

Vedtatte lovendringer

i

**psykisk helsevernloven og pasient- og
brukerrettighetsloven**

– vurdert i et samfunnsvernsperspektiv

Seminar 27. april 2026

Aslak Syse,
Institutt for offentlig rett



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 31 L

(2024–2025)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

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

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

Kvintessensen: En **spagat** mellom styrket pasientautonomi og styrket samfunnsvern

NOU

Norges offentlige utredninger 2011:9

UNIVERSITY
OF OSLO

Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett
og omsorgsansvar i psykisk helsevern



Bessvatn viktig: Autonomi styrket ved **Et innsnevret** tvangsbegrep, vekt på **motstand. Pbrl. § 4-6 utvides** til psykisk helsevern. -- **Beslutningskompetanse;** endret term, nytt beviskrav, **ECT mv.**

Gjende er viktigst: Styrket **samfunnsvern** ved **utvidet** **informasjonsflyt**, krav om **voldsriskovurderinger**, **pårørendeinvolvering mv.**



De aktuelle lovendringene ble behandlet raskt av Stortinget

Prop. avgitt 29. november

Høringsnotater måtte sendes inn innen 22. jan.

Frist for avgivelse av komiteinnstillingen:
18. mars 2025

Stortinget behandlet forslagene 31. mars 2025

To ganger behandling i Stortinget, deretter
sanksjon ved Kongen i statsråd ved **lov 20. juni**
2025 nr. 67

Ikrafttredelse: 1. juni 2026

Hva lovforslagene ikke tok opp

1. Barn: Prop. 31 s. 6-7: «Departementet støtter Paulsrud-utvalgets og Tvangslovutvalgets vurderinger av at det er **behov** for å **klargjøre og styrke barn og unges rettigheter** ved bruk av tvang i psykisk helsevern.

2. Reglene for **tvangsinnleggelse** av pasienter med **rusmiddelavhengighet** og **gravide rusmisbrukere** ble av Tvangslovutvalget foreslått samordnet med tvangsregler for personer med alvorlig sinnslidelse

Disse spørsmålene er ikke berørt i Prop. 31.

Konkret forhistorie

«Proposisjonen følger opp forslag fra regjeringens ekspertutvalg som evaluerte vilkåret om manglende samtykkekompetanse ved bruk av tvang i psykisk helsevern (**Samtykkeutvalget**) og enkelte av forslagene fra **Tvangslovutvalget**».

Nå fire større revisjonsrunder i 1999-loven:

- 2006 **nyskriving** (særlig phvl. kap. 3), men få prinsipielle endringer bortsett fra konverteringsforbudet opphevet
- 2012 **nytt kapittel 4A** (lex Breivik)
- 2017 Innføring av et **kompetansebasert system**
- 2026 **Pasientens motstand** viktig ved vurdering/bruk av tvangsregler.
Økt vekt på samfunnsvern

Tre viktige utredninger

- NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet; NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven; Samtykke-utvalget (Mæland) 2023

Av endringer jeg bare omtaler

- Nye regler om ECT (sies å være full ut regulert med de nye bestemmelsene): økt autonomi
- Foreldres myndighet utvides, en ny kategori pasienter 16-18 uten beslutningskompetanse, dvs. barneloven overstyrer psykisk helsevernloven
- Pbri. § 4-6 utvides til å gjelde ved alvorlig psykisk lidelse og manglende beslutningskompetanse. KK inn i bildet. I dag kan innleggelse bare skje etter reglene i phvl. kap. 3. Skal ikke gjelde ved fare, ved motstand, men heller ikke ved ambivalens; avgrenser klinikerens skjønnsfrihet



Skriftlig innspill fra NIM (22.01.25)

Litt «uforståelig» [e.m.m.] argumenterer de for Tvangslovutvalgets NOU, begrunnelsen er sikkert et ønske om tvangsbegrensning. På NIMs årskonferansen i mars 2026 husket ikke ansvarlige hva og hvorfor

Svært opptatt av lovregulering av ECT uten samtykke. Etterlyste kunnskapsgrunnlag, og vurderer om ECT uten samtykke kan være i strid menneskerettighetene.

