstid.

§ 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern

Lovtekst

§ 3-3. Vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter [§ 3-1](#) og eventuell tvungen observasjon etter [§ 3-2](#), foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. [§ 3-1](#).
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.
4. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#). Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til [§ 3-5](#).
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. [§ 3-9](#).
7. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Helsedirektoratets kommentarer

Bestemmelsen fastsetter vilkårene for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Se også psykisk helsevernforskriften §§ [10](#) og [11](#).

Vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern kan bare treffes av faglig ansvarlig ([§ 1-4](#)).

Opprettholdelse av vedtaket forutsetter at vilkårene er oppfylt, og faglig ansvarlig må således vurdere dette fortløpende ([§ 3-7 første ledd](#)).

Nr. 1 - Frivillighet

Første ledd nr. 1 slår fast at tvungent psykisk helsevern som hovedregel ikke kan etableres uten at det først er forsøkt å få til frivillig behandling av den aktuelle psykiske lidelsen. Det er gjort unntak for tilfeller der dette har vært forsøkt uten å føre frem, for eksempel på grunn av manglende oppfølging fra pasientens side. Det er også gjort unntak dersom det anses som åpenbart formålsløst å forsøke frivillig vern. Sistnevnte alternativ er aktuelt når en pasient ikke ønsker behandling eller mangler samtykkekompetanse, se kommentarer til denne bestemmelsens nr. 4 og [§ 2-1](#).

Spørsmålet om frivillighet vurderes som et selvstendig vilkår ved etablering av tvungent psykisk helsevern. Ved vurdering av opprettholdelse/forlengelse/opphør av vernet vurderes spørsmålet om frivillighet som en del av helhetsvurderingen (Rt. 2001 s.1481).

Nr. 2 – To legeundersøkelser

Bestemmelsen fastsetter et krav om at pasienten skal undersøkes av to leger, og at den ene av legene må være uavhengig av institusjonen der det tvungne vernet eventuelt skal etableres. Begrunnelsen for dette, er hensynet til pasientens rettssikkerhet. Også i de unntaksvis tilfeller der pasienten kommer direkte til institusjon, må vedkommende undersøkes av lege uavhengig av institusjonen.

Lovens system legger opp til at den første legeundersøkelsen vanligvis skal foretas av en lege utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel lege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kravet om uavhengighet er imidlertid ikke til hinder for at undersøkelsen kan foretas av lege som er ansatt i det psykiske helsevern, for eksempel ved en psykiatrisk poliklinikk eller ved et distriktpspsykiatrisk senter. Hvorvidt denne legen er uavhengig av den ansvarlige institusjon må vurderes konkret. Det avgjørende er om poliklinikken eller senteret er organisert på en slik måte at den eksterne legen ikke har samme nærmeste overordnede som faglig ansvarlig for vedtak. Også andre andre forhold kan føre til at uavhengighetskravet ikke er oppfylt, for eksempel tett kontakt og/eller avhengighetsforhold mellom enhetene der de to legene arbeider. Eksempler på dette kan være stor grad av felles lokaler og fasiliteter, og/eller løpende fellesmøter. Den legen som undersøker pasienten først, bør heller ikke konferere med aktuelle faglig ansvarlig om sin vurdering av om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt. Så lenge dette ikke er tilfelle, er det ikke noe i veien for at tvungent psykisk helsevern kan etableres på bakgrunn av undersøkelser foretatt av to leger som er tilknyttet samme helseforetak.

Se også lovens [§ 3-1](#), som regulerer gjennomføringen av legeundersøkelsen utenfor institusjon, og kommentarene til denne.

Den andre legeundersøkelsen skal foretas av lege ved institusjonen der det tvungne vernet skal etableres. Undersøkelsen foretas i praksis ofte av faglig ansvarlig i forbindelse med dennes personlige undersøkelse av pasienten, jf. [§ 3-3 a første ledd](#). Dersom faglig ansvarlig er psykolog, må pasienten i tillegg undersøkes av en lege ved institusjonen.

Nr. 3 – Hovedvilkåret - «alvorlig sinnslidelse»

Hovedvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en «alvorlig sinnslidelse». Begrepet er videreført fra psykiatriloven av 1961, og forarbeider og rettspraksis til denne loven er derfor fremdeles relevante for tolkningen av begrepet.

Begrepet "alvorlig sinnslidelse" er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Psykoser (herunder rusutløste psykoser) faller inn under begrepets kjerneområde.

Også enkelte andre tilstander enn psykose omfattes av lovens hovedvilkår. Når det gjelder hvilke grensetilfeller dette gjelder, vil man stå overfor en helhetsvurdering der ikke bare selve sykdomstilstanden, men også utslagene den gir seg, må tillegges vekt. Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand.

Som eksempel på tilfeller der hovedvilkåret kan være oppfylt uten at pasienten er psykotisk, nevnes alvorlige grader av spiseforstyrrelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Ved den konkrete vurderingen av om en pasient med slik lidelse oppfyller lovens hovedvilkår, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre psykiske symptomer. I tillegg kan det legges vekt på sykdommens alvorlighetsgrad og hvor lenge tilstanden har vart. Høyesterett har i en dom fra 2015 (Rt. 2015 side 913) redegjort for hvilke tilfeller anoreksi kan karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse. Eksempler fra rettspraksis på at hovedvilkåret er vurdert oppfylt ved personlighetsforstyrrelse finnes i Borgarting lagmannsretts dommer [LB-2023-25634](#) og [LB-2013-91092](#).

Det vil altså være art og grad av psykiske symptomer som avgjør om hovedvilkåret er oppfylt. I denne vurderingen er det ikke relevant om symptomene er utløst av rusmiddelmisbruk eller andre årsaker.

For pasienter med kroniske psykoselidelser kan vilkåret være oppfylt også på tidspunkter der pasienten ikke har psykotiske symptomer. Dette følger av rettspraksis, som sier at lovens hovedvilkår sikter til grunnlidelsen, og at lovens hovedvilkår vil være oppfylt også i situasjoner der en pasients psykose blir holdt i sjakk av antipsykotisk medikasjon. (Rt. 1993 s. 249 og Rt. 2001 s.1481). Disse synspunktene er blitt kritisert i juridisk teori, som mener at rettspraksis har forskjøvet begrunnelsen for tvang fra funksjonssvikt til diagnose (Georg Høyer i «Tilbakeslag for psykiatriske pasienters autonomi og rettssikkerhet», Lov og Rett 1995 og Bjørn-Henning Østenstad i [NOU: 2011: 9. vedlegg 3 side 302](#)). Den praktiske betydningen av denne rettspraksisen, svekkes med innføringen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern. Dette fordi en pasient som er behandlet en periode og blitt helt eller delvis symptomfri, ofte vil ha gjenvunnet samtykkekompetansen og derfor ikke lenger oppfyller vilkåret for tvungent vern. Se nr. 4 nedenfor.

Selv om vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt, kan man likevel vurderes å ha samtykkekompetanse. Se kommentaren til [§ 2-1](#).

Nr. 3 bokstav a og b oppstiller to tilleggsvilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern, hver med to alternativer. Det er tilstrekkelig at ett av disse fire alternativene er oppfylt.

Nr. 3 bokstav a – Behandlingsvilkåret

Behandlingsvilkåret har to alternative vilkår.

Det første alternativet - behandlingstvilkårets positive side - forutsetter at pasienten uten tvungent psykisk helsevern vil få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert.

Begrepet "vesentlig bedring" må forstås slik at det kreves at pasientens tilstand vil bli merkbart bedre. Med "i betydelig grad redusert" menes det at må dreie seg om en reduksjon i utsiktene som vil få store og merkbare konsekvenser for pasienten.

Ved vurderingen av om behandlingstvilkårets positive side er oppfylt, vil vurderingstemaet være hvordan pasientens sinnstilstand vil utvikle seg dersom vedkommende kommer under tvungent psykisk helsevern, sammenlignet med hvordan utviklingen vil bli uten slikt vern. Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at pasienten klart forventes å bli langt bedre med tvungen psykiatrisk behandling enn uten.

Rettssikkerhetsmessige hensyn tilsier at den aktuelle helbredelse eller bedring må oppstå i forholdsvis nær fremtid for at vilkåret skal være oppfylt, men det er ikke oppstilt et tidskrav her på samme måte som for behandlingstvilkårets negative side, se nedenfor.

Det andre alternativet - behandlingstvilkårets negative side - forutsetter at det vurderes å være stor sannsynlighet for at pasienten uten tvungent vern i meget nær fremtid vil få sin tilstand vesentlig forverret. Dette er et strengt vilkår. Bruk av tvang overfor pasienter som er godt eller optimalt behandlet vurderes å være et svært inngripende tiltak og skal kun benyttes innenfor snevre rammer. Vilkåret vil vanligvis være mest aktuelt etter at pasienten har vært under tvungent psykisk helsevern en stund (som grunnlag for å opprettholde vernet).

Også ved vurderingen av om dette vilkåret er oppfylt, må det foretas en sammenligning av pasientens prognose med og uten tvungent psykisk helsevern.

Kravet om "stor sannsynlighet" innebærer at det kreves mer enn vanlig sannsynlighetsovervekt for vesentlig forverring innenfor lovens tidsperspektiv.

Kravet om at pasienten må få sin tilstand "vesentlig forverret" innebærer at pasienten uten tvungent psykisk helsevern må bli merkbart verre, og at dette derfor vil få store konsekvenser for vedkommende.

Når det gjelder kravet om at forverringen må skje i løpet av "meget nær fremtid", er det i lovens forarbeider antydning en grense på to måneder frem i tid. Dette er blitt modifisert gjennom rettspraksis, men samtidig har Høyesterett uttalt at seks måneder vil være for lang tid i forhold til lovens krav (Rt. 2001 s. 752).

Høyesterett har i to dommer der pasienten fikk antipsykotika i **depotform**, lagt til grunn at forverring innen tre til fire måneder oppfylte tidskravet (Rt. 2014 s.801 og HR-2016-1286-A). Dommene likestiller første- og andregenerasjons antipsykotika i depotform, selv om andregenerasjon har noe lenger virketid. Høyesterett utelukker ikke en ytterligere utstrekking av grensen avhengig av virketiden for legemidlet og det individuelle reaksjonsmønsteret for den enkelte pasient, men uttaler samtidig at grensen på tre til fire måneder bør gjelde hovedtyngden av pasienter med depotmedikasjon og utstrekking kan bare skje i mer spesielle tilfeller. Noe vesentlig ut over tre til fire måneder kan det ikke være tale om når hensyn tas til den relativt snevre rammen som følger av lovens ordlyd (Rt. 2014 s. 801).

