

Til alle landets kommuner

Deres ref.:
Vår ref.: 26/3495-4
Saksbehandler: Trine Grøslie Stavn
Dato: 22.06.2026

Informasjon om lovendringer

Det bes om at dette brevet videresendes til kommuneoverleger, fastleger, sykehjemsleger og andre leger ansatt i kommunen.

1. Innledning

Det vises til informasjonsbrev og webinar om endringer i psykisk helsevernloven (phvl.) og pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) som trådte i kraft 1. juni 2026. Se under overskriften [Informasjon om lovendringer](#).

For øvrig vises til oppdatert [rundskriv til psykisk helsevernloven, rundskriv til pasient- og brukerrettighetsloven](#) og [rundskriv til psykisk helsevernloven](#).

Flere av landets kommuneoverleger har etterspurt ytterligere veiledning. Nedenfor gis en nærmere beskrivelse av det vi har fått tilbakemelding om kan fremstå uklart.

2. Beslutninger om helsehjelp etter pbrl. § 4-6 andre ledd

Det åpnes nå for at psykisk helsehjelp til pasient som både mangler beslutningskompetanse, **ikke** motsetter seg behandlingen og **har en alvorlig sinnslidelse** ([phvl. § 3-3 nr. 3](#)), kan gis med hjemmel [i pbrl. § 4-6 andre ledd](#) etter beslutning av ansvarlig behandler.

Før 1. juni kunne dette bare skje med hjemmel i psykisk helsevernlovens tvangsregler. Nå kan dette altså skje som "frivillig behandling" etter beslutning av behandler, på samme måte som ved helsehjelp for øvrige psykiske lidelser og somatiske lidelser. Kontrollkommisjonen i psykisk helsevern skal kontrollere beslutningen dersom det er helsehjelp for en **alvorlig sinnslidelse**, se nedenfor.

Helsehjelp for psykiske lidelser som ikke er å anse som "alvorlig sinnslidelse", for eksempel angst og depresjon, kan (fremdeles) behandles etter § 4-6 annet ledd uten at kontrollkommisjonen involveres.

Helsedirektoratet

Avdeling for rettssaker og helserett

Trine Grøslie Stavn

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4 • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Beslutning om legemiddelbehandling ved alvorlig sinnslidelse vil typisk være behandling med antipsykotika. Beslutning skal tas av den som er ansvarlig for helsehjelpen, for eksempel:

- **fastlege**
- **lege i kommunenes psykisk helse- og rusarbeid/team**, herunder FACT-team
- **sykehjemslege**, se dette omtalt i [Rettslig regulering av bruk av psykofarmaka ved demens](#) kap. 3.2.

Dersom det treffes beslutning om å gi helsehjelp for en alvorlig sinnslidelse etter pbrl. § 4-6 andre ledd, skal lederen for kontrollkommisjonen for psykisk helsevern underrettes og få kopi av relevante deler av pasientens journal fra ansvarlig helsepersonell, se rundskriv til [pbrl. § 4-6 femte ledd](#). Dersom behandlingen varer seks måneder skal ansvarlig helsepersonell gi kontrollkommisjonen en oppdatert vurdering av pasientens situasjon, se bestemmelsens sjette ledd.

I [psykisk helsevernforskriften § 37](#) fremgår at helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten skal gi opplysninger og fremlegge dokumenter som kontrollkommisjonen vurderer som nødvendige for utøvelsen av sin virksomhet, inkludert selve beslutningen om helsehjelp etter pbrl. § 4-6 annet ledd.

Det som skal fremlegges for kontrollkommisjonen vil være selve journalnotatet hvor § 4-6 – beslutningen fremgår. I tillegg skal ytterligere journalnotater fremlegges dersom kontrollkommisjonen mener det er nødvendig for å se om bestemmelsens vilkår er vurdert. Kontrollkommisjonen kan også få slik supplerende informasjon i samtale med ansvarlig behandler.

Ansvarlig behandler skal underrette kontrollkommisjonen når beslutningen er truffet. Det er ikke en klar tidsfrist, men det må etableres rutiner som sikrer at dette skjer i løpet av få dager. Dersom behandlingstiltaket varer seks måneder, skal ansvarlig behandler/ institusjonen sørge for at kontrollkommisjonen får et journalnotat med en oppdatert vurdering av pasientens situasjon. Journalnotatet skal fremlegges i noe tid før seks måneder, slik at kontrollen kan skje ved seks måneder.

Legen/ev. sykehjemmet må kontakte aktuelle kontrollkommisjon og avtale/ev. utarbeide en rutine for hvordan beslutninger skal oversendes. Dette vil kunne skje pr. papirpost, kryptert e-post eller ved fysisk overrekkeelse/bud.

Alle landets statsforvaltere har pekt ut kontrollkommisjoner som skal ha ansvar for slike beslutninger som er gjort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Liste over aktuelle kontrollkommisjoner finnes på nettsiden [Kontrollkommisjonen i psykisk helsevern](#) under overskriften "Kontakt kontrollkommisjonene".