NIM mente at beviskravet for manglende beslutningskompetanse ikke burde senkes. «Et lavere beviskrav på nåværende tidspunkt vil øke risikoen for bruk av ulovlig tvang overfor pasienter som i realiteten er beslutningskompetente.»

Endelig var NIM i tvil om konsekvensene av at personer vil kunne innlegges etter pbrl. § 4-6

Innstilling 168 L (2024–2025) med flere mindretallsforslag

Det var i alt 17 voteringer, noen ønsket videre tvangshjemler, andre ønsket snevrere adgang til tvangsbruk

Frp: «Stortinget ber regjeringen legge fram et nytt lovforslag der kravet til manglende samtykkekompetanse eller beslutningskompetanse fjernes fra loven og vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevern tilbakeføres til slik de var før lovendringen i 2017.»

SV og Rødt: «Stortinget ber regjeringen legge frem en vurdering av fordeler og ulemper ved å endre beviskravet for bortfall av beslutningskompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven til 'kvalifisert sannsynlighetsovervekt' som en nødvendig del av beslutningsgrunnlaget før en eventuell lovendring.»

Et innsnevret tvangsbegrep i phvl.

§ 2-1. Krav om motstand

«Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her [uendret]. [ny] **Undersøkelse og behandling av pasienter over 18 år som mangler beslutningskompetanse og som ikke motsetter seg helsehjelpen, kan også skje etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6.»**

Pbrl. § 4-6 strekker **frivillighet** til å omfatte pasienter som **«avfinner seg med»** et «alvorlig inngrep». Ved motstand fra pasienten gir ikke pbrl. § 4-6 inngrepshjemmel.



Endret formålsbestemmelse – Tydeliggjøring eller forskjønning?

Formålet med loven her er å sikre *helsehjelp av god kvalitet for personer med psykiske lidelser* og at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. *Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienter, nærmeste pårørende og helse- og omsorgstjenesten.* Det er et formål med reglene å forebygge, begrense *og fremme riktig bruk* av tvang.

[Er det en mulig motsigelse mellom å «begrense» og å «fremme riktig» bruk av tvang?]

Fra «samtykkekompetanse» til «beslutningskompetanse»

Ikke overraskende ble terminologien/begrepene endret. **Nekting** står jo **mer sentralt** enn **samtykke** i forståelsen av bestemmelsene som vektlegger «samtykkekompetanse», foreslått i NOU 2011: 5

En tydeliggjøring av at pasienten som utgangspunkt har rett til både å **samtykke til**, og en tilsvarende rett til, å **nekte å ta imot** helsehjelp

Begrepsendringen ble vedtatt i pbrl. § 4-3, men samtidig også i øvrig helselovgivning der begrepet er brukt med henvisning til bestemmelsen i pbrl. § 4-3. Også flere andre endringer i pbrl. § 4-3

Endringene i pbrl. § 4-3 (1)

[Første ledd om aldersgrenser videreføres uendret.]

[Tidl. andre ledd om sykdomsvilkåret og «åpenbart»-kravet er opphevet, og erstattet av nytt andre ledd med bedret konkretisering av kravene til (1) bortfall av kompetanse samt (2) endret beviskrav]

(2) Beslutningskompetansen kan bortfalle dersom det er **overveiende sannsynlig** at pasienten ikke er i stand til å forstå **hva den aktuelle beslutningen gjelder** og **konsekvensene av beslutningen**.

[Dette er generelt utformet, og gjelder også for somatisk helsehjelp, transplantasjon, formidling av helseopplysninger, deltaking i forskning mv.]

(3) [Uendret, bare språklige endringer, samt beslutningskompetanse]

Endringene i pbrl. § 4-3 (2)

(4) [som tidligere] Avgjørelse som gjelder manglende *beslutningskompetanse* skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for annet kvalifisert helsepersonell.