Ved behandling med antipsykotika i **tablettform** er virketiden for legemiddelet kortere, og det må da også legges til grunn en kortere tidsfrist for forverring. En tidsramme på inntil to til tre måneder er i samsvar med lagmannsrettspraksis (LF-2015-035392 og LG-2015-129513). Det må foretas en sammensatt, faglig vurdering av tilfeller hvor tabletter benyttes, hvor det er tatt hensyn til individuelle forskjeller, virketid for tabletter og betydningen av andre tiltak.

Utgangspunktet for beregningen av hvor lang tid forverringen tar, er tidspunktet da vurderingen foretas, for eksempel ved etablering av tvungent vern eller ved vurdering av om slikt vern skal opprettholdes. Utgangspunktet er altså **ikke** det tidspunktet det antas at pasienten vil slutte å ta antipsykotika

Innimellom kan det godtgjøres at pasienten vil fortsette behandlingen frivillig en tid, men senere seponere tablettene eller unndra seg depot mot helsefaglige råd. Her må det vurderes konkret hvor lang tid det vil gå før en vesentlig forverring inntreffer. Legges det til grunn at det vil gå særlig mer enn henholdsvis to-tre måneder (tablettmedikasjon) eller tre-fire måneder (depotmedikasjon) før en vesentlig forverring inntreffer, inkludert den tiden pasienten frivillig tar tabletter eller får depotmedikasjon, vil tidskravet ikke være oppfylt. Dette kan i praksis bety at dersom en pasient er villig til å ta én depotsprøyte frivillig etter opphør av tvungent vern, vil tidskravet ikke være oppfylt.

I tilfeller der behandlingsvilkårets negative side er det eneste aktuelle tilleggsvilkåret, vil helhetsvurderingen komme sterkt inn. Se nr. 7 nedenfor. Faglig ansvarlig og kontrollkommisjonen må ved vurderingen av disse pasientene dessuten være særskilt oppmerksomme på at de, som følge av den behandlingen de har fått, kan ha gjenvunnet samtykkekompetansen, og derfor ikke oppfyller vilkåret for tvungent vern i [§ 3-3 nr. 4](#) (manglende samtykkekompetanse). Se nærmere under kommentarene til [§ 2-1](#).

Nr. 3 bokstav b – Farevilkåret (farevurderinger)

Også farevilkåret har to alternativer. Pasienten må utgjøre en nærliggende og alvorlig fare enten for **eget eller for andres liv eller helse**.

Oppfyllelse av vilkåret forutsetter at det vurderes å være årsakssammenheng mellom pasientens sinnslidelse og faremomentet. Et eksempel på manglende årsakssammenheng kan være en pasient med selvmordsrisiko, der risikoen knytter seg til langt fremskreden somatisk lidelse og ikke har sammenheng med sinnslidelsen.

Som ved behandlingsvilkåret, må det også ved vurderingen av om farevilkåret er oppfylt, foretas en sammenligning av pasientens sinnstilstand med og uten tvungent psykisk helsevern. Farevilkåret kan være oppfylt selv om pasienten som er under tvungent psykisk helsevern, er så godt behandlet at vedkommende under disse forholdene ikke anses å utgjøre en fare. Det sentrale er om vedkommende **uten** tvungent psykisk helsevern vil utgjøre en fare.

I en dom fra Høyesterett ([HR-2020-1167-A](#)), som gjaldt en pasient med spiseforstyrrelser, ble det lagt til grunn at "fare for eget liv" ikke er begrenset til å gjelde fare for selvmord, men at det også omfatter tilfeller der det foreligger en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv uten at dette er knyttet til selvmordsfare.

Med «fare for liv» menes for eksempel fare for suicid, fare for død som konsekvens av alvorlig spiseforstyrrelser eller livstruende atferd. Med fare for andres liv menes for eksempel livstruende voldshandlinger eller annen atferd som kan true andres liv.

Med «fare for helse» menes i **utgangspunktet** både fare for fysisk og psykisk helse, men ved fare for pasientens **egen** psykiske helse vil man benytte behandlingsvilkåret som tilleggsvilkår. Fare for psykisk helse hos **andre** vil kunne være fare for psykiske reaksjoner som følge av trusler, stalking og lignende. Det vil også kunne gjelde psykisk overlast hos barn som følge av foreldres handlemåter i psykotisk tilstand. Der barn og unge er berørt vil et skadepotensial lettere kunne foreligge enn der voksne utsettes for fare. Se [HR-2023-2018-A](#). Se [Helsedirektoratets brev av 30. juni 2021 \(jnr. 21/24126\)](#). Skaden skal være mer enn bagatellmessig. Fare for egen fysiske helse omfatter ikke bare selvskading, men også fare for at vedkommende forekommer eller lider overlast på en slik måte at det foreligger nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse.

Fare for ødeleggelse av materielle verdier omfattes ikke av farevilkåret.

Faren må for det første vurderes som «alvorlig». Dette vil si at den må innebære et kvalifisert skadepotensiale.

For det andre må faren vurderes som «nærliggende». Dette innebærer i henhold til rettspraksis at den må vurderes som reell, konkretiserbar og påregnelig. Dette betyr at faren må ha vist seg tidligere eller være dokumenterbar på annen måte. Ved vurderingen vil det blant annet være naturlig å se hen til eventuelle tidligere episoder med selvskading, vold eller trusler, og hvordan pasienten forholder seg til slike handlinger på vurderingstidspunktet.

Det følger av rettspraksis at det ikke kreves at faren vil oppstå innen en klart begrenset tidshorisont (Rt. 2001 s. 1481). Tidsmomentet er likevel relevant ved vurderingen av den konkrete påregneligheten for at kvalifiserte faresituasjoner vil oppstå. Desto lenger frem i tid, desto mindre blir påregneligheten for at faren vil materialisere seg.

God dokumentasjon knyttet til fare er viktig.

Når det gjelder vurderingen av selvmordsrisiko, vises det til Nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Faglig ansvarlig må være oppmerksom på at spesielt mer kronisk selvmordsfare kan være vanskelig å bedømme, og det foreligger en risiko for at pasienter holdes tilbake på tvang i lengre tid enn det rettslig sett er grunnlag for.

Dersom det foreligger opplysninger som tilsier at pasienten kan utgjøre en fare for andres liv og helse, er det viktig at det gjøres systematiske voldsrisikovurderinger, for eksempel ved hjelp av verktøy som HCR-20 eller V-risk. Det vises til [faglige råd om voldsrisikovurdering ved alvorlige psykiske lidelser \(Helsedirektoratet 2018\)](#).

Begrunnelse og dokumentasjon for fare kan være mangelfull. Erfaringsmessig gjelder det særlig for voldshistorikk utenfor institusjon. Dette svekker pasientens rettsikkerhet. Samtidig er det en trussel for samfunnsvernet dersom pasienter feilaktig vurderes til **ikke** å utgjøre en fare fordi relevant dokumentasjon mangler.

Betydningen av tilstrekkelige farevurderinger blir satt på spissen med innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern fra 1. september 2017 ([se § 3-3 nr. 4](#)). En kan anta at faglig ansvarlig, kontrollkommisjonene og domstolene frem til nå har unnlatt å vurdere farevilkåret eller lagt mindre vekt på dette vilkåret, dersom fare har vært mangelfullt dokumentert og pasienten uansett har oppfylt behandlingsvilkåret. Samtykkekompetente pasienter vil etter lovendringen ikke kunne holdes tilbake i tvungent vern med grunnlag i behandlingsvilkåret, og det blir derfor avgjørende med tilstrekkelig dokumentasjon og vurdering av fare dersom det foreligger opplysninger om at farevilkåret kan være oppfylt.

Dersom det foreligger opplysninger om at pasienten utgjør en fare, men opplysningene er usikre eller ikke i tilstrekkelig grad belyser hvorvidt pasienten utgjør en "nærliggende og alvorlig fare", må faglig ansvarlig innhente ytterligere opplysninger. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, offentlige myndigheter og pårørende kan ha informasjon om farepotensialet.

Se mer om helsepersonells adgang til å utveksle pasientopplysninger med nærmeste pårørende, helsepersonell politi og andre offentlige instanser under kommentarene til [§ 3-3 a første ledd](#).

Nr. 4 - Pasienten mangler samtykkekompetanse

Etter lovendringer i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017 er det som utgangspunkt et vilkår for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern at pasienten mangler samtykkekompetanse. Det betyr at pasienter som har samtykkekompetanse, kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Og pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, får rett til å avslutte behandlingen. Denne retten gjelder selv om pasienten har en alvorlig sinnslidelse og helsepersonellet mener at pasienten trenger

behandling, og selv om konsekvensene er at pasienten igjen blir så dårlig at vilkårene for etablering av tvang på nytt kan bli oppfylt.

Se nærmere om vurdering av samtykkekompetanse under kommentarene til [§ 2-1](#).

I **nr. 4 annet punktum** gjøres unntak fra vilkåret om samtykkekompetanse dersom pasienten er til nærliggende og alvorlig **fare for andres liv eller helse**. Unntaket er begrunnet i samfunnsvernet. Hensynet til pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett må her vike for hensynet til andre mennesker. Se nærmere om farevurderingen under nr. 3 bokstav b ovenfor.

Videre gjøres det unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse, der det er **fare for pasientens eget liv**, som ved alvorlig selvmordsforsøk eller nærliggende og alvorlig selvmordsrisiko. Dette unntaket er motivert av sterke etiske hensyn og menneskerettslige forpliktelser knyttet til å redde liv. Det er de samme hensynene som kommer til uttrykk i helsepersonells plikt til å gi øyeblikkelig hjelp ved akutt selvmordsfare, jf. [helsepersonelloven § 7](#).

Den naturlige forståelsen av lovens ordlyd "fare for eget liv" er at unntaket omfatter enhver fare for pasientens liv som er tilstrekkelig nærliggende og alvorlig, uansett hva faren består i. Forarbeidene nevner imidlertid kun selvmord. I en dom fra Høyesterett ([HR-2020-1167-A](#)), som gjaldt en pasient med spiseforstyrrelser, ble det drøftet om bestemmelsen skulle tolkes innskrenkende til kun å omfatte fare for selvmord, men flertallet mente det ikke var grunnlag for en slik fortolkning. Det innebærer at unntaket "fare for eget liv" ikke er begrenset til å gjelde fare for selvmord, men at det også omfatter tilfeller der det foreligger en nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv uten at dette er knyttet til selvmordsfare.

