



NKS Jæren Distriktpsykiatriske Senter AS
Austbøvegen 16
4340 BRYNE

Kontakt saksbehandler

Anders Kvadsheim Mygland, 51568721
e-post: anders.mygland@statsforvalteren.no

Vårt svar på spørsmål om lovendringene som trer i kraft 1. juni

Bakgrunn

Vi holdt foredrag for ansatte på Jæren DPS den 29.04.2026 om hva som ligger i beslutningskompetanse fra 1. juni, hvor vi også gikk kort gjennom enkelte av de andre lovendringene i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven som trer i kraft 1. juni.¹ Vi fikk da to spørsmål som vi vil svare ut her:

- Hvordan skal man forstå motstand mot behandling i psykisk helsevern (typisk behandling med psykofarmaka, men også ernæring for personer med alvorlig spiseforstyrrelse) for personer som mangler beslutningskompetanse knyttet til behandlingen? Dette vil være avgjørende for om det må fattes tvangsbehandlingsvedtak etter psykisk helsevernloven §§ 4-4 og 4-4 a.
- Fra 1. juni blir det – etter nærmere vilkår og avtale med kommunen – hjemmel for å gjennomføre tvangsmedisineringsvedtak på sykehjem med tvang, så lenge pasienten er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og overlege i psykisk helsevern er ansvarlig for vedtaket. Hvis det er nødvendig å holde pasienten på sykehjemmet for å få satt depotinjeksjon med tvang, så er spørsmålet om personell fra psykisk helsevern kan være med på å gjennomføre tvangen på sykehjemmet, og hvordan dette da er regulert.

Vi vil sende egen kopi dette brevet til Helse Stavanger, Klinikk psykisk helsevern voksne og Klinikk psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige og til Helse Fonna. Vi sender også egen kopi av brevet til kommunene i fylket, siden noe av det vi skriver her også er relevant for kommunene.

Statsforvalterens kommentarer

1. Hvordan skal motstand mot behandling forstås og vurderes?

Pasienter som har en alvorlig sinnslidelse, som mangler beslutningskompetanse knyttet til behandlingen og som *ikke* motsetter seg helsehjelpen, kan fra 1. juni gis psykisk helsehjelp med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd. I motsetning til i dag, kan disse

¹ Disse lovendringene beskrives i [Helsedirektoratets brev av 03.03.2026](#).



pasientene da behandles for den alvorlige sinnslidelsen uten tvangsvedtak, så lenge de ikke viser motstand mot behandlingen.²

Helsehjelpen vil i praksis gis som innleggelse i psykisk helsevern og/eller som legemiddelbehandling besluttet i spesialisthelsetjenesten eller i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Den ansvarlige for helsehjelpen etter § 4-6 andre ledd kan altså arbeide i spesialisthelsetjenesten, herunder psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), eller i kommunal helse- og omsorgstjeneste, for eksempel som fastlege, sykehjemslege eller fengselslege.

Departementet har gjennomgått hvordan denne lovendringen skal forstås i [Prop. 31 L \(2024-2025\)](#) punkt 6.1.5.

Denne type behandling av en alvorlig sinnslidelse vil være et «*alvorlig inngrep*» etter § 4-6. Det betyr at behandlingen fra 1. juni vurderes etter § 4-6 andre ledd, så lenge pasienten ikke viser motstand mot helsehjelpen. Fra 1. juni skal dette fremgå av psykisk helsevernloven § 2-1, som fra den datoen har denne ordlyden:

«Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følger av loven her. 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.»

Paragraf 4-6 andre ledd lyder slik før og etter 1. juni:

«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. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Slik helsehjelp kan besluttet 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.

Det avgjørende for om det skal fattes et tvangsmedisineringsvedtak etter psykisk helsevernloven §§ 4-4 og 4-4 a eller om det skal fattes en avgjørelse i journal etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 andre ledd, er altså om pasienten «motsetter» seg behandlingen. I Prop. 31 L (2024-2025) punkt 6.1.5.4 står det følgende om dette:

«Departementet har forståelse for at det kan være vanskelig å vurdere om manglende aktiv motstand faktisk betyr at pasienten ønsker å motta den tilbudte helsehjelpen. Departementet har derimot vanskeligere for å se at risikoen for feilvurderinger er større når pasienten vurderes å ha behov for helsehjelp som følge av psykiske lidelser enn når pasienten har somatiske lidelser.