(5) [understreking av motstandsaspektet, fjernet «alvorlig sinnslidelse»; en klar forbedring, to vilkår]

Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som [1] mangler *beslutningskompetanse* etter annet ledd og [2] *som motsetter* seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk *helsevernloven*.

[Må ses i sammenheng med at pbrl. § 4-6 ikke da kan anvendes]

Pbrl. § 4-6 har i dag tre ledd

- (1) Dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse etter § 4-3 annet ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om **helsehjelp som er av lite inngripende karakter** med hensyn til omfang og varighet.
- (2) Helsehjelp som innebærer **et alvorlig inngrep** for pasienten, kan gis dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp [presumert samtykke]. Der det er mulig skal det innhentes **informasjon fra pasientens nærmeste pårørende** om hva pasienten ville ha ønsket. Slik helsehjelp kan besluttes av den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter **samråd med annet kvalifisert helsepersonell**. Det skal **fremgå av journalen** hva pasientens nærmeste pårørende har opplyst, og hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatninger.
- (3) Helsehjelp **kan ikke gis** dersom pasienten **motsetter seg** dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

Fire nye ledd vedtatt i pbrl. § 4-6 (1)

(4) «Elektrokonvulsiv behandling kan bare gis dersom vilkårene i psykisk helsevernloven § 4-4b er oppfylt»

(5) Nytt femte ledd omhandler beslutning etter andre ledd om «**alvorlige inngrep**» med krav om **styrket rettssikkerhet** ved psykisk lidelse: «Dersom pasienten har, eller antas å ha, en alvorlig sinnslidelse, skal KKs leder underrettes og motta kopi av relevante journaldokumenter. **KKs leder skal så snart som mulig forvisse seg om at riktig framgangsmåte er fulgt og at beslutningen bygger på en vurdering av vilkårene i andre og tredje ledd.**»

Altså: Nye plikter blir pålagt KKs leder

Fire nye ledd vedtatt i pbrl. § 4-6 (2)

(6) «Når det gis helsehjelp for en alvorlig sinnslidelse etter andre ledd, skal **kontrollkommisjonen**, **hver sjette måned** etter at beslutningen er tatt, **av eget tiltak**, vurdere om lovens vilkår er oppfylt. **Ansvarlig helsepersonell** skal gi kontrollkommisjonen en **oppdatert vurdering** av pasientens situasjon.»

Her et krav om en ny vurderingssituasjon fra hele KK, samt økte oppgaver for klinikere dersom de velger «frivillig innleggelse» etter § 4-6 andre og tredje ledd.

(7) Departementet kan i forskrift fastsette nærmere regler om kontrollkommisjonens virksomhet

Hjemmelen i 7. ledd gjelder for KKs oppgaver etter pbrl. § 4-6, 5. og 6. ledd. Generell hjemmel i phvl. § 6-5

Konsekvenser av endret pbrl. § 4-6

Muligheten for å gi helsehjelp (undersøkelse og behandling) til personer uten beslutningskompetanse, men **som ikke motsetter seg den konkrete helsehjelpen**, blir tilsvarende ved somatiske og psykiske helseutfordringer, men med **økt rettssikkerhet ved psykiske lidelser (KKs oppgave)**.

Lovendringen medfører, som nevnt, at også pasienter uten beslutningskompetanse med alvorlig sinnslidelse, som **ikke motsetter seg**, kan gis helsehjelp etter pbrl. § 4-6, og ikke «bare» etter phvl. kap. 3.

Dermed kan noen flere alvorlig syke pasienter gis behandling for psykisk lidelse ut fra «frivillighet», men da med ekstra rettssikkerhetsgarantier

Ikke et «fritt skjønn»

(Prop. 31 s. 64): «Sterk ambivalens vil ofte føre til at pasienten blir vurdert å yte motstand. Det følger videre av EMDs praksis at hvis realiteten er at man ikke vil komme ut av institusjonen når man ombestemmer seg, skal man tvangsinnlegges.