Det er **ikke** gjort unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved **fare for pasientens egen helse**. I slike situasjoner må pasienten mangle samtykkekompetanse for å kunne underlegges tvungent vern. Pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett går altså foran hensynet til pasientens helse. Dette er i tråd med det alminnelige utgangspunktet i helseretten, og tilsvarer en samtykkekompetent persons rett til å avslå somatisk behandling selv om konsekvensene er svært alvorlige, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1](#). Regelen baserer seg på en antakelse om at samtykkekompetente personer som hovedregel vil ta hensiktsmessige valg for å ivareta og optimalisere egen helse. Regelen respekterer pasientens rett til å gjøre andre vurderinger enn helsepersonell av hva som er hensiktsmessig, og å legge større vekt på andre hensyn enn ivaretagelse og optimalisering av helsen.

I praksis innebærer dette for eksempel at en person med «alvorlig sinnslidelse», som er samtykkekompetent og driver selvskading uten å være til fare for eget liv, ikke kan holdes tilbake i tvungent vern. Tilsvarende vil gjelde for en alvorlig sinnslidende, men samtykkekompetent person, som vil seponere foreskrevne antipsykotika og derved får et gradvis funksjonsfall som gjør at vedkommende ikke klarer å ivareta sin egen helse – uten at dette er til fare for eget liv. Pasienten kan for eksempel mangle evne til å ivareta hygiene og næringsinntak, uten at dette er livsviktig og/eller følger opp somatiske lidelser som ikke er livstruende.

Når unntaket i nr. 4 annet punktum ikke omfatter fare for pasientens egen helse, innebærer det at man ikke kan iverksette tvangsinngrep med hjemmel i øyeblikkelig hjelp-bestemmelsen med den begrunnelse at det foreligger fare for pasientens helse. [Helsepersonelloven § 7](#) pålegger helsepersonell en hjelpeplikt når det «er påtrengende nødvendig». Intensjonene med denne bestemmelsen støtter at det bør gjelde visse unntak når det gjelder å respektere pasientens beslutning om å nekte å ta imot helsehjelp. Bestemmelsen (helsepersonelloven § 7) skal imidlertid ikke tolkes slik at den gir en videre hjemmel til å bruke tvang ved behandling av psykiske lidelser enn det som følger av psykisk helsevernloven ([Prop. 147 L \(2015-16\) side 24](#)).

Nr. 5 – Institusjonens egnethet

Institusjonen der det tvungne vernet skal etableres (eller opprettholdes), må være godkjent i henhold til [§ 3-5](#). Slik godkjenning forutsetter blant annet at institusjonen oppfyller generelle krav til bemanning og fysisk utforming.

For å beskytte den enkelte pasient mot ren frihetsberøvelse og rene kontrolltiltak uten faglig innhold, er det i tillegg fastsatt et krav om at institusjonen må være faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Det skal således foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et egnet tilbud ved institusjonen. Bestemmelsen gjelder uavhengig av om det aktuelle vedtaket dreier seg om tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold.

Kravet til faglighet innebærer at det i tillegg til kompetent behandlings- og pleiepersonell, må være tilgang til personellressurser som er gode nok til å gi pasienten tilfredsstillende behandling, omsorg, samt et tilfredsstillende aktivitetstilbud.

I vurderingen må det tas utgangspunkt i den enkelte pasients (behandlings)behov. Pasientsammensetningen ved den aktuelle institusjon vil da være sentral, for eksempel i forhold til kjønn, alder, rusproblematikk og grad av utagering. En ung jente bør for eksempel ikke plasseres på en avdeling med bare menn. Er pasienten ung, vil mulighet for skole, nettverk og aktiviteter også stå sentralt. En avdeling kan altså være egnet for én pasient, men ikke for en annen, avhengig av hvilke behov pasientene har.

En beslektet problemstilling er om barn under 18 år kan innlegges i voksenpsykiatrien. Det finnes ikke noe lovverk som regulerer dette konkret. Kompetansen hos BUP er særskilt rettet mot barn og unge. BUP vil derfor som utgangspunkt best kunne ivareta denne pasientgruppens behov i psykiatrien. Se også [FNs konvensjon om barnets rettigheter artikkel 37 bokstav c](#) som gir et særskilt vern til barn og unge som frihetsberøves.

Det følger av [prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne](#) at: "Det bør være smidige overganger mellom psykisk helsevern for barn og unge og for voksne. Ungdom med mistanke om alvorlig psykisk lidelse (for eksempel psykose eller bipolar lidelse) bør kunne tas inn i psykisk helsevern for voksne noe tidligere enn ved fylte 18 år dersom det forventes et lengre pasientforløp. Tilsvarende bør ungdom som har et etablert behandlingsforløp i psykisk helsevern for barn og unge i større grad enn i dag tilbys kontinuitet utover fylte 18 år.". Se også [Helsedirektoratets brev av 28. november 2022 \(jnr.22/50362\)](#).

Institusjonen må være innrettet, utstyrmessig og på annen måte, slik at den utgjør et egnet sted for å gi pasienten den hjelpen vedkommende trenger. Det gjelder for eksempel møblement, baderom, innredning og sikkerhetsnivå ved institusjonen.

Kravet om at institusjonen skal egne seg faglig og materielt for den enkelte pasient er absolutt. Konsekvensen av manglende oppfyllelse blir at tvungent vern ikke kan etableres ved institusjonen eller eventuelt må opphøre. Alternativt kan tvungent vern etableres ved en institusjon som oppfyller kravet, eller pasienten kan overføres til slik institusjon ([§ 4-10](#)). Ved overføring kan pasienten holdes tilbake ved institusjonen i en kort periode i påvente av plass ved egnet institusjon.

Nr. 6 – Pasientens rett til å uttale seg

Bestemmelsen tydeliggjør at pasienten skal få anledning til å uttale seg før vedtak blir truffet. I bestemmelsen vises til [§ 3-9](#), hvor det fremkommer at også nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, skal få anledning til å uttale seg før vedtak treffes. Opplysningene skal nedtegnes og vektlegges i forbindelse med vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Nr. 7 – Helhetsvurderingen

Etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal bygge på en helhetsvurdering. Selv om lovens øvrige vilkår er oppfylt skal det foretas en hensiktsmessighets- og rimelighetsvurdering, der det blant annet skal legges særlig vekt på hvilken belastning inngrepet medfører for pasienten og hvilken betydning det har for hans eller hennes livssituasjon. Høyesterett har uttalt at vurderingen av hva som er best for pasienten i utgangspunktet skal være objektiv (Rt. 2001 s.752).

Der tvangen er etablert eller opprettholdt for å kunne tvangsbehandle med legemidler, vil det blant annet være relevant å se hen til legemiddelets effekter og bivirkning, og om legemiddelets virkning klart oppveier bivirkningene. Andre momenter kan være:

- Pasientens motstand mot behandlingen. Dersom pasientens yter stor verbal og fysisk motstand, kan det være at den positive effekten ikke står i forhold til tvangsbruken som må utøves.
- Betydningen for behandlingsalliansen. Hvordan vil den samlede tvangsbruken forventes å påvirke pasienten og samarbeidet fremover?
- Hvor omfattende funksjonsnedsettelse for eksempel psykosen eller manien medfører. Noen ønsker og har erfaring med å komme gjennom maniske eller psykotiske faser uten legemidler. Her må eventuelle forhåndsreklæringer og pasientens syn når vedkommende er symptomfri og samtykkekompetent tas i betraktning.
- Opplysninger om ulike oppfatninger i behandlergruppen rundt pasienten bør også trekkes inn. Uenigheter kan tale for større tilbakeholdenhet med tvangsbruk.
- Hvor lenge vedkommende har blitt behandlet uten eget samtykke. Er pasienten optimalt behandlet, slik at det kun dreier seg om vedlikeholdsbehandling, bør vedkommende på et tidspunkt «få prøve seg» uten legemidler. Dette også for å prøve hvorvidt behandlingen kan baseres på frivillighet

Helhetsvurderingen vil være spesielt sentral i tilfeller der kun behandlingstilvilkårets negative side er aktuelt som tilleggsvilkår (nr. 3 bokstav a siste alternativ). Det vises til at lovgiver i forarbeidene til dette tilleggsvilkåret har uttalt at: «Tvungent psykisk helsevern er et så inngripende tiltak at dette ikke bør brukes mot noen bedrefungerende over lengre perioder uten at de får prøve seg for å se hvordan det går.» ([Ot.prp. nr. 11 \(1998-99\) side 80](#)). Tidsaspektet (tvangens varighet) er derfor av betydning der pasienten har gjenvunnet funksjonsevnen. I mange tilfeller vil bedre funksjonsevne også innebære at pasienten har gjenvunnet samtykkekompetansen, og vilkårene for bruk av tvang vil da ikke lenger være tilstede. Men dette vil ikke alltid være tilfelle; til tross for at tilnærmet optimal bedring er oppnådd, kan det fortsatt være slike brister i pasientens forståelse og resonnement at vedkommende ikke kan sies å være samtykkekompetent i forhold til tvangsvernet. Den økte vektleggingen av pasientautonomi i menneskerettigheter og nasjonalt lovverk, tilsier imidlertid at man også i slike situasjoner bør legge betydelig vekt på pasientens holdninger og ønsker i helhetsvurderingen, herunder kunnskap om pasientens holdninger til tvang i samtykkekompetente perioder.

I tilfeller der pasienten vurderes å utgjøre en fare for andres liv eller helse, skal det også foretas en helhetsvurdering, men hensynet til hva som isolert sett er den beste løsningen for pasienten skal tillegges mindre vekt.

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

Lovtekst

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

Den faglig ansvarlige treffer vedtak etter §§ 3-2 og 3-3 på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen undersøkelse av pasienten. Vedtaket skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter at pasienten er kommet til institusjonen. Vedtaket skal straks nedtegnes. I vedtaket skal det opplyses om:

1. hvordan vilkårene for vedtaket, jf. §§ 3-2 og 3-3, er vurdert,
2. vedtaket innebærer en overføring fra frivillig vern, jf. § 3-4,
3. hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet 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.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-3a

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Paragrafen stiller krav til saksbehandling og utforming av alle vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. De materielle vilkårene går fram av §§ 3-2 og 3-3.