Departementet legger til grunn at motstand skal forstås på samme måte som ved somatiske helseutfordringer, dvs. at både fysisk, verbal og antatt motstand skal omfattes. [...]»

Departementet viser videre til at denne beskrivelsen av motstand i Helsedirektoratets rundskriv *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, i [merknadene til § 4A-2](#):

² Se [Helsedirektoratets tolkningsuttalelse av 04.06.2018](#) om hvordan regelverket rundt dette skal forstås frem til 1. juni.



«Pasientens motstand kan komme til uttrykk verbalt eller fysisk. Uttrykksformen er ikke avgjørende. Å avgjøre om pasienten motsetter seg helsehjelpen, blir i mange tilfelle et spørsmål om å tolke reaksjonene til pasienten. Dette krever gjerne god kjennskap til vedkommende. Utgangspunktet for kapittel 4A er at pasienter i størst mulig grad skal få den helsehjelpen som de antas å ville ha takket ja til dersom de hadde hatt samtykkekompetanse. I denne sammenhengen er det viktig å understreke at også en pasient uten samtykkekompetanse kan ha rasjonelle grunner til å motsette seg helsehjelpen.

Tilgjengelig informasjon om pasienten og vedkommendes grunner for motstand skal inngå i beslutningsgrunnlaget når det treffes vedtak om helsehjelp etter kapittel 4A. Nærmeste pårørende kan ofte gi viktig informasjon. Helsepersonell som har arbeidet tett med pasienten over tid, kan også bidra med informasjon som klargjør hvilke ønsker og motforestillinger pasienten har med hensyn til den helsehjelpen som blir tilbudt. Det følger dessuten av kravet til faglig forsvarlig hjelp i helsepersonelloven § 4 at den som tar avgjørelse om å gi helsehjelp til en pasient som motsetter seg helsehjelpen, plikter å ta avgjørelsen på faglig forsvarlig grunnlag.

I vurderingen av om pasienten viser motstand må det også tas hensyn til pasientens evne til å vise motstand. Hvorvidt pasienten viser motstand, må baseres på et konkret skjønn. Dersom helsepersonell er i tvil, må det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen, og helsehjelpen må ytes etter reglene i kapittel 4A.

Også forventet motstand faller inn under de situasjonene som reguleres av kapittel 4A. Forventet motstand skal dermed likestilles med motstand som uttrykkes fysisk eller verbalt.»

Vurdering av motstand er en konkret vurdering, hvor verbal og fysisk motstand likestilles. Det må gjøres oppdaterte vurderinger av dette, da pasienters motstand mot behandlingen kan endres. I den konkrete vurderingen må psykisk helsevern ta hensyn til den store maktubalansen som er mellom psykisk helsevern og pasientene. Observasjonene og vurderingene av motstand må journalføres og evalueres systematisk. Det er viktig at dersom helsepersonell er i tvil, må det legges til grunn at pasienten motsetter seg hjelpen. For pasienter som er på TUD så må det være et samarbeid i de mer løpende vurderingene av motstand mellom kommunen som gir pasienten hjelp i det daglige, og ofte vil levere ut medisiner til pasienten, og psykisk helsevern.

2. Kan personell fra psykisk helsevern være med på å holde en pasient på sykehjem for å få gitt depotinjeksjon mot pasientens vilje?

Tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres både med og uten døgnopphold i institusjon i psykisk helsevern. Gjennomføring av behandling av alvorlige psykiske lidelser med legemidler (tvangsmedisinering) utenfor institusjon i psykisk helsevern, kan i dag bare skje når pasienten selv ønsker det. Dette gjelder også på sykehjem. Skal det i dag brukes fysisk makt for å gi en pasient depotinjeksjon med tvang, må det fattes vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 og det kan i dag kun gjennomføres i en institusjon i psykisk helsevern.³

Fra 1. juni vil tvangsmedisinering mot en pasients vilje også kunne gjennomføres i sykehjem, om nødvendig med bruk av fysisk makt. For oversiktens skyld påpeker vi at departementet skriver dette i proposisjonens punkt 6.1.5.2:

³ Se [Helsedirektoratets tolkningsuttalelse av 24.04.2020](#).