3. Endringene i bestemmelsen om hvem som har beslutningskompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3

Beslutningskompetanse vil si en persons evne til å ta avgjørelser i spørsmål om helsehjelp. Reglene om beslutningskompetanse går fram av [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3](#). Bestemmelsen regulerer hvem som har beslutningskompetanse og i hvilke situasjoner denne

kan falle bort. Endringene i bestemmelsen gjelder hovedsakelig reglene om bortfall av beslutningskompetanse i **andre ledd**. De viktigste endringene er som følger:

- Begrepet "samtykkekompetanse" er erstattet av begrepet "beslutningskompetanse". Endringen skal tydeliggjøre at pasienten har rett til både å samtykke til og nekte å ta imot helsehjelp.
- Videre er kravet om at den manglende forståelseevnen må skyldes sykdom, det såkalte sykdomsvilkåret, opphevet. Manglende forståelseevne vil likevel som oftest ha sammenheng med pasientens helsetilstand, men det er ikke lenger et krav om årsakssammenheng mellom helsetilstanden og den manglende forståelsen.
- Det er tydeliggjort at vurderingen av beslutningskompetansen går ut på å vurdere om pasienten er i stand til å forstå både hva den aktuelle beslutningen om helsehjelp gjelder og konsekvensene av beslutningen.
- Den viktigste endringen i bestemmelsen er at beviskravet for manglende beslutningskompetanse senkes fra tidligere «åpenbart» til «overveiende sannsynlig». Med «overveiende sannsynlig» menes mer enn 50 prosent sannsynlighet. Beviskravet gjelder vurderingen av om pasienten er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen.

Helsepersonell må altså finne det mer sannsynlig at pasienten ikke er i stand til å forstå hva den aktuelle beslutningen gjelder og konsekvensene av beslutningen enn at pasienten forstår. Det nye beviskravet tillater derfor en **større grad av usikkerhet** knyttet til vurderingen av pasientens beslutningskompetanse enn tidligere.

4. Ny bestemmelsen i psykisk helsevernloven § 4-8 a om legemiddelbehandling uten eget samtykke på sykehjem

Det åpnes nå for at vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke med hjemmel i [phvl. § 4-4](#) jf. [§ 4-4a](#) kan gjennomføres på sykehjem, om nødvendig med fysisk makt, dersom vilkårene for det er oppfylt. Dette gjelder for pasienter som bor på sykehjem og samtidig er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, jf. [phvl. § 3-3](#), jf. [§ 3-5 tredje ledd](#).

Hovedmålgruppen for bestemmelsen vil være pasienter som har en alvorlig demenssykdom i tillegg til en alvorlig sinnslidelse. Pasienter med demenssykdom har likevel ofte liten effekt av antipsykotiske legemidler, samtidig som de ofte får omfattende bivirkninger. Behandling av alvorlige sinnslidelser med antipsykotiske legemidler antas derfor kun å være aktuelt for noen få pasienter i sykehjem. Formålet med den nye bestemmelsen er å unngå at fysisk skrøpelige og sterkt forvirrede personer må transporteres fra sykehjemmet til psykisk helsevern for å få nødvendig behandling.

Vilkårene for å kunne gjennomføre legemiddelbehandling på sykehjemmet fremgår av [phvl. § 4-8 a](#). Hovedvilkåret er at dette er en **klart bedre løsning** for pasienten enn å bli behandlet i institusjon for psykisk helsevern. Det er videre et vilkår at spesialisthelsetjenesten og kommunen har **inngått en avtale** om dette.

Det vil antagelig være mest aktuelt at kommunen tar initiativ til slike avtaler, da pasienten som regel allerede bor på sykehjemmet og helsepersonellet der kjenner pasienten og dennes behov best. Det er frivillig for kommunen om den vil inngå en slik avtale og kommunen kan sette betingelser knyttet til dekning av utgiftene forbundet med gjennomføringen.

Når det gjelder selve **avtalen** om gjennomføringen, herunder hvordan forsvarlighetskravet skal ivaretas for den aktuelle pasienten, er det opp til kommunen og spesialisthelsetjenesten å avtale på hvilket nivå og hvordan dette organiseres. Det må alltid inngås en individuell avtale for den enkelte pasient. Det er likevel ikke noe i veien for at det i tillegg inngås avtaler på overordnet nivå mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten som regulerer administrative spørsmål som for eksempel økonomisk kompensasjon o.l., samt hvordan avtalene og samarbeidet skal gjennomføres på individnivå, se også rundskriv til [psykisk helsevernforskriften § 24 andre ledd](#).

Det avtalte må fremgå av pasientens journal.

Det tvungne vernet og den tvungne legemiddelbehandlingen (phvl. § 4-4a) vil fortsatt være psykisk helsevern sitt ansvar. Det betyr at vedtakene om tvungent vern (iht. phvl. § 3-3 a) og tvungen legemiddelbehandling (iht. phvl. § 4-4 a) skal fattes av faglig ansvarlig etter reglene i psykisk helsevernloven. Dersom det er behov for bruk av tvangsmidlene korttidsvirkende legemiddel eller kortvarig fastholding i forbindelse med setting av depotsprøyte, må også vedtak om tvangsmiddel (iht. phvl. § 4-8 andre ledd c eller d) treffes av faglig ansvarlig i psykisk helsevern.