Første ledd: Vedtak om å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, eller vedtak om ikke å etablere tvungent psykisk helsevern, treffes av faglig ansvarlig (§ 1-4). Faglig ansvarlig må foreta en vurdering av om vilkårene i §§ 3-2 første ledd nr. 1-7 og 3-3 nr. 1-7 er oppfylt eller ikke.

Grunnlaget for vurderingen vil være foreliggende opplysninger, som legeopplysninger som er fremlagt etter § 3-1, eventuelle uttalelser fra pasienten, vedkommendes nærmeste pårørende og eventuelt begjærende instans (§ 3-6). Ved vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern må det også ses hen til opplysninger fra eventuell forutgående periode med tvungen observasjon.

Faglig ansvarlig skal personlig undersøke pasienten. Dersom faglig ansvarlig er psykolog, må pasienten i tillegg undersøkes av en lege ved institusjonen (§§ 3-2 første ledd nr. 2 og 3-3 nr. 2).

Særlig om innhenting av opplysninger fra andre

På tross av egen undersøkelse og foreliggende opplysninger, som for eksempel journalopplysninger og informasjon fra nærmeste pårørende, jf. § 3-9, kan grunnlaget for å vurdere om vilkårene for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i enkelte tilfeller være utilstrekkelig. Da kan det være nødvendig å innhente ytterligere opplysninger.

En viktig kilde til informasjon er pårørende, som kan opplyse om pasientens tilstand uten medikasjon, pasientens syn på tvang og medikasjon i friske perioder og om pasienten utgjør en fare. En annen kilde til informasjon er andre deler av psykiske helsevern og den kommunale helsetjenesten, herunder fastlege og psykisk helsetjeneste i kommunen. For eksempel vil epikriser fra tidligere behandling i psykisk helsevern ofte være av betydning for en god vurdering av om vilkårene for tvungent vern er oppfylt. Videre vil politi eller andre offentlige instanser kunne være kilder til informasjon.

Helsepersonells taushetsplikt hindrer i utgangspunktet den faglig ansvarlig i å opplyse om at pasienten er innlagt til tvungent vern. Dette vil imidlertid ofte være en forutsetning for at den faglig ansvarlige kan få utlevert relevante og nødvendige opplysninger om pasienten fra kildene nevnt ovenfor.

Det finnes imidlertid flere unntak fra taushetsplikten, som kan gi adgang til å gi opplysninger om pasienten uavhengig av taushetsplikten:

Et viktig utgangspunkt er at den faglig ansvarlige kan utveksle informasjon med enhver som pasienten selv gir den faglig ansvarlige samtykke til å utveksle informasjon med, jf. [helsepersonelloven § 22](#). Dersom pasienten selv ikke er i stand til å samtykke, kan samtykke gis av nærmeste pårørende, jf. helsepersonelloven § 22 tredje ledd.

Nærmeste pårørende har blant annet rett til informasjon om at det vurderes å treffe vedtak om tvungen observasjon og tvungent vern, jf. § 3-9, og faglig ansvarlig vil derfor ikke røpe taushetsbelagte opplysninger dersom vedkommende kontakter nærmeste pårørende for å innhente opplysninger om pasienten. Det samme gjelder for offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, dvs. instans som har tatt initiativ til tvungen observasjon eller tvungent vern, jf. § 3-9. Dette vil for eksempel kunne være politiet.

Taushetsplikten er heller ikke til hinder for at faglig ansvarlig kontakter noen som allerede av andre grunner er kjent med at pasienten er underlagt tvungen observasjon eller tvungent vern, jf. [helsepersonelloven § 23 nr.1](#). Det vil typisk være aktuelt i forhold til politiet når pasienten blir brakt til legevakst eller institusjon av politiet selv.

Videre kan det, uavhengig av taushetsplikten, utveksles informasjon med annet helsepersonell som samarbeider om behandlingen av pasienten eller tidligere har behandlet pasienten, herunder aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som fastlege og den psykiske helsetjenesten i kommunen, jf. [helsepersonelloven §§ 25, 45](#) og [45a](#). En nærmere omtale av helsepersonells adgang til å utveksle journaler og epikriser på tvers av tjenestenivå og institusjoner, herunder i tilfeller der pasienten motsetter seg dette, finnes i Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven, se under [§§ 45](#) og [45a](#).

I visse tilfeller kan også bestemmelsen i [helsepersonelloven § 23 nr. 4](#) gi helsepersonell adgang til å gi opplysninger om pasienten til andre. Vilkåret er at tungtveiende offentlige eller private interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre. Vilkårene er strenge, jf. begrepet «tungtveiende interesser». Hensynene som taler for å utlevere opplysningene må være vesentlig tyngre enn hensynene til å bevare taushet om dem. Utlevering av opplysningene skal motvirke fare for skader av et visst omfang. Unntaket omfatter i hovedsak truende farer eller situasjoner der det er fare for en alvorlig skadevoldende handling - i utgangspunktet fare for menneskeliv og helse. Unntaket vil derfor være mest aktuelt å vurdere i situasjoner der man skal gjøre risikovurderinger av en pasient og/eller vurdere om farevilkåret i lovens [§ 3-3 bokstav b\)](#) er oppfylt. Det understrekes at innhenting av politiopplysninger ikke kan gjøres rutinemessig.

Den faglig ansvarlige kan for eksempel ha opplysninger fra journal, pårørende og helsepersonell som indikerer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse, men opplysningene kan fremstå motstridende eller de lar seg ikke dokumentere eller verifisere i tilstrekkelig grad til å foreta en forsvarlig farevurdering. Det kan etter en konkret vurdering være rettmessig av faglig ansvarlig å kontakte for eksempel politiet for å få avklart forholdet tilstrekkelig. Ikke enhver opplysning åpner for at politiet kan kontaktes. Opplysningene må gi grunn til å tro at det kan være en «nærliggende og alvorlig fare» for at unntaket i bestemmelsen kan brukes.

Helsepersonellet skal ikke utlevere flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet, og som regel vil det være tilstrekkelig å opplyse om at pasienten er under tvungent psykisk helsevern, samt indikere type opplysninger man ønsker utlevert og til hvilket formål.

Instanser det kan være aktuelt å kontakte, kan for eksempel være politi eller barnevern. Det må imidlertid gjøres en konkret vurdering i den enkelte sak av om det er grunn til å tro at de kan besitte relevante eller avgjørende opplysninger. Politiet vil for eksempel kunne bistå med informasjon om dommer og opplysninger fra straffe- og bøteregisteret som viser om pasienten tidligere har vært siktet eller dømt og i så fall for hva, anmeldte forhold som er henlagt på grunn av pasientens psykiske tilstand, prejudisielle eller rettspsykiatrisk erklæringer og ilagte besøksforbud. Det er først og fremst handlinger som har eller kunne ha påført andre mennesker skader som vil være av betydning (vold, trusler, brannstiftelser og lignende), selv om også annen kriminalitet etter forholdene kan være relevant for en farevurdering.

Instansene må på grunnlag av henvendelsen fra faglig ansvarlig, selv vurdere om de har tilstrekkelig informasjon og hjemmelsgrunnlag til å utlevere etterspurte opplysninger til den faglig ansvarlige. Politi og barneverntjenesten reguleres av taushetspliktbestemmelsene i [forvaltningsloven §§ 13-13 f](#) samt særlovgivning for den aktuelle instansen.

Annet ledd bestemmer at vedtaket skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter pasientens ankomst til institusjonen. Fristen er absolutt og gjelder uavhengig av helligdager og lignende. Fristen avbrytes ikke av at pasienten overføres mellom avdelinger/ institusjoner i denne perioden. Det skal også treffes vedtak om **ikke** å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Vedtaket skal straks nedtegnes.

Tredje ledd stiller nærmere krav til begrunnelsen av vedtaket. Begrunnelsesplikten er en tydeliggjøring av krav som allerede følger av [forvaltningsloven § 25](#) og alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper. Begrunnelsen skal bidra til å dokumentere at lovens krav er oppfylt og gi dem som kravene retter seg mot, en forklaring på vedtaket. Begrunnelsen kan styrke forståelsen for vedtaket og vil være grunnlaget for å klage.

I **tredje ledd nr. 1** oppstilles krav om at faglig ansvarliges vurdering av vilkårene i §§ [3-2 første ledd nr. 1-7](#) og [3-3 nr. 1-7](#) skal fremgå av vedtaket.

I **tredje ledd nr. 2** kreves at det opplyses om pasienten er overført fra frivillig vern, jf. [§ 3-4](#). Det er som utgangspunkt ikke tillatt å overføre en pasient fra frivillig til tvungent vern. Det er gjort unntak fra dette dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Vedtaket må begrunne hvorfor faglig ansvarlig finner at vilkårene for å benytte unntaket er oppfylt.

Tredje ledd nr. 3 krever en redegjørelse for hvordan fordelene og ulempene ved tvangsinngrepet, herunder forventet behandlingsmessig effekt og risiko for varig skade som følge av inngrepet, er vurdert. Denne redegjørelsen kan inngå i helhetsvurderingen som skal gjøres etter [§§ 3-2 nr. 7](#) og [3-3 nr. 7](#), og som også skal nedfelles i vedtaket. Se kommentarene til nr. 1 ovenfor.

Tredje ledd nr. 4 krever at det opplyses om pasientens holdning til og erfaring med bruk av tvang. Det må foretas en konkret vurdering av all informasjon om hvordan pasienten stiller seg til bruk av tvang. Det bør i en slik vurdering blant annet legges vekt på hvor klare de negative holdningene er, hvor faste de er over tid, hvor

nært i tid de ligger og hvor dekkende de er for den aktuelle beslutningen. Denne vurderingen må fremgå av vedtaket

Tredje ledd nr. 5 krever at vedtaket redegjør for pasientens syn på frivillige tiltak. Her må det redegjøres for hvilke tiltak som er foreslått og pasientens syn på disse.

Det fremgår av **fjerde ledd** at vedtak om etablering eller vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan påklages til kontrollkommisjonen. Klageberettiget er pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)) Hvem som regnes som nærmeste pårørende er omtalt i [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#). I tillegg har eventuell offentlig myndighet som har fremsatt begjæring om tvungent psykisk helsevern ([§ 3-6](#)), klagerett.

For mer informasjon om nærmeste pårørendes og offentlig myndighets rett til informasjon om vedtaket, se kommentarer til [psykisk helsevernforskriften § 10](#).