«For personer med demens er effekten av antipsykotiske legemidler beskjedne og det er betydelig risiko for, til dels alvorlige, bivirkninger. Det følger både av Felleskatalogen og Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om demens at legemiddelbehandling for personer med demens skal prøvesesones senest innen seks uker. Dette er en presisering av kravet om at behandlingen må være forsvarlig for den enkelte pasienten.»

I proposisjonens punkt 6.2.5.2 står det videre:

«Noen pasienter med alvorlig sinnslidelse har i tillegg en alvorlig demenslidelse. Disse vil kunne ha nytte av at den psykiske lidelsen behandles med antipsykotika. 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 vil derfor være aktuelt for svært få pasienter i sykehjem.»

Departementet foreslår ingen endringer i adgangen til å behandle pasienter med alvorlig sinnslidelse som mangler beslutningskompetanse og motsetter seg behandlingen, kun *hvor* dette kan finne sted. Alle vilkårene for tvungen behandling i psykisk helsevernloven § 4-4 må derfor være oppfylt. Når pasienten motsetter seg behandlingen, vil det derfor fortsatt også måtte treffes vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 3.

Fra 1. juni blir det innført en ny § 4-8 a i psykisk helsevernloven, som skal lyde slik:

«Vedtak om behandling med legemidler etter § 4-4 kan, etter avtale med kommunen, gjennomføres på sykehjem dersom dette er en klart bedre løsning for pasienten enn å bli behandlet i institusjon for psykisk helsevern. Det kan, om nødvendig, brukes tvangsmidler etter § 4-8 andre ledd bokstav c og d.

Behandling som pasienten motsetter seg, kan ikke gjennomføres på pasientens rom eller i lokaler som pasienten bruker i det daglige, med mindre dette er den klart beste løsningen for pasienten. Det samme gjelder undersøkelser som er nødvendige for å kunne fatte vedtak om og gjennomføre behandlingen.»

Departementet understreker i proposisjonens punkt 6.2.5.2 at det fortsatt skal være faglig ansvarlig i psykisk helsevern som skal treffe vedtak om behandling uten eget samtykke etter § 4-4 og at spesialisthelsetjenesten skal være ansvarlig for gjennomføringen av tvangsvedtakene. Vilket er at det skal være «*en klart bedre løsning*» for pasienten. Departementet skriver at kravet om at det må være den klart beste løsningen for pasienten at gjennomføringen av vedtak om tvungen undersøkelse eller behandling etter psykisk helsevernloven skjer i et sykehjem, forutsetter et tett og godt samarbeid mellom den faglig ansvarlige for tvangsvedtaket i psykisk helsevern og personellet som har ansvaret for pasienten på det aktuelle sykehjemmet. Videre skriver departementet på samme sted:

«Departementet foreslår derfor at det lovfestes at gjennomføring av et tvangsvedtak i sykehjem krever at spesialisthelsetjenesten og kommunen har inngått avtale om dette. Departementet legger til grunn at det vil være mest aktuelt at kommuner tar initiativ til slike avtaler for å kunne gi et best mulig tilbud til pasienter som allerede er på sykehjem og der det er stor risiko for at pasienten vil bli dårligere av å bli flyttet. Spesialisthelsetjenesten vil ha ansvaret for at vilkårene for tvungen psykisk helsevern og undersøkelse og behandling uten eget samtykke etter psykisk helsevernloven §§ 3-3 og 4-4 er oppfylt. Det innebærer blant



annet at spesialisthelsetjenesten må godtgjøre at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og ta stilling til hvilke legemidler og hvilke doser pasienten skal få. Den praktiske gjennomføringen av behandlingen må skje innenfor rammen av det alminnelige forsvarlighetskravet. Det betyr blant annet at kommunen må kunne si opp avtalen med spesialisthelsetjenesten hvis det viser seg at gjennomføringen av tvangsvedtaket blir for krevende for sykehjemmet.

Det er frivillig for kommunen om den vil inngå en slik avtale. Undersøkelsene og behandlingen ikke vil være en del av kommunens «sørge for-ansvar», og kommunen kan også sette betingelser knyttet til dekning av utgiftene forbundet med gjennomføringen.»