Det er altså bare den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler og eventuelt med bruk av nevnte tvangsmidler, som kan overlates til helsepersonell på sykehjemmet. Det er altså fastsatt i loven (phvl. § 4-8 a) at noen oppgaver kan gjennomføres i kommunen, iht. avtale mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor være den enkelte avtalen som regulerer gjennomføring og ansvar, og ikke helsepersonelloven § 5 om bruk av medhjelpere. Det forutsettes et tett og godt samarbeid mellom den faglig ansvarlige for tvangsvedtaket i psykisk helsevern og personellet som har ansvar for pasienten på det aktuelle sykehjemmet.

Selv om det åpnes for bruk av tvangsmidlene kortvarig fastholding eller korttidsvirkende legemiddel ved gjennomføring av legemiddelbehandlingen, så legges det til grunn at bruk av slike tvangsmidler sjelden vil være nødvendig. Som følge av stor risiko for alvorlige bivirkninger vil det svært sjelden være aktuelt å gi pasienter med alvorlig demenssykdom og alvorlig sinnslidelse depotinjeksjoner. I praksis betyr det da at de fleste pasientene vil få legemiddelet blandet inn i mat og drikke uten at pasienten får vite det, slik at det ikke vil være behov for bruk av nevnte tvangsmidler.

Det kan likevel ikke utelukkes at enkelte pasienter får depotinjeksjoner, og fysisk motsetter seg dette. Da kan det være nødvendig at faglig ansvarlig i psykisk helseverninstusjonen fatter vedtak om bruk av tvangsmidlene kortvarig fastholding eller korttidsvirkende legemiddel, for at depotinjeksjonen kan gjennomføres. Selv om det er faglig ansvarlig i psykisk helsevern som fatter tvangsmiddelvedtaket, vil helsepersonell på sykehjemmet kunne gjennomføre tvangstiltaket (kortvarig fastholding eller korttidsvirkende legemiddel ved setting av

depotsprøyte). Dette forutsetter at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse slik at gjennomføringen er faglig forsvarlig. Hvis ikke, må helsepersonell fra psykisk helsevern med slik kompetanse eventuelt komme til sykehjemmet. En beskrivelse av gjennomføringen bør fremgå av avtalen.

Når den praktiske gjennomføringen av vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke på denne måten overlates til sykehjemmet, må ansvarlig helsepersonell på sykehjemmet føre pasientjournal hvor informasjon om den løpende gjennomføringen av phvl. § 4-4a vedtaket fremgår, herunder eventuell gjennomføring av vedtak om tvangsmiddel. Den faglig ansvarlige for vedtaket i psykisk helsevern må få nødvendig informasjon om gjennomføringen (senest ved eventuelt nytt vedtak etter tre måneder) og legge disse inn i sitt pasientjournalssystem, blant annet for fremleggelse til kontrollkommisjon. Avtalen bør omtale hvordan og hvor ofte informasjonsutveksling skal skje for den enkelte pasient.

Helsedirektoratet har gitt utfyllende kommentarer til denne nye bestemmelsen i [rundskriv til psykisk helsevernloven § 4-8a](#). Se også [Rettslig regulering av bruk av psykofarmaka ved demens](#).

Det helsefaglige grunnlaget for legemiddelbehandlingen fremgår blant annet av [Helsedirektoratets Nasjonal faglig retningslinje om demens, Veileder om vanedannende legemidler, spesielt kap.5](#) og [Retningslinje psykoselidelser - legemiddelbehandling](#).

5. Delegering av kommuneoverlegens myndighet til å treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse

I ny psykisk helsevernforskrift § 11 andre ledd er kommuneoverlegene gitt en adgang til å delegere sin myndighet til å gjøre vedtak om tvungen legeundersøkelse til kommunalt ansatt lege eller psykolog. Delegering kan også skje til lege eller psykolog som kommunen har avtale med. Kommuneoverlegen gis derfor mulighet til å delegere myndigheten til å treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse også i andre situasjoner enn ved sitt fysiske fravær, så langt det er forsvarlig. Se for øvrig [rundskriv til psykisk helsevernforskriften § 11](#).

Vennlig hilsen

Dag Erlend Reite e.f.
avdelingsdirektør

Trine Grøslie Stavn
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

STATSFORVALTEREN I VESTFOLD OG TELEMAR

STATSFORVALTEREN I INNLANDET

STATSFORVALTEREN I NORDLAND

STATSFORVALTEREN I VESTLAND

HELSE VEST RHF

STATSFORVALTEREN I TRØNDEL

HELSE NORD RHF

HELSE MIDT-NORGE RHF

HELSE SØR-ØST RHF

Landets kontrollkommisjoner

STATSFORVALTEREN I AGDER

STATSFORVALTEREN I ØSTFOLD, BUSKERUD, OSLO OG AKERSHUS

STATSFORVALTEREN I TROMS OG FINNMARK

Helsetilsynet - Tilsyn med barnevern, sosial - og helsetjenestene

STATSFORVALTEREN I MØRE OG ROMSDAL