Dersom kontrollkommisjonen ved klage på vedtak om **ikke** å etablere tvungent psykisk helsevern, finner at vilkårene er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til faglig ansvarlig for ny vurdering ([forvaltningsloven § 34 siste ledd](#)). Kontrollkommisjonen bør vise varsomhet med å endre institusjonens/faglig ansvarliges vedtak om ikke å etablere tvungent psykisk helsevern, da dette pålegger institusjonen/faglig ansvarlig å gjennomføre et tvangsvedtak som institusjonen/faglig ansvarlig ikke selv finner at det er grunnlag for.

Klagebehandlingen omfattes av forvaltningsloven. Dette innebærer blant annet at klagefristen som utgangspunkt er tre uker ([forvaltningsloven § 29](#)).

Fjerde ledd annet punktum gir pasienten utvidet frist til å klage på vedtak om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Pasienten kan påklage slikt vedtak inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel ([§ 1-7](#)).

I **femte ledd** er det tatt inn en hjemmel for Kongen i statsråd til å gi forskrifter om vedtak og klage etter [§ 3-3 a](#). Dette gir hjemmel for å stille ytterligere krav om vedtak og klage enn det som følger av lovbestemmelsen, herunder hjemmel for å videreføre dagens regler om dette i psykisk helsevernforskriften.

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

Lovtekst

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

Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, kan ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår. Forbudet i første ledd gjelder likevel ikke hvor utskrivning innebærer at pasienten

utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. I forbindelse med kontroll etter [§ 3-8](#) første ledd skal kontrollkommisjonen ved skriftlig redegjørelse gjøres særskilt oppmerksom på at det er truffet en beslutning om overføring.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-4

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd fastsetter et forbud mot direkte overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern eller til tvungen observasjon (konvertering av rettslig status). Konverteringsforbudet gjelder både pasienter som er innlagt ved en institusjon og pasienter som følges opp poliklinisk. Konverteringsforbudet gjelder også når tilstanden til en pasient som er under frivillig behandling blir forverret, og pasienten som følge av dette mister samtykkekompetansen i relasjon til helsehjelpen. Pasienten kan da ikke lenger samtykke til hjelpen, og frivillig behandling er ikke lenger aktuelt. Etablering av tvungent vern må da vurderes.

Konverteringsforbudet er begrunnet i hensynet til at pasienter ikke skal unnlate å oppsøke behandling i det psykiske helsevernet av frykt for å bli tvangsinnlagt.

Konverteringsforbudet innebærer ikke et forbud mot at en pasient som er under frivillig vern senere kan underlegges tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, men det setter krav til måten dette gjøres på. Som hovedregel kan det ikke iverksettes en prosess for etablering av tvungent vern, herunder forutgående legeundersøkelse i henhold til [§§ 3-2 første ledd nr. 2, 3-3 nr. 2](#) og [3-1](#), før det frivillige vernet er opphevet i form av en utskrivelse som innebærer en realitet for pasienten.

Pasienter som er frivillig innlagt ved institusjon

For en pasient som er innlagt ved institusjon innebærer kravet til realitet at vedkommende må få anledning til å forlate institusjonen. Institusjonen plikter i denne sammenheng å sikre at pasienten får forsvarlig oppfølging fra andre instanser i helsetjenesten ([spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#)).

En utskrivelse kan vanskelig vurderes som reell dersom pasienten hentes tilbake rett utenfor institusjonen, et par kvartaler unna eller lignende, eller dersom pasienten blir transportert direkte til legevakt for legeundersøkelse ([§ 3-1](#)) og deretter tilbake til institusjonen.

Dersom pasienten velger å forlate institusjonen, må det imidlertid vurderes å iverksette relativt raske tiltak for å få etablert tvungent psykisk helsevern, for eksempel kontakte kommunelegen for å få et vedtak om tvungen legeundersøkelse ([§ 3-1 annet ledd](#)).

I tilfeller der pasienten motsetter seg behandling, men likevel ønsker å oppholde seg ved institusjonen, er det tilstrekkelig at pasienten informeres om sin rett til å forlate institusjonen og gis rimelig tid til å overveie dette.

Innsatte som er overført fra varetekt eller soning i fengsel til frivillig innleggelse, kan under innleggelsen forverres slik at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er aktuelt. I slike tilfeller gjelder i prinsippet konverteringsforbudet. Da pasienten uansett er frihetsberøvet, vil det ikke ha noen rettssikkerhetsmessig betydning for pasienten å bli sendt tilbake til fengsel for å bli fremstilt for lege, for så å bli returnert til psykisk helseverninstitusjonen. Kravet om en ekstern/uavhengig legeundersøkelse gjelder likevel, se kommentarene til [§ 3-3 nr. 2](#) om kravet til ekstern legeundersøkelse.

Pasienter som mottar frivillig poliklinisk behandling

For at en pasient som mottar frivillig poliklinisk behandling kan sies å være under psykisk helsevern, og således omfattes av konverteringsforbudet, må det foreligge et behandlingsopplegg av et visst omfang. Dette må vurderes konkret i det enkelte tilfellet, og ved vurderingen må det ses hen til hvordan behandlingen er lagt opp, hvilken oppfølging pasienten får, regelmessigheten og så videre. For eksempel vil pasienter som kun har hatt sporadiske samtaler ved en poliklinikk, ikke omfattes av forbudet.

Dersom pasientens behandler under en konsultasjon ser at det vil være aktuelt å etablere tvungent vern, må pasienten informeres om dette og gis mulighet til å forlate poliklinikken (unntak ved fare, se bestemmelsens annet ledd). Dersom pasienten da forlater poliklinikken, må det vurderes å iverksette relativt raske tiltak for å få etablert tvungent psykisk helsevern, for eksempel kontakte kommunelegen for å få et vedtak om tvungen legeundersøkelse (§ [3-1 annet ledd](#)).

Konverteringsforbudet er ikke til hinder for at lege ved poliklinikken eller DPS kan være innleggende lege, så lenge kravene i § [3-1](#) for øvrig er oppfylt og legen er «uavhengig» av institusjonen hvor tvangen deretter skal etableres (§§ [3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)). Kjennskap til pasienten gir mulighet til å legge opp en tvangsinnleggelse så skånsomt som mulig for vedkommende, men kan være en utfordring for behandlingsalliansen.

Konverteringsforbudet er ikke aktuelt dersom etablering av tvungent vern starter opp uten at poliklinikken der pasienten får frivillig behandling er involvert (for eksempel fordi pasienten innlegges via legevakt/ fastlege). Konverteringsforbudet er kun aktuelt der det er behandler i forbindelse med frivillig poliklinisk behandling som vurderer at det er nødvendig med tvungent vern.

Selv om pasienten må få forlate poliklinikken hvis vedkommende ønsker dette (med mindre fare), behøver ikke poliklinikken formelt avslutte behandling med epikrise og eventuelt ny henvisning. Ofte vil jo pasienten raskt behøve videre oppfølging ved poliklinikken, for eksempel dersom det likevel ikke etableres tvungent vern, eller når pasienten overføres til tvungent vern uten døgnopphold.

Unntak fra konverteringsforbudet

Annet ledd første punktum fastsetter at konverteringsforbudet ikke gjelder i situasjoner der utskrivelse vil innebære at pasienten på grunn av sin sinnslidelse vil utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Det understrekes at det skal svært mye til for at unntaket fra konverteringsforbudet skal komme til anvendelse. Det vises i denne sammenheng til omtalen av farevilkåret i § [3-3 nr. 3 bokstav b](#).

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som er innlagt ved institusjon som er godkjent for tvungent vern med døgnopphold

Unntaket kommer kun til anvendelse i tilfeller der faretilstanden antas å vare over noe tid. Ved faresituasjoner som vurderes å ville vare kun i en meget kort tidsperiode, for eksempel et par døgn i forbindelse med en spesiell hendelse, vil det være mer naturlig at pasienten holdes tilbake på grunnlag av nødrett så lenge faresituasjonen består. Dersom faglig ansvarlig finner at unntaksbestemmelsen kommer til anvendelse, skal det etableres tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern av hensyn til pasientens rettssikkerhet (§§ [3-2](#) eller [3-3](#)).

Unntaket innebærer at det ikke er nødvendig å avslutte det frivillige vernet. Innleggende pasienter kan således holdes tilbake i institusjonen.

Kravet om erklæring fra uavhengig legeundersøkelse (§§ [3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)) gjelder også ved unntak fra konverteringsforbudet. Pasienten må således enten bringes til lege, eller lege må bringes til

pasienten. Dette må løses ut fra lokale forhold og pasientens tilstand. Tilsier pasientens tilstand at vedkommende ikke bringes ut av institusjonen, må institusjonen søke å få for eksempel fastlegen, en legevakslege, eller en psykiater fra en "uavhengig" del av det psykiske helsevernet (§ 3-3 nr. 2) inn for å vurdere pasienten. Det er ikke et absolutt krav at den eksterne (uavhengige) legen finner farevilkåret oppfylt, men derimot er det selvsagt et krav at den faglig ansvarlige vurderer at farevilkåret er oppfylt for at unntaket fra konverteringsforbudet skal kunne anvendes.

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som er innlagt ved institusjon i psykisk helsevern som *ikke* er godkjent for tvungent vern med døgnopphold

Dersom det er behov for å gjøre unntak for konverteringsforbudet for en pasient som er innlagt ved institusjon som *ikke* er godkjent for tvungent vern med døgnopphold, må pasienten overføres til institusjon som er godkjent for døgnopphold for etablering av tvungent vern.

I slike tilfeller kan lege ved den psykisk helseverninstitusjonen hvor pasienten er frivillig innlagt, foreta den første uavhengige legeundersøkelsen. Dette forutsetter at uavhengighetskravet er oppfylt, jf. ([§§ 3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)), dvs. at denne legen og den faglig ansvarlige ved institusjonen der tvungent vern med døgnopphold skal etableres, må oppfylle kravet om uavhengighet. I slike tilfeller behøver altså ikke pasienten undersøkes av legevakslege/fastlege, men kan bringes direkte til døgnpost godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Unntak fra konverteringsforbudet for pasienter som får frivillig poliklinisk behandling

Pasienter som mottar frivillig poliklinisk behandling vil kunne holdes tilbake ved poliklinikken vedkommende har vært til behandling ved, eller eventuelt fremstilles for ekstern legeundersøkelse, og senere bringes til mottakende institusjon dersom lovens farevilkår er oppfylt.

