Helsedirektoratet

Kontrollkommisjonskonferansen 2026

Erfaringer med lovendringene som trådte i kraft 1. juni 2026

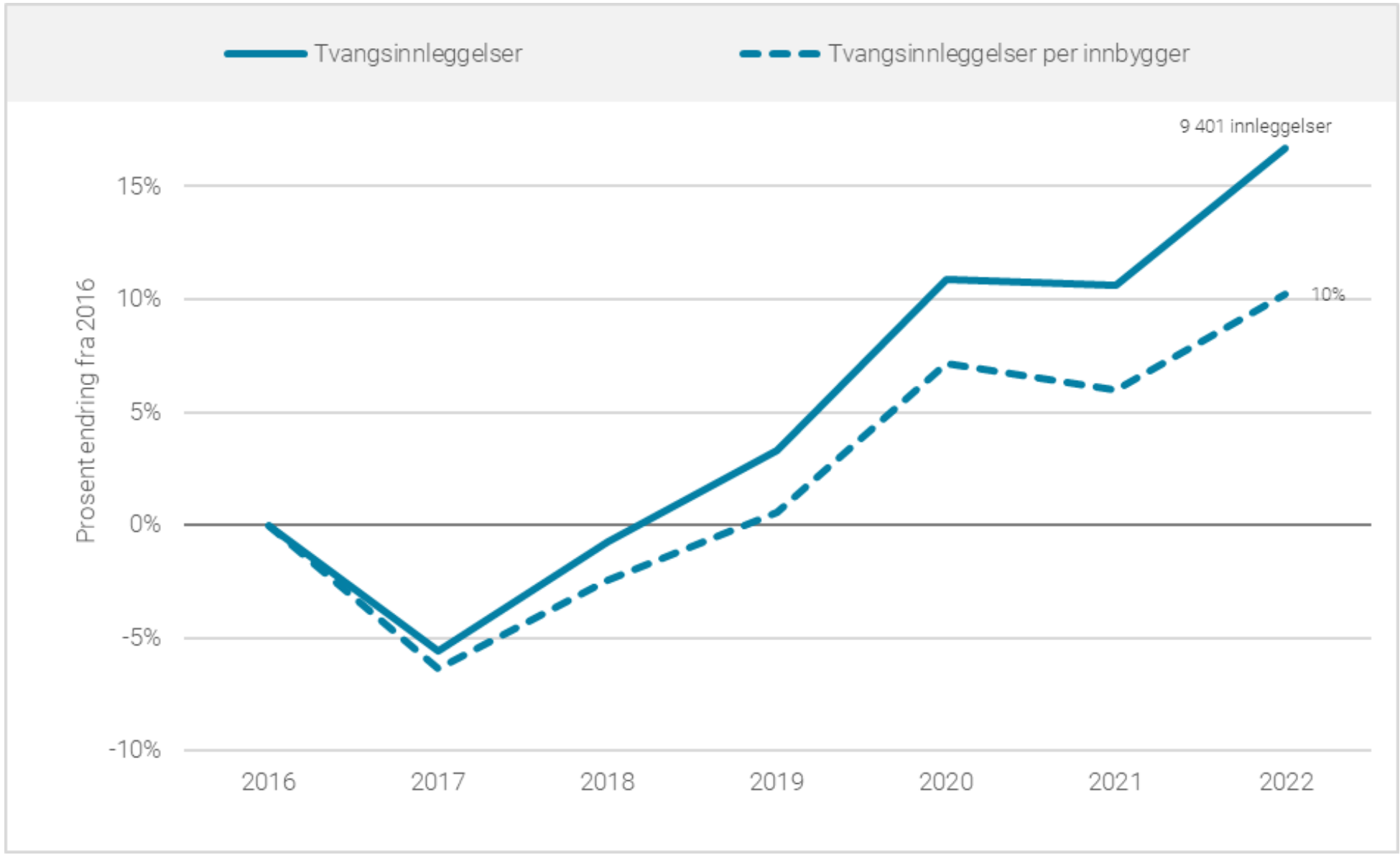
Spesialrådgiver Vårin Hellevik, sjefpsykolog Asbjørn Kolseth, kontrollkommisjonsleder Kari Paulsrud, kontrollkommisjonsleder Liv Solveig Pettersen, med flere