Departementet legger derfor til grunn at tjenesten, når pasienten framstår som særlig ambivalent og lovens vilkår ellers er oppfylt, bør etablere tvang med hjemmel i phvl. kap. 3»

«Departementet legger videre til grunn at det som hovedregel ikke vil være faglig forsvarlig å treffe beslutning etter pbrl. § 4-6 dersom det er fare for pasientens eget liv eller andres liv eller helse»

FORMELL LEGAL STATUS VS. REELL BRUK AV TVANG

LIKEGYLDIGHET – OVERTALELSE – LOKKEMIDLER – TRUSLER – MAKT

Oppsøker institusjonen
av egen fri vilje,
fullt ut kompetent

Motsetter seg
inngrepet/
helsehjelpen

FORMELLE TVANGSINNLAGT

FORMELLE
TVANGS-
INNLEGGEL-
SER

STRENGT KOMPETANSEKRAV

TVANGSINNLAGT

Konverteringsforbudet skal også omfatte innlagte med hjemmel i pbrl. § 4-6

Phvl. § 3-4 første ledd, med vedtatt endring i rødt: «Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, **eller med grunnlag i beslutning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6**, kan ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.»

Uendret andre ledd som åpner for konvertering, **men kun ved fare**, som kanskje da, etter Prop. 31, skulle ført til tvangsinnleggelse etter § 3-3

Styrket samfunnsvern – i Prop. 31 behandlet i kapittel 7 (s. 83–104)

- Krav om vurderinger av voldsrisiko, dokumentasjonsplikter mv. (kap. 7.3)
- Videreformidle av informasjon til annet helsepersonell ved fare for andre (kap. 7.5)
- TUD: Kommunen skal involveres (kap. 7.4)
- Økt pårørendeinvolvering, pasienten kan ikke motsette seg informasjonsutveksling ved fare eller om barn involvert (kap. 7.1)
- Pårørendeansvarlig personell (kap. 7.2)

Styrket samfunnsvern (A) – Ta stilling til voldsrisikovurdering

Prop. 31 s. 96: «**Voldsrisikovurdering** handler om å forstå en persons potensial for å utøve vold i framtiden. Samtidig vil personens framtidige livssituasjon og eventuelle intervensjoner som kan forebygge eller bidra til vold, ha stor betydning for om personens voldspotensial slår ut i framtiden. Det finnes altså ikke presise verktøy for å avdekke framtidig voldsrisiko.

Departementet slutter seg derfor til forslaget om at vurderingen av når det bør gjennomføres voldsrisikovurderinger, overlates til faglig ansvarlig.

Departementet foreslår derfor at den faglig ansvarlige når pasienten utøver eller har utøvd vold, har kommet med trusler eller har truende atferd, skal vurdere om det skal gjennomføres en voldsrisikoutredning. ...»

Phvl. § 3-3a nye fjerde til sjette ledd (1)

(4) Dersom pasienten opptrer truende eller utøver vold, **skal** den faglig ansvarlige for vedtaket **vurdere** om pasienten utgjør en **nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse** [fare for andre-vilkåret], jf. §§ 3-2 første ledd nr. 3 andre punktum og 3-3 nr. 3 bokstav b og nr. 4 andre punktum. Det samme gjelder dersom pasienten **tidligere** har opptrådt truende eller utøvd vold.

(5) Den faglig ansvarlige for vedtaket **skal** i situasjoner som i nevnt fjerde ledd **vurdere** om det skal gjøres en **voldsrisikoutredning** og eventuelt utarbeides en **risikohåndteringsplan**.

Phvl. § 3-3a nye fjerde til sjette ledd (2)

(6) Den faglig ansvarlige for vedtaket **skal vurdere** om det er behov for å **innhente opplysninger** fra nærmeste pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre relevante instanser i forbindelse med **vurderingen av farevilkåret** i §§ 3-2 første ledd nr. 3 andre punktum og 3-3 nr. 3 bokstav b og nr. 4 andre punktum, og vilkåret om **manglende beslutningskompetanse**, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Alt innen 24 klokketimer

Klagereglene blir sjuende ledd, og nåværende femte ledd – med forskriftshjemmel – blir åttende ledd

Styrket samfunnsvern (B)

Rett til å videreformidle informasjon

Hpl. § 25:

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Taushetsbelagte opplysninger kan, uavhengig av om pasienten motsetter seg det, gis til samarbeidende personell dersom pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b.