Også her gjelder kravet om erklæring fra uavhengig legeundersøkelse ([§§ 3-2 første ledd nr. 2](#) og [3-3 nr. 2](#)). Der det er en lege som har foretatt den polikliniske konsultasjonen som ender med konvertering, kan denne undersøkelsen regnes som den eksterne legeundersøkelsen, forutsatt at kravet til "uavhengighet" er oppfylt (§ 3-3 nr. 2).

Annet ledd annet punktum: I tilfeller der det beslutes å gjøre unntak fra konverteringsforbudet skal faglig ansvarlig ved institusjonen der det tvungne vernet etableres, gi en skriftlig redegjørelse for dette. Redegjørelsen skal forelegges kontrollkommisjonen sammen med kopi av de øvrige innleggelsespapirene (§ 3-8 første ledd).

Etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan påklages på ordinært vis.

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

Lovtekst

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

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang. Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter første ledd. Den godkjente institusjonen skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet. Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhenting gjennomføres med tvang. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen. Kongen i statsråd gir forskrifter om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold i institusjon.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-5

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Bestemmelsen regulerer hva tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) og tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) kan omfatte, og fastsetter at tiltakene kan gjennomføres enten **med** eller **uten** døgnopphold i institusjon.

Første ledd regulerer tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern **med** døgnopphold i døgninstitusjon. Dersom det er truffet vedtak om slikt vern, kan pasienten holdes tilbake på institusjonen mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang. Tilbakehenting skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten, og som hovedregel med helsepersonell til stede. Dersom det er behov for å bane seg adgang til bopel eller for fysisk maktutøvelse utenfor institusjon, må politiet bistå ([§ 3-6 annet ledd](#)). Se for øvrig rundskrivet Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid.

Døgninstitusjonen pasienten er innlagt ved må være godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([psykisk helsevernforskriften §§ 2, 3 og 4](#)).

I **annet ledd** er det gjort unntak fra kravet om at døgnoppholdet må finne sted på godkjent institusjon. Formålet med unntaket er å sikre at pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan oppholde seg ved somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten der dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen er et snevert unntak som kan benyttes i tilfeller der pasienten har en slik helsetilstand at det er behov for avansert medisinsk overvåkning som ikke kan tilbys i institusjon i det psykiske helsevernet, for eksempel på grunn av en alvorlig spiseforstyrrelse. Pasienten kan også ha opphold på somatisk avdeling **ved**

selve etableringen av det tvungne vernet. Dersom en pasient innlagt i psykiatrisk institusjon får behov for somatisk helsehjelp må pasienten henvises til somatisk avdeling på ordinær måte, og den somatiske avdelingen må vurdere behovet.

Etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern skal også i disse tilfellene skje under ansvar av den godkjente institusjonen. Ansvar for oppfølging av den psykiatriske undersøkelsen og behandlingen av pasienten vil således fortsatt påligge denne institusjonen. De involverte institusjonene må etablere samarbeid som gjør det mulig for den godkjente institusjonen å ivareta ansvaret. Ansvaret for behandlingen av den somatiske tilstanden vil på vanlig måte ligge hos somatisk avdeling.

Bestemmelsen åpner for midlertidig opphold i ikke-godkjent institusjon. Begrepet "midlertidig" må ses i sammenheng med vilkåret om at opphold i somatisk avdeling kun skal finne sted så lenge det vurderes "nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp". Hvor lenge dette er tilfelle må vurderes konkret i den enkelte sak.

Bestemmelsene i lovens kapittel 4 vil som utgangspunkt kunne anvendes under oppholdet i somatisk avdeling. Tvangsmidler ([§ 4-8](#)) kan som hovedregel kun benyttes ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ([psykisk helsevernforskriften § 24 første ledd](#)), men i bestemmelsens annet ledd er det gjort unntak for akutte situasjoner. Eventuelle vedtak må treffes av faglig ansvarlig ved institusjonen som er ansvarlig for det tvungne vernet.

Tredje ledd regulerer gjennomføringen av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern **uten** døgnopphold (TUD).

En pasient som er underlagt tvungent vern uten døgnopphold bor som oftest i egen bolig.

Tvungent psykisk helsevern **uten** døgnopphold kan bare benyttes dersom dette vurderes som et bedre alternativ for pasienten enn tvungent vern **med** døgnopphold, jf. **tredje ledd første punktum**. Hvorvidt dette er tilfelle må avgjøres på bakgrunn av en konkret vurdering der det må ses hen til om pasienten har behov for døgnkontinuerlig omsorg og behandling i institusjon, eller om vernet kan ivaretas tilstrekkelig og forsvarlig uten innleggelse. Vurderingen skal foretas fortløpende. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hva pasienten selv ønsker. Ressurshensyn er ikke relevante. Se også [psykisk helsevernforskriften § 11](#) og [§§ 31-34](#).

Pasienten kan bo hjemme eller ha frivillig opphold på en kommunal institusjon eller en institusjon i spesialisthelsetjenesten, for eksempel rusinstitusjon eller institusjon i det psykiske helsevernet. Det kreves ikke at institusjonen pasienten frivillig har opphold ved er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Ansvaret for det tvungne vernet må imidlertid ligge hos en institusjon som har godkjenning. Adgangen til slikt opphold er ikke tidsbegrenset. Kravet om at tvungent vern uten døgnopphold må anses som det beste for pasienten, medfører at kombinasjonen tvang uten døgnopphold og frivillig opphold på en institusjon uten godkjenning, ikke kan benyttes overfor pasienter som vurderes å ha behov for tvungent vern i form av opphold på godkjent institusjon (første ledd). Hvis pasienten har behov for døgnopphold i godkjent institusjon må det treffes vedtak om tvungent vern med døgnopphold (første ledd), evt. overføringsvedtak ([§ 4-10](#)).

Pasienter som har frivillig opphold på institusjon i forbindelse med tvungent vern **uten** døgnopphold kan på samme måte som andre frivillige innlagte ikke holdes tilbake i institusjonen. Det skal ved slike innleggelser og utskrivelser ikke treffes § 4-10-vedtak. I tilfeller der det er behov for å holde en pasient tilbake vil dette imidlertid kunne skje ved at det treffes vedtak om overføring til tvungent vern med døgnopphold ([§ 4-10](#)).

Pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern kan også være under tvungent vern uten døgnopphold, se § 5-4. I vurderingen av hvilken tvangsform som skal benyttes (med eller uten døgnopphold), skal da

hensynet til samfunnsvernet vektlegges, se § 5-3. Se også [Helsedirektoratets brev av 9. mai 2022 \(jnr. 22/4852\)](#) som omhandler kommunens plikt til å ivareta personer dømt til tvungent psykisk helsevern som skrives ut til tvang uten døgnopphold.

En innsatt i kriminalomsorgen kan være under tvungent vern uten døgnopphold. Reglene som oppstilles for tvungent vern uten døgnopphold gjør imidlertid at dette svært sjelden vil være en god løsning under de rammene fengselet gir.

Tvungen observasjon vil av praktiske årsaker primært gjennomføres med døgnopphold i institusjon. Tvungen observasjon kan imidlertid skje uten døgnopphold i institusjonen, dersom dette er tilstrekkelig for å kartlegge vedkommendes sinnstilstand.

Det må eventuelt treffes eget vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4. Ofte vil bakgrunnen for at tvungen behandling uten døgnopphold vurderes nødvendig, være nettopp muligheten for å gi pasienten behandling med legemidler uten eget samtykke. En pasient på tvungent vern uten døgnopphold vil også kunne pålegges å møte opp for en sjekk/samtale, slik at faglig ansvarlig kan følge med på vedkommendes tilstand. Tiltaket må vurderes som et forholdsmessig og nødvendig. Dette var tilfelle i en sak for Høyesterett, der det ble lagt til grunn at innholdet i det tvungne vernet uten døgnopphold var at pasienten møtte opp til jevnlig samtale (Rt. 2014 s. 807).

I **tredje ledd annet punktum** er det presisert at det ved vurderingen av om tvungent vern uten døgnopphold skal benyttes, skal tas hensyn til pårørende som bor sammen med pasienten.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold innebærer kun et pålegg om at pasienten må møte til undersøkelse eller behandling, jf. **tredje punktum**. Behandling kan bare gis dersom pasienten samtykker eller det er truffet vedtak om behandling uten eget samtykke ([§ 4-4 a](#) og [psykisk helsevernforskriften § 11](#)). Pasienten kan også pålegges fremmøte uten behandling. Se [Helsedirektoratets brev av 7. april 2021 \(jnr. 20/44095\)](#).

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan ikke omfatte tvangstiltak på pasientens bopel. Denne begrensningen gjelder ikke fullt ut når pasienten har frivillig opphold ved institusjon i det psykiske helsevernet. Se kommentarer til [psykisk helsevernforskriften § 11 tredje ledd](#).

Behandling skal i utgangspunktet gis ved den institusjonen som er ansvarlig for vernet. Den praktiske gjennomføringen av medikamentell behandling, for eksempel utlevering av medisiner på pasientens bopel, kan imidlertid overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet, for eksempel den kommunale helse- og omsorgstjenesten ([psykisk helsevernforskriften § 22 annet ledd](#)). Dette forutsetter at pasienten selv ønsker det og at gjennomføringen skjer under forsvarlig tilsyn og veiledning fra den ansvarlige institusjonen.

Den ansvarlige institusjonen må ha løpende oversikt over pasientens situasjon, slik at det fortløpende kan vurderes om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, jf. [§ 3-7](#), jf. [§ 3-3](#).

Tredje ledd fjerde og femte punktum gir hjemmel for at pasienter som er underlagt tvungent vern **uten** døgnopphold om nødvendig kan hentes med tvang. Dersom det blir nødvendig å avhente pasienten flere ganger, må det vurderes om pasienten bør overføres til tvungent vern **med** døgnopphold (første ledd).

Fjerde ledd fastsetter et krav om at tvungent vern **uten** døgnopphold kun kan skje under ansvar av institusjon som er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-5 første ledd](#) og [psykisk helsevernforskriften §§ 2, 3 og 4](#)).

I **femte ledd** er det gitt hjemmel for at det kan gis forskrifter om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold. Denne hjemmelen er benyttet ([psykisk helsevernforordningen §§ 11 og 31-34](#)).