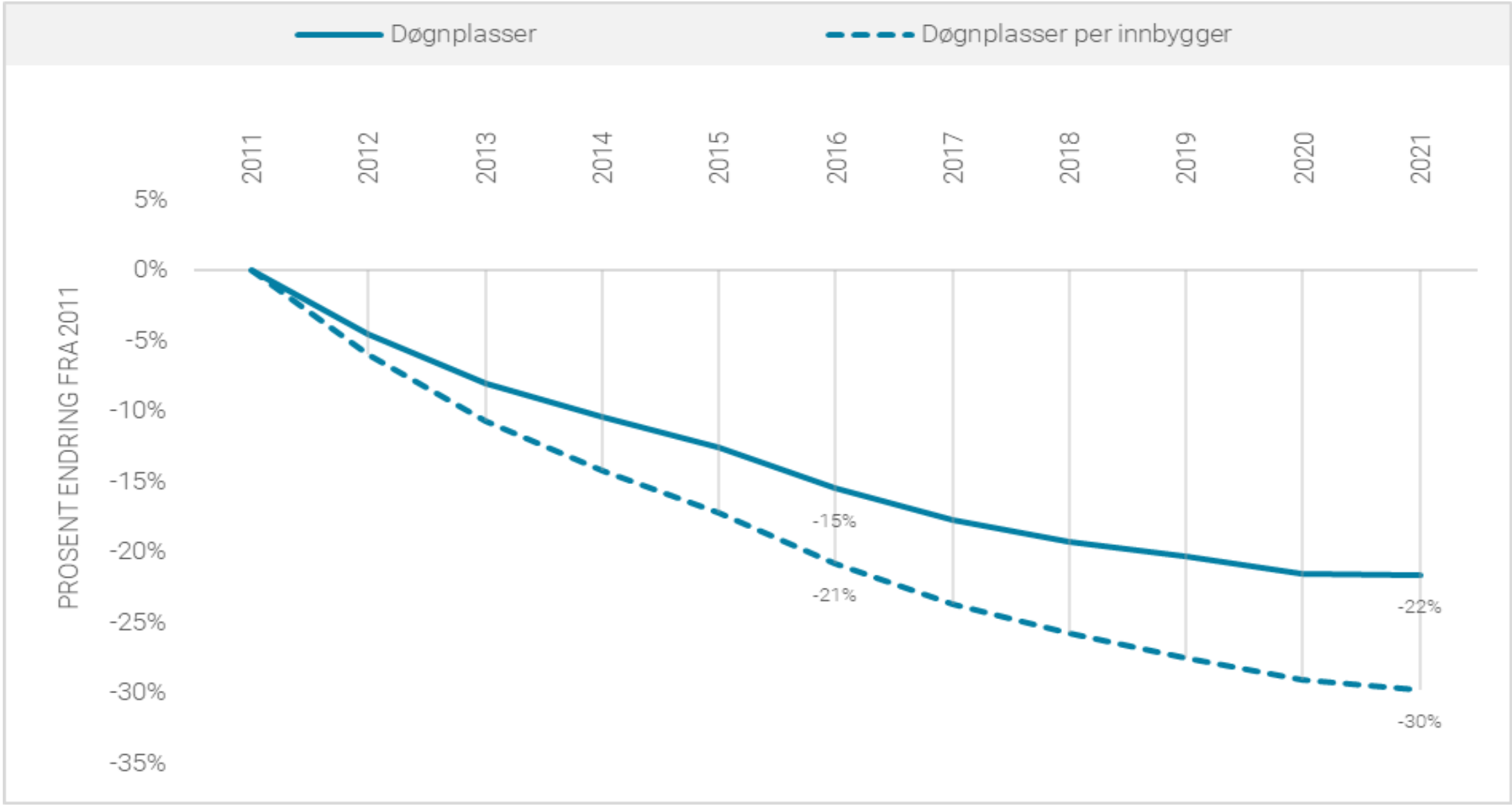
- Pbrl. § 4-3, **senket beviskrav** for manglende **beslutningskompetanse**
- Pbrl. § 4-6, utvidet mulighet for å gi helsehjelp til pasienter som **ikke motsetter seg**
- Phvl. § 3-3 a, presisering av krav til **informasjonsinnhenting og risikovurderinger**
- Phvl. § 4-4 b, vedtak om **ECT** uten eget samtykke
- Phvl. § 4-8 a, mulighet for å gjennomføre tvangsmedisineringsvedtak **i sykehjem**
- Psykisk helsevernforskriften § 28, vedtak om **mekanisk tvangsmiddel inntil 8 timer**