Utvidet rett til å videreformidle informasjon

Lov 1/2026 endrer den bestemmelsen i hpl. § 25:

Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger om en pasient gjøres tilgjengelige for helsepersonell eller annet samarbeidende personell når opplysningene er **relevante og nødvendige for å yte helsehjelp** til pasienten. ...

Det er mottaker som fra 1. juli blir ansvarlig for om opplysningene er **relevante og nødvendige** ...

Departementet kan gi forskrift om tilgjengeliggjøring av opplysninger til helsehjelp og adgangen til å motsette seg slik tilgjengeliggjøring

Utvides retten og plikten til informasjonsutveksling med politiet?

Høringsnotat 4. juli med viktige forslag
til endringer i psykisk helsevernloven
m.m. om utveksling av opplysninger
mellom helsetjenesten og politiet og
PST om personer med psykiske
lidelser og antatt voldsrisiko

Høringsfrist: 4. november 2025

Forslag til ny § 4-11 Varsel til politiet

Ved overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) av pasient som er under tvungent psykisk helsevern med hjemmel i § 3-3 nr. 3 bokstav b, **skal faglig ansvarlig uten hinder av taushetsplikt varsle politiet om overføringen** dersom det vurderes nødvendig av hensyn til samfunnsvernet. **Det samme gjelder når pasienten gis permisjon fra døgnopphold.** Pasienten skal informeres, om mulig på forhånd, om hvilke opplysninger som gis politiet.

Varsling til politiet ved permisjoner og overføring til TUD

Departementene foreslår at politiet skal varsles om at en pasient under tvungent psykisk helsevern som oppfyller farevilkåret (fare for andre), skal ha permisjon fra døgninstitusjon eller utskrives fra døgninstitusjon til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, jf. phvl. § 4-10, jf. § 3-5 tredje ledd, dersom **faglig ansvarlig vurderer at et varsel til politiet er nødvendig av hensyn til samfunnsvernet**

Bestemmelsen vil kunne skape uklar ansvarsdeling mellom helse og politi

Styrket samfunnsvern (C) – Kommuneinvolvering ved TUD i § 3-5

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon dersom dette er et bedre alternativ for pasienten.

Den faglig ansvarlige skal gjøre vurderingen i samråd med kommunale helse- og omsorgstjenester. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til *de som er gitt rettigheter som nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b* og pårørende som pasienten bor sammen med. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse eller ...

Styrket samfunnsvern (D) – Styrket pårørendeinvolvering

Nærmeste pårørendes rett til informasjon går fram av pbrl. § 3-3 første ledd ved beslutningskompetanse: «Dersom pasienten eller brukeren «**samtykker**», skal nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og helsehjelpen som ytes. Det samme gjelder hvis «**forholdene tilsier det**».

Etter andre ledd: Krav på informasjon når pasienten «**åpenbart ikke kan ivareta sine interesser**»

Lovvedtaket innebærer at beslutningskompetente pasienter **ikke skal kunne nekte** pårørendeinvolvering (informasjon og medvirkning) når **hensynet til barn** taler for dette, og heller ikke når pasienten utgjør en **nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse**.

Pbri. § 3-3 nytt tredje ledd

Dersom pasienten eller brukeren har beslutningskompetanse, har pasientens eller brukerens nærmeste pårørende **rett til informasjon** når:

- a. pasienten har en alvorlig sinnslidelse **og** utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse
- b. hensynet **til barn** pasienten eller brukeren har omsorgsansvar for taler for at pårørende skal få informasjon.