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

Lovtekst

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

Offentlig myndighet skal ved varslings- og omsorgstjenesten og ved nødvendig bistand som beskrevet i loven her, bidra til at personer som må antas å fylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern, og som ikke selv søker behandling, blir undersøkt av lege. Om nødvendig skal det fremmes begjæring om tvungen undersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Offentlig myndighet skal gi nødvendig bistand for å få vedkommende til tvungen undersøkelse eller tvungen observasjon eller bringe vedkommende under tvungent psykisk helsevern. Offentlig myndighet skal også gi nødvendig bistand i forbindelse med avhenting eller tilbakehenting etter bestemmelsene i loven her. Offentlig myndighet kan om nødvendig anvende tvang. Kongen kan gi forskrift om innholdet i offentlige myndigheters plikter etter første og annet ledd.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-6

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd første punktum pålegger offentlig myndighet ansvar overfor personer som er alvorlig psykisk syke, og som ikke selv oppsøker det psykiske helsevernet. Ansaret gjelder overfor personer offentlig myndighet kommer i kontakt med eller blir informert om gjennom sin virksomhet. Plikten består i at offentlig myndighet skal varsle helsetjenesten og eventuelt bistå helsetjenesten med å bringe personen til legeundersøkelse.

Som det fremgår av [§ 1-3](#) omfatter begrepet offentlig myndighet kommunelegen (eventuelt stedfortreder), den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, politiet og kriminalomsorgen.

Kravet om at personen "må antas" å oppfylle vilkårene for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)), innebærer at det må vurderes som sannsynlig at dette er tilfelle. Vurderingen foretas av personer uten spesialkompetanse på psykiske lidelser, og det stilles derfor ikke strenge krav til denne.

Første ledd annet punktum pålegger offentlig myndighet å fremme begjæring om tvungen undersøkelse ([§ 3-1 annet ledd](#)), tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) eller tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)) der dette vurderes nødvendig.

Nødvendighetskravet er tatt inn for å presisere at tvang kun skal benyttes i tilfeller der det ikke finnes frivillige alternativer ([§§ 3-2 første ledd nr. 1](#) og [3-3 nr. 1](#)). Begjæringen er ikke en forutsetning for iverksettelse av de nevnte tiltakene. Begjæringsplikten må ses i sammenheng med varslingsplikten (første ledd) og formålet om å sikre nødvendig helsehjelp til alvorlig syke personer som ikke selv oppsøker helsetjenesten.

Begjæring om tvungen legeundersøkelse skal fremsettes til kommunelegen ([§ 3-1 annet ledd](#)).

Begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal fremsettes overfor en institusjon i det psykiske helsevernet som er godkjent for ansvar for tvungent psykisk helsevern ([§ 3-5 første og fjerde ledd](#)). Det er gitt nærmere bestemmelser om slike begjæringer i [psykisk helsevernforordningen § 7](#).

Når offentlig myndighet fremsetter begjæring om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, vil denne myndigheten få rett til å klage på avslag om slik begjæring og på opphør av vernet ([§§ 3-3 a tredje ledd](#) og [3-7 fjerde ledd](#)). Begjærende myndighet har rett til å uttale seg før slike vedtak treffes ([§ 3-9](#)), og skal informeres om slike vedtak og om sin klagerett ([psykisk helsevernforordningen § 10 tredje ledd](#)).

Offentlig myndighet må ha systemer for å ivareta sin plikt til å fremsette begjæring etter denne bestemmelsen.

Annet ledd pålegger offentlig myndighet å gi nødvendig bistand i forbindelse med etablering og gjennomføring av tvungen observasjon (§ 3-2) og tvungent psykisk helsevern (§3-3), herunder tvungen legeundersøkelse (§ 3-1). Kravet om at bistanden skal være nødvendig relaterer seg til den enkelte myndighets oppgaver. Bestemmelsen er særlig aktuell i forbindelse med politiets bistand. Det forutsettes at transport skal skje på en mest mulig skånsom måte for pasienten, noe som tilsier at bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten også kan være aktuelt.

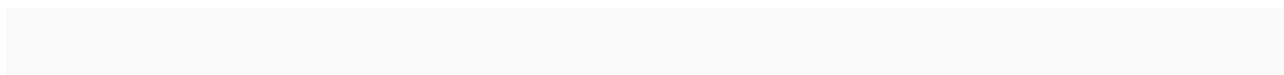
Helsetjenesten må i hvert enkelt tilfelle foreta en konkret vurdering av om bistand fra politiet er nødvendig, og det foreligge rutiner ved institusjonen som sikrer dette. Politiets bistand bør først og fremst være nødvendig når det er behov for å bruke makt utenfor institusjon, når en person antas å ville påføre seg selv eller andre skade og helsepersonell ikke er i stand til å avverge dette selv, eller når det er nødvendig for å bane seg adgang til hus, rom eller lignende. Det vises til rundskrivet [Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke - oppgaver og samarbeid](#).

Annet ledd tredje punktum gir hjemmel for bruk av tvang. Fysisk maktutøvelse utenfor institusjon kan bare utøves av politiet. Maktbruk utenfor institusjon utøvet av helsepersonell, kan bare benyttes i nødrettssituasjoner.

Forskriftshjemmelen i **tredje ledd** er ikke benyttet.

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

Lovtekst



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

Ingen kan beholdes under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter [§ 3-5](#) uten at vilkårene i [§ 3-2](#) første ledd eller [§ 3-3](#) første ledd fremdeles er oppfylt.

Den faglig ansvarlige vurderer om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal opprettholdes, og treffer vedtak om opphør av vernet dersom vedkommende finner at de krav og vilkår som nevnt i første ledd ikke lenger er tilstede. Pasienten, samt dennes nærmeste pårørende, kan når som helst be om at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern opphører. Den faglig ansvarlige treffer vedtak i saken. Pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende eller eventuelt den myndighet som har begjært tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan påklage den faglig ansvarliges vedtak etter annet og tredje ledd til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at observasjonen eller vernet er opphørt. Dersom klage fremsettes, kan kontrollkommisjonens leder beslutte utsatt iverksetting av vedtak som nevnt i annet ledd inntil klagesaken er avgjort.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-7

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Bestemmelsens **første ledd** fastslår at ingen kan holdes tilbake under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med mindre vilkårene som beskrevet i [§§ 3-2](#) og [3-3](#) fremdeles er oppfylt. Da det er faglig ansvarlig som treffer vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, er det naturlig at det også er faglig ansvarlig som avgjør om tvang skal opprettholdes. Hvem som er faglig ansvarlig er regulert i [§ 1-4](#).

Annet ledd: Faglig ansvarlig skal fortløpende vurdere om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og foreta en personlig undersøkelse av pasienten minst hver tredje måned ([§ 4-9](#)). Vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal nedtegnes i pasientens journal. Dersom pasienten rømmer har institusjonen adgang til å skrive ut pasienten etter noe tid, siden det da ikke lenger er grunnlag for å vurdere om vilkårene for tvungent vern er oppfylt. Se også [Helsedirektoratets brev av 3.7.2014 \(24/15192\)](#) om opphørsvedtak når pasienten befinner seg i utlandet.

Etter **fjerde ledd** kan den faglig ansvarliges vedtak i saken påklages til kontrollkommisjonen. Pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende ([pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#)) har klagerett. Dersom offentlig myndighet har begjært tvungent psykisk helsevern, har også denne myndigheten klagerett. Offentlig myndighet er definert i [§ 1-3](#).

Underretning om vedtaket (vedtak om opprettholdelse eller opphør av tvungent vern) skal gis **både** til pasienten, til nærmeste pårørende og til eventuell begjærende instans. Nærmeste pårørende og begjærende instans har selvstendig klagerett, og skal gis den informasjon som er nødvendig for å kunne klage, uavhengig

av pasientens samtykke. Nødvendig informasjon er informasjon om at vedtak er fattet, hva som er bestemt og begrunnelsen for vedtaket. Det skal videre gis opplysning om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage. Slik informasjon skal gis så snart som mulig, og skal som hovedregel gis skriftlig. I praksis vil nærmeste pårørende og offentlig myndighet gis kopi av vedtaksskjema. Se også kommentarer til [psykisk helsevernloven § 10 tredje ledd](#).

Klagefristen på forvaltningsvedtak er tre uker, jf. [forvaltningsloven § 29](#). Pasienten er gitt en **utvidet** klagefrist på vedtak om opprettholdelse av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Slike vedtak kan påklages inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri rettshjelp ([§ 1-7](#)).

Det er viktig å merke seg at det ikke kan fremsettes ny klage på samme vedtak før det har gått minst seks måneder ([§ 6-4 åttende ledd](#)).

Dersom kontrollkommisjonen, ved klage på vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern, finner at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, kan den i utgangspunktet velge mellom å treffe nytt vedtak eller å oppheve vedtaket og sende saken tilbake til den faglig ansvarlige for ny vurdering ([forvaltningsloven § 34 siste ledd](#)). Kontrollkommisjonen bør vise varsomhet med å endre førsteinstansen (institusjonens) ikke-etableringsvedtak, fordi det i realiteten vil pålegge institusjonen å gjennomføre et tvangsvedtak som institusjonen ikke finner at det er grunnlag for.

Etter **fjerde ledd siste punktum** gis som hovedregel ikke klage på vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern oppsettende virkning (oppsettende virkning innebærer at iverksettelsen av vedtak utsettes til klagen er behandlet). Kontrollkommisjonens leder kan imidlertid beslutte oppsettende virkning av slikt utskrivelsesvedtak inntil klagesaken er avgjort. Dette vil for eksempel kunne være aktuelt dersom det er grunn til å tro at det ligger en ressursmessig begrunnelse bak vedtaket om opphør av tvangsvernet. Det er derfor viktig at pasient, nærmeste pårørende og eventuell offentlig myndighet så tidlig som mulig underrettes om at vedtak vil bli fattet, og dermed gis mulighet til å fremme klage og eventuelt anmode om oppsettende virkning.

Det er for øvrig ikke gitt bestemmelser i psykisk helsevernloven om oppsettende virkning ved klage over vedtak om **å etablere eller ikke etablere** tvungen observasjon (§ 3-2). Her må en falle tilbake på de alminnelige reglene om oppsettende virkning i [forvaltningsloven § 42](#).