Pbrl. § 4-3, senket beviskrav for manglende beslutningskompetanse

- **Senket beviskrav fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig»**
- Skal bedre balansen mellom pasientens rett til selvbestemmelse og rett til helsehjelp
  - Tillater større rom for tvil

- *«Overveiende sannsynlig»* - betyr alminnelig sannsynlighetsovervekt, altså mer enn 50 prosent sannsynlighet, for at personen «ikke er i stand til å forstå hva beslutningen gjelder og konsekvensene av denne».


Tvangsinnleggelser
Tvangsinnleggelser per innbygger
9 401 innleggelser
10%
15%
10%
5%
0%
-5%
-10%
Prosent endring fra 2016
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022


Døgnplasser
Døgnplasser per innbygger
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
5%
0%
-5%
-10%
-15%
-20%
-25%
-30%
-35%
PROSENT ENDRING FRA 2011
-15%
-21%
-22%
-30%

Pbrl. § 4-3, senket beviskrav - innspill

- Fra brukerhold,
  - Kritisk til senket beviskrav. Mer skjønn til faglig ansvarlig. Fare for at for mye tvang.
- Fra behandlere,
  - Nå er beviskrav mer i takt med praksis.
  - Positivt. Kunne foreta en årsforlengelse av TPH med noe tvil.
  - Lettere gå fra § 3-2 til § 3-3 og dermed få startet nødvendig tvangsbehandling.

Utvidet mulighet for å gi helsehjelp til pasienter med «alvorlig sinnslidelse» som ikke motsetter seg, pbrl. § 4-6

Tidligere	Samtykke	Tvangsvedtak	
Endring 1.6.2026	Samtykke	Beslutning om helsehjelp som pasienten ikke motsetter seg	Tvangsvedtak

Pbrl. § 4-6 – innspill fra psykisk helsevern

- Innsigelse fra behandlere til at behandling av alvorlig sinnslidelse behandles annerledes enn somatisk behandling etter § 4-6, med *krav til involvering av kontrollkommisjon.*

- En pedagogisk ulempe at det rettslige grunnlaget for behandling i § 4-6 ikke er nevnt i § 3-3 eller § 4-4.

Pbrl. § 4-6 – innspill fra psykisk helsevern

- Oppleves uklart om § 4-6 skal brukes ved tvungent vern uten døgnopphold (TUD):
  - Vanskelig å vurdere hva som ligger i «motstand». Er det ok med § 4-6 beslutning om medikamentell behandling når pasienten egentlig er uenig i behandlingen, men sier ja?

- Hvis behandling etter § 4-6 behandling er mulig , er vel TUD ofte unødvendig?