Tilsvarende endringer i **medvirkningsbestemmelsen** i pbri. § 3-1, i et nytt fjerde ledd

Styrket samfunnsvern (E) – Pårørendeansvarlig personell

Departementet viser på den annen side til at det allerede generelt er knapphet på personell i spesialisthelsetjenesten og at ansvaret for å sørge for forsvarlige spesialisthelsetjenester til befolkningen er lagt til de regionale helseforetakene. Departementet viser også til at Pårørendeveilederen nylig er revidert, men at det er anbefalt at det gjennomføres en større redigering med opp datering av kunnskapsgrunnlag som fase 2 i arbeidet. Departementet slutter seg derfor til Helse- direktoratets vurdering av at forslaget vurderes i fase 2 av arbeidet med Pårørendeveilederen.

Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste plikt til å ha pårørendeansvarlig personell i denne proposisjonen.

Opprydning vedrørende Kontrollkommisjonens kompetanse

§ 6-4 femte ledd skal nå lyde: «Kontrollkommisjonen skal prøve alle sider av saken. **Ved klage på vedtak etter § 3-3 a om å ikke gjennomføre tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og vedtak etter § 3-7 andre eller tredje ledd om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, kan kontrollkommisjonen bare ta stilling til om vedtaket er i samsvar med loven og ikke selv treffe vedtak om bruk av tvang.**»

I spesielle merknader: «Det innføres et unntak fra forvaltningslovens generelle regler om klageinstansenes kompetanse. Kontrollkommisjonen skal ikke selv kunne treffe tvangsvedtak.»

Løpende vurdering av om vilkår for ulike typer tvangsvedtak

Det ble vedtatt en **ny** phvl. § 4-2 a krav til «Løpende vurdering av om lovens vilkår er oppfylt»:

«Lovens vilkår for tvangsbruk skal være oppfylt hele tiden mens vedtaket gjennomføres. Dersom vilkårene ikke lenger er oppfylt, skal tiltaket avbrytes straks og vedtaket oppheves.»

Bestemmelsen ble sterkt anbefalt av Sivilombudet
Etter forarbeidene gjør bestemmelsen «det tydelig at **alle vilkår** for tvangsbruk må være oppfylt **hele tiden** mens vedtaket gjennomføres»

Løpende vurdering ved tvangsvedtak

Utgangspunktet for blant annet SO var en ønsket lovfesting om at **bruk av mekaniske tvangsmidler** må være «**uomgjengelig nødvendig**» hele tiden mens tvangsmidlet brukes. ... «Kravet om at alle vilkårene til enhver tid må være oppfylt, gjelder på den annen side for all bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. En særskilt tydeliggjøring av at vilkåret om at mekaniske tvangsmidler må være uomgjengelig nødvendige må være oppfylt hele tiden, vil kunne skape tvil om hvorvidt det samme gjelder ved gjennomføring av andre tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven.» **Derfor ble forslaget til vedtak at det skulle tydeliggjøres at alle vilkårene for tvangsbruk må være oppfylt hele tiden. Står ikke noe om nye dokumentasjonskrav**

UNN om løpende vurdering av om vilkår for ulike typer tvangsvedtak

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) fant at **forslaget framsto som rimelig selvsagt og i tråd med dagens lovverk**, men understreket i sitt høringssvar:

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

Departementet besvarer ikke denne utfordringen

Oppsummerende om lovendringene

- Gode regelendringer ved **terminologiskiftet** fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse
- Tviler mer på det hensiktsmessige ved det nye beviskravet («**overveiende sannsynlig**»); uklart hvordan dette skal tolkes, og her blir det tolkningsforskjeller, mye ved hva som «skal oppnås». **Økt makt til klinikerne?**
- Usikker på betydningen av **økt vekt på manglende motstand** når personen mangler beslutningskompetanse
- **Taushetsplikten legges stadig mer på strekk**, og verre blir det
- Stor tro på bruken av voldsrisikovurderinger, uten at dette instrumentet alltid fungerer. **Ny ansvarsoverføring** til psykisk helsevern for ivaretagelse av **samfunnsvernet**