Tvungent psykisk helsevern opphører på følgende måter:

- Ved at den faglig ansvarlige opphever vedtaket etter
 - eget initiativ ([§ 3-7 annet ledd](#))
 - begjæring fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende ([§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at kontrollkommisjonen opphever vedtaket etter
 - dokumentkontroll ([§ 3-8 første ledd](#))
 - tremånederskontroll ([§ 3-7 annet ledd](#))
 - behandling av klage ([§ 3-7 fjerde ledd](#), jf. [§ 6-4](#))
 - nektelse av samtykke til forlengelse etter ett år ([§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at domstolene opphever vedtaket ([§ 7-1](#) og [tvisteloven kapittel 36](#))
- Ved passivitet, det vil si at det ikke sendes søknad om forlengelse av vernet etter ett år ([§ 3-7 tredje ledd](#))

Tvungen observasjon opphører på følgende måter:

- Ved at den faglig ansvarlige opphever vedtaket etter

- eget initiativ ([§ 3-7 annet ledd](#))
- begjæring fra pasienten selv eller dennes nærmeste pårørende ([§ 3-7 tredje ledd](#))
- Ved at kontrollkommisjonen opphever vedtaket etter
 - dokumentkontroll ([§ 3-8 første ledd](#))
 - behandling av klage ([§ 3-7 fjerde ledd](#), jf. [§ 6-4](#))
- Ved at tidsfristen går ut ([§ 3-2 annet ledd](#)).

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

Lovtekst

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

Når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal underretning sendes kontrollkommisjonen sammen med kopi av underlagsdokumentene. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvisse seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene i [§§ 3-2](#) eller [3-3](#). Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten, jf. [§ 4-1](#). Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan samtykke i forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen, regnet fra årsdagen for etableringen.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-8

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd omhandler den kontroll som kontrollkommisjonen skal utøve når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Bestemmelsen fastsetter at kontrollkommisjonen skal få kopi av vedtak om tvungen observasjon ([§ 3-2](#)) eller tvungent psykisk helsevern ([§ 3-3](#)), og underlagsdokumentene for disse. Det vil si uttalelse fra ekstern lege ([§ 3-1](#)) og eventuell begjæring. På bakgrunn av opplysningene i dokumentene skal kontrollkommisjonen så snart som mulig foreta kontroll av at lovens krav til framgangsmåte er oppfylt og at de grunnleggende vilkårene for bruk av tvang er vurdert.

I **annet ledd** er det fastsatt at kontrollkommisjonen på eget initiativ skal vurdere behovet for fortsatt tvungent psykisk helsevern etter tre måneder for pasienter som ikke selv har påklaget vedtaket. Se også psykisk helsevernforskriften § 58. Det skal også kontrolleres at det foreligger individuell plan i henhold til [§ 4-1](#). Vurderingen skal bare foretas én gang, dvs. at kontrollkommisjonen ikke skal foreta tilsvarende vurderinger ved seks og ni måneder. Se nærmere omtale av tre måneders kontrollen i saksbehandlingsrundskrivet for kontrollkommisjonen. Forsinket vurdering vil ikke ha betydning for etableringsvedtakets gyldighet.

Ved kontrollen av behovet for fortsatt vern skal det foretas prøving av lovens materielle vilkår ([§ 3-3](#)). Kontrollkommisjonen kan prøve alle sider av saken. Det skal særlig legges vekt på hensiktsmessighetsvurderingen ([§ 3-3 nr. 7](#)). Det er imidlertid kun anledning til å prøve hvorvidt det tvungne vernet skal opprettholdes. Det nærmere innholdet i det tvungne vernet kan ikke overprøves, for eksempel hvilken form for tvungent vern en pasient skal være underlagt eller om vedkommende skal gis behandling uten eget samtykke.

Ved kontroll av individuell plan skal det kun påses at slik plan faktisk foreligger. Vurderingen av planens kvalitative innhold hører inn under tilsynsmyndighetenes ansvarsområde. Mangel på individuell plan vil ikke i seg selv gi grunnlag for å oppheve tvungent vern, men kan være en indikasjon på manglende planlegging av pasientens behandling og videre oppfølging. Dette kan sammen med andre momenter tilsi opphør av det tvungne vernet etter hensiktsmessighetsvurderingen.

Kontrollkommisjonens vedtak om etterprøving etter tre måneder treffes av en fulltallig kommisjon, og skal være skriftlig og begrunnet.

Tredje ledd fastsetter at et vedtak om tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker til at vernet forlenges. Se også [psykisk helsevernforskriften § 59](#). Denne fristen er absolutt, slik at konsekvensen av eventuell forsinkelse er at det tvungne vernet opphører. Nytt tvungent vern må eventuelt etableres etter de ordinære reglene i [§ 3-3](#).

Det er den ansvarlige institusjonen som må ta initiativ til forlengelse ([psykisk helsevernforskriften § 14](#)), som fastsetter at begjæring om forlengelse må være kontrollkommisjonen i hende senest fire uker før det tvungne vernet utløper.

Tredje ledd annet punktum: Tvungent psykisk helsevern kan forlenges med inntil ett år av gangen. Fristberegningen skjer fra tidspunktet for etablering av tvungent psykisk helsevern (ikke fra eventuell etablering av forutgående tvungen observasjon eller fra det forrige samtykket fra kontrollkommisjonen). Dersom kontrollkommisjonens vedtak går ut på *ikke* å gi samtykke til forlengelse, opphører det tvungne vernet straks kommisjonens vedtak er truffet, og altså ikke fra årsdato for etableringen av det tvungne vernet.

Dersom pasienten har frivillig opphold ved en annen institusjon enn den som er ansvarlig for det tvungne vernet, og de to institusjonene har ulike kontrollkommisjoner, skal kommisjonen ved institusjonen som er ansvarlig for det tvungne vernet foreta tre måneders kontroll og ett års forlengelse, og være klageinstans for klager som gjelder vedtak om tvungent psykisk helsevern. Klager på eventuelle gjennomføringsvedtak som er truffet av den institusjonen som pasienten frivillig oppholder seg i, bør behandles av kontrollkommisjonen ved denne institusjonen.

Utfyllende bestemmelser om kontrollkommisjonens saksbehandling ved dokumentkontroll, tre måneders kontroll og ett års forlengelse er gitt i [psykisk helsevernforskriften §§ 57-59](#).

Se også [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern](#).

§ 3-9. Rett til å uttale seg

Lovtekst

§ 3-9. Rett til å uttale seg

Før vedtak fattes etter dette kapittel, skal den person saken direkte gjelder, gis anledning til å uttale seg. Retten til å uttale seg gjelder blant annet spørsmålet om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, samt hvilken institusjon som skal ha ansvaret for det tvungne vernet. Også vedkommendes nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg. Opplysningene etter første ledd skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-9

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Første ledd: Bestemmelsen fastsetter pasientens rett til å uttale seg før det treffes vedtak med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3, for eksempel i spørsmålet om det skal etableres tvungent psykisk helsevern og ved hvilken institusjon slikt vern eventuelt skal etableres, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4](#) (rett til å velge behandlingssted).

Pasienten har også rett til å uttale seg i forkant av kontrollkommisjonens vedtak om tre måneders kontroll og ett års kontroll, jf. [§ 3-8 andre og tredje ledd](#). Kontrollkommisjonen skal gjøre pasienten oppmerksom på dette, som hovedregel skriftlig. Dersom pasienten er under tvungent vern med døgnopphold, bør kontrollkommisjonen personlig gjøre pasienten oppmerksom på retten til å uttale seg. Se nærmere om dette i [Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet](#). Dette er en forsterket rett i forhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, og bestemmelsen tydeliggjør at slike uttalelser skal vektlegges.

Som utgangspunkt har pasienten rett til å velge behandlingssted ([pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd](#), jf. [psykisk helsevernloven § 1-5](#)). Dette gjelder ikke i tilfeller der valget vurderes å være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet ([pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 fjerde ledd](#)).

Det følger av **første ledd tredje punktum** at også pasientens nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken vil ha rett til å uttale seg. Nærmeste pårørende kan ha viktig informasjon om pasientens tilstand og fungering med og uten behandling som kan påvirke faglig ansvarliges vurderinger. Hvem som er pasientens nærmeste pårørende er regulert i [pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav b](#). Denne retten forutsetter på samme måte som klageretten at det gis informasjon om at et slikt vedtak skal treffes, se kommentarer til [psykisk helsevernloven § 10](#). Det bør generelt settes av god tid til kommunikasjon med pårørende. [Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten](#) gir nyttig informasjon og veiledning om pårørendekontakt.

Begrepet offentlig myndighet er regulert i loven [§ 1-3](#). Offentlig myndighet regnes som "direkte involvert i saken" dersom den aktuelle myndigheten har tatt initiativ til/vært begjærende instans i forhold til vedtaket som skal treffes ([§ 3-6 første ledd](#)).

I **annet ledd første punktum** er det fastsatt at opplysninger som gis i henhold til første ledd skal dokumenteres, og at de skal ligge til grunn for vedtaket.

Annet ledd annet punktum fastsetter at det skal legges særlig vekt på uttalelser om erfaring med bruk av tvang. Dette følger allerede av kravet til helhetsvurdering i [§§ 3-2 nr.7](#) og [3-3 nr. 7](#), men er gjentatt i denne bestemmelsen for å understreke prinsippets viktighet.

Dersom pasienten eller pårørende har gitt uttrykk for at pasienten har hatt negative erfaringer med tvungen psykisk helsevern eller bestemte tvangstiltak, innebærer dette en høyere terskel for gjentakelse av slike tiltak, og en særlig forpliktelse til å vurdere alternativer.

§ 3-10. Forskrifter om tvungen psykisk helsevern

Lovtekst

§ 3-10. Forskrifter om tvungen psykisk helsevern

Kongen kan gi nærmere forskrifter om hvordan etablering av tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern gjennomføres. Kongen i statsråd kan dessuten gi forskrifter om godkjenning av institusjoner som kan anvende eller være ansvarlige for tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern etter [§ 3-5](#) og om de nærmere vilkårene for slik godkjenning.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven), kapittel 3, § 3-10

Kilde: lovdata.no

Helsedirektoratets kommentarer

Med hjemmel i **første ledd** er det i [forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. \(psykisk helsevernforskriften\) kapittel 2](#) gitt utfyllende regler om prosedyren ved etableringen av tvungen psykisk helsevern.

Med hjemmel i **annet ledd** er det i samme forskrift innført en særlig godkjenningsordning i [§§ 2, 3 og 4](#). Godkjenningsordningen omfatter både institusjoner som skal motta pasienter til tvungen psykisk helsevern med døgnopphold ([lovens § 3-5 første ledd](#)), og institusjoner som skal ha ansvar for tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold ([lovens § 3-5 annet ledd](#)).