Pbrl. § 4-6 – innspill fra psykisk helsevern

- Det treffes nok for få slike beslutninger. For mange med manglende beslutningskompetanse er fremdeles på «eget samtykke», jf. phvl. § 2-1 (dette har vært en feil/ et problem både før og etter 1. juni 2026)

- Feilen gjøres fordi det er tidsbesparende og fordi det er uvant å skulle bruke § 4-6. Hvordan kan dette endres? Forlag fra tjenesten:

  - Ved tilsyn vil ledelsen få økt fokus og gi ressurser til dette
  - Ved at kontrollkommisjoner vurderer beslutningskompetanse hos § 2-1 pasienter, vil det kunne oppdages pasienter som bør ha § 4-6 beslutning

Pbrl. § 4-6 – innspill fra psykisk helsevern

- Brukte § 4-6 etter periode med tvungen observasjon med kjent pasient som samarbeidet godt til tross for manglende beslutningskompetanse. Uttrykte “Greit, jeg sover jo bedre på medisinen”. Innleggelse og behandling med antipsykotika i samme beslutning.

Pbrl. § 4-6- innspill fra psykisk helsevern

- Pasienter på tvungent psykisk helsevern betaler ikke egenandel for antipsykotika.
  - Problemstilling at noen pasienter/ behandlere av den grunn foretrekker tvang fremfor frivillighet av økonomiske grunner.
- Dette blir ytterligere aktualisert nå ved at pasienter som behandles med antipsykotika etter § 4-6 andre ledd må betale egenandel.

Pbrl. § 4-6– innspill fra andre deler av helsetjenesten enn psykisk helsevern

- Svært få beslutninger etter pbrl. § 4-6 andre ledd knyttet til behandling av alvorlig psykisk lidelse fra andre deler av helse- og omsorgstjenesten så langt (ifølge kontrollkommisjoner utpekt til å kontrollere disse)
- Kommunene er noe uforberedt, avventede og spørrende til lovendringen
- Spørsmål fra kommunen om det forventes en forskyvning av behandling av alvorlig sinnslidelse til kommunen (svar: nei, men noen flere kan få behandling)
- Innspilt risiko: pasienter som ikke motsetter seg vurderes beslutningskompetent, slik at man unngår samhandlingskravet med kontrollkommisjon.

Pbrl. § 4-6 – innspill fra andre deler av helsetjenesten enn psykisk helsevern

Fra sykehjemsleger:

- Uklart når adferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) regnes som «alvorlig sinnslidelse» og § 4-6 andre ledd dermed er aktuell.

- Om kontrollkommisjonens kontroll av slik beslutninger:

Hvorfor kontrollkommisjonen og ikke statsforvalteren?

Rettslig regulering av bruk av psykofarmaka ved demens

Denne informasjonen er spesielt rettet til helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten i kommunen (landets kommuneoverleger, fastleger og sykehjemsleger) og i alderspsykiatrien.

Innhold på denne siden

- Bakgrunn og lovendringer jf. Prop. 31 L (2024–2025)
- Kort om demens og om det helsefaglige grunnlaget for bruk av psykofarmaka
- Ulike rettslige grunnlag for behandlingen
  - Behandling med psykofarmaka etter pasientens samtykke
  - Behandling med psykofarmaka når pasienten mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen
  - Behandling med psykofarmaka når pasienten motsetter seg helsehjelpen
  - Behandling med psykofarmaka etter pbrl. kap. 4A
  - Behandling med psykofarmaka med hjemmel i helsepersonelloven (hpl.) § 7 «øyeblikkelig hjelp»
- Mal for beslutning om behandling med psykofarmaka av ansvarlig helsepersonell, jf. pbrl. § 4-6 annet ledd

Bakgrunn og lovendringer jf. Prop. 31 L (2024–2025)

1. juni 2026 trådte det i kraft endringer i psykisk helsevernloven (phvl.) og pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.), jf. Prop. 31 L (2024–2025).

To av lovendringene er spesielt viktige for rettslig adgang til behandling med psykofarmaka ved demens, se kap. 3.2 og 3.3 nedenfor.

Psykofarmaka brukes her som en samlebetegnelse for legemidler som benyttes i behandlingen av psykiske lidelser, for eksempel antipsykotika og antidepressiva.

Det er kun det rettslige grunnlaget for behandling som ble endret. Helsedirektoratets føringer for faglig forsvarlig praksis er de samme, se kap. 2.

- Det åpnes for at behandling av pasient som mangler beslutningskompetanse, som ikke motsetter seg behandlingen, og som har en alvorlig sinnslidelse (phvl. § 3-3 nr. 3), kan skje med hjemmel i pbrl. § 4-6 annet ledd etter beslutning av ansvarlig behandler (lege). Se kapittel 3.2 nedenfor.
- Når pasient er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold med bosted på sykehjem, jf. phvl. § 3-5 tredje ledd, åpnes det for at tvangsmedisinering etter phvl. § 4-4 kan gjennomføres på sykehjemmet, om nødvendig med fysisk makt, jf. ny phvl. § 4-8 a. Se kapittel 3.3 nedenfor.

Helsedirektoratet er kjent med at det er ulik praksis og oppfatning av det rettslige grunnlaget for behandling med psykofarmaka ved demens. I tillegg er det utfordringer med forskrivningspraksisen for bruk av psykofarmaka i sykehjem. Det er et vedvarende høyt forbruk av psykofarmaka, dette til tross for at alle faglige anbefalinger foreslår en restriktiv bruk til eldre generelt, og til personer med demens spesielt. Se Nasjonalt senter for aldring og helse sin rapport Foreskriving av psykofarmaka i norske sykehjem, 2026.

Vi håper at veiledningen i denne artikkelen vil bidra til at behandlingen skjer i tråd med lov og faglige retningslinjer.

Kort om demens og om det helsefaglige grunnlaget for bruk av psykofarmaka

Fra skrivet Rettslig regulering av psykofarmaka ved demens

«Hvorvidt psykiske symptomer som følge av demens kan karakteriseres som alvorlig sinnslidelse, må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. I demensretningslinjen kap. 16 fremgår det at personer med noen former for demens, i noen tilfeller kan behandles med atypiske antipsykotika ved **psykotiske symptomer og/eller aggressiv agitasjon. Dette gjelder i tilfeller der pasienten har psykotiske symptomer og et betydelig lidelsestrykk/aggressivitetsnivå**. Ofte vil slike tilfeller dreie seg om alvorlig sinnslidelse.»

Phvl. § 3-3 a, informasjonsinnhenting og risikovurderinger

Lovfesting av faglig ansvarliges **plikt** til å vurdere **fare**/voldsrisiko, og **plikt** å vurdere innhenting av opplysninger fra andre

- Phvl. § 3-3a nytt fjerde til sjette ledd
- Dersom pasienten opptrer/har opptrådd truende eller utøver/har utøvd vold:
  - foreta farevurdering, og
  - vurdere voldsrisikoutredning/ risikohåndteringsplan
  - vurdere å innhente opplysninger fra nærmeste pårørende, kommunal helsetjeneste, andre instanser som politi
    - Gjelder også ved vurdering av beslutningskompetanse

Vedtak om elektrokonvulsiv behandling (ECT), phvl. § 4-4 b

Lovfester og avgrenser bruk av ECT uten samtykke

- Krav om **manglende beslutningskompetanse**
- Krav om at pasienten **ikke** motsetter seg
  - (§ 4-4 b opphever likevel ikke ø-hjelpsplikten etter hpl. § 7)
- Krav om a**lvorlig fare for pasientens liv** i løpet av **få uker**

Phvl. § 4-4 b ECT -innspill

Presisering av hvem som skal treffe slikt vedtak:

Vedtaket om ECT treffes av faglig ansvarlig som må være spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Vedtaket bør treffes av faglig ansvarlig lege for behandlingen av pasientens psykiske lidelse. Vedkommende vil være best egnet til å vurdere pasientens psykiske og fysiske tilstand og hvilke andre behandlingsalternativer som har vært utprøvd og hvilken effekt de har hatt, samt til å vurdere pasientens beslutningskompetanse og eventuelle uttrykk for motstand.

ECT *utføres* som regel av leger i spesialisering (LIS), spesialsykepleiere eller psykolog. Psykiater som har ansvar for ECT-lokasjonen utfører som regel ikke behandlingen, og er som regel heller ikke til stede ved behandlingen.

Vedtaket skal treffes i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Dette kan være helsepersonell som, i likhet ved vedtaksfatter, deltar i behandlingen av pasientens psykiske lidelse på sengepost, men det kan også være helsepersonell som utfører ECT/har ansvar for ECT-lokasjonen. Det stilles ikke krav om at det er en lege.

ECT - innspill

- Når er noe motstand mot behandlingstiltaket? Generell motstand (gå ut av rommet, jeg vil ingenting, jeg fortjener ikke behandling) vs. «jeg vil ikke ha ECT».
  - Lovens ordlyd. «ikke motsetter seg slik behandling»

- Hvor langt går ø. hjelp?

Legemiddelbehandling uten eget samtykke (§ 4-4) på sykehjem

- Ny bestemmelse i phvl. § 4-8 a

- Vedtak om «tvangsmedisinering» jf. phvl. § 4-4 skal kunne gjennomføres for pasienter som **bor på** sykehjem, om nødvendig med fysisk makt.

Phvl. § 4-8 a - innspill

- Sykehjem og omsorgsboliger er ofte lokalisert sammen. Ønske om at bestemmelsen også omfatter omsorgsbolig.

- I grisgrendte strøk er sykehjem langt fra psykisk helsevern. Sykehjem strever med å få pasienter under tvunget psykisk helsevern. Faglig ansvarlig kjører ikke tre timer for etablering av tvungent vern og § 4-4 vedtak.

Psykisk helsevernforskriften § 28, vedtak om mekanisk tvangsmiddel inntil 8 timer

- Det kreves nytt vedtak om mekanisk tvangsmiddel etter 8 timer.
  - Sikrer tettere oppfølging av faglig ansvarlig og kontrollkommisjon, og bedre oversikt over omfang av bruk.
- Hdir fortolkning sier at faglig ansvarlig må inn i vurderinger etter første hastevedtak:
  - Helsedirektoratet vurderer at ved fortsatt bruk av mekaniske tvangsmidler utover åtte timer må faglig ansvarlig inn i vurderingen av om det skal fattes et nytt vedtak. Utenfor ordinær arbeidstid kan gjøres per telefon før det foregående vedtaket utløper, og baseres på informasjon fra annet helsepersonell der faglig ansvarlig vurderer det som tilstrekkelig. Institusjonene skal være organisert slik at spesialist i psykiatri alltid kan konsulteres og ved behov tilkalles.

Til diskusjonen om utskrivningsklare pasienter som «sitter fast» på lukket post

I psykisk helsevernforskriften § 14 fremgår at tvungent vern uten døgn (TUD) ikke kan etableres dersom pasienten mangler et sted å bo

I rundskrivstekst rundskriv til forskriften § 14 står det:

«.. I disse tilfellene vil ikke tvang uten døgnopphold være et bedre alternativ enn døgnopphold. Med bosted menes i denne sammenheng eget hjem (eid eller leid), ***helseinstitusjon****, og, helt unntaksvis, institusjon i kriminalomsorgen, opphold på hospits eller lignende eller opphold hos familie og venner. »*

- Vedkommende på TUD ***kan altså ha opphold på åpen døgnpost selv om bolig ikke er klar***

Vel hjem!

Velkommen til neste års kontrollkommisjonskonferanse

8-9 november 2027 Radisson Blu Scandinavian hotell, Oslo