Når det gjelder gjennomføringen av tvangsmedisineringsvedtak på sykehjem som pasienten motsetter seg, så skriver departementet samme sted som et utgangspunkt at:

«Tjenestene har blant annet plikt til å legge til rette for at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. I det ligger det blant annet at kommunen må sørge for at personellet som skal gjennomføre tvangsbehandlingen på sykehjemmet, får tilstrekkelig opplæring. Det må dessuten være avklart hvem de skal konferere med hvis de er usikre.

Spesialisthelsetjenesten må særlig følge med på om vilkårene for tvangsbruk fortsatt er oppfylt, blant annet om legemiddelbehandlingen har den ønskede virkningen og om virkningen klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger. Det kreves altså løpende og god informasjonsutveksling. Departementet mener at det må være opp til tjenestene å avtale hvordan forsvarlighetskravet, herunder behovet for informasjonsutveksling, skal ivaretas for den aktuelle pasienten.»

Departementet viser i proposisjonens punkt 6.2.5.3 til at det som følge av stor risiko for alvorlige bivirkninger svært sjelden vil være aktuelt å gi pasienter med alvorlig demens og alvorlig sinnslidelse depotinjeksjoner som pasienten motsetter seg. Departementet legger derfor til grunn at den mest aktuelle formen for tvang vil være å blande legemidler inn i mat og drikke uten at pasienten får vite det. Det er ikke tvil om at personell på sykehjemmet kan gjennomføre det å gjemme medisin i mat eller drikke, så lenge faglig ansvarlig for vedtaket i psykisk helsevern står ansvarlig for vedtaket og for gjennomføringen.

Det vil svært sjelden være aktuelt å bruke fysisk makt overfor pasient på sykehjem for å få gjennomført tvangsmedisineringsvedtak med tvang. I ny § 4-8 a i psykisk helsevernloven står det allikevel at «[d]et kan, om nødvendig, brukes tvangsmidler etter § 4-8 andre ledd bokstav c og d». Det åpnes derfor for at det – for å få gjennomført depotinjeksjon – kan brukes korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt eller kortvarig fastholding, dersom det er nødvendig.

Det er uklart for oss hvordan dette skal forstås og gjennomføres i praksis. Psykisk helsevernloven § 4-8 gjelder i utgangspunktet kun i institusjon som er godkjent for døgnopphold i psykisk helsevern. I proposisjonens punkt 6.2.5.3 står det at § 4-8 må endres for å gjennomføre fysisk maktbruk etter § 4-8 på sykehjem, men § 4-8 blir ikke endret fra 1. juni. Departementet forutsetter allikevel i punkt 6.2.5.3 i proposisjonen at det skal fattes § 4-8-vedtak hvis det brukes fysisk makt for å få satt depotinjeksjon på sykehjem:

«Videre skal vedtak om bruk av tvangsmidler i sykehjem, i likhet med vedtak om bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold, kunne påklages til kontrollkommisjonen. Klagen



vil måtte behandles av kontrollkommisjonen for enheten faglig ansvarlig for vedtaket etter § 4-4 er knyttet til.»

Vilkåret i § 4-8 første ledd er at tvangsmidler bare skal brukes hvis det er «*uomgjengelig nødvendig*» for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. I [Helsedirektoratets tolkningsuttalelse av 24.04.2020](#) står det følgende om dette:

«Vilkårene i phvl. § 4-8 er strenge. Det kreves at bruk av tvangsmidler må være "uomgjengelig nødvendig" for å unngå skade, og det forutsettes at lempeligere midler har vært vurdert og eventuelt prøvd ut først. Vilkårene er ikke fullt ut tilpasset situasjonen med for eksempel utagering som følge av gjennomføring av tvangsbehandlingsvedtak, og bruken av bestemmelsen må tillempes. Det må prøves ut frivillighet så langt som mulig ved overtalelse, alternative gjennomføringsmåter, utsettelse mv., men der dette er forgjeves og utilstrekkelig, må gjennomføringen skje med minst mulig inngripende bruk av tvangsmidler for å sikre at vedtatt behandling gjennomføres.»

Når psykisk helsevernloven § 4-8 ikke har blitt endret, vurderer vi at det fremdeles er faglig ansvarlig etter § 4-8 femte ledd som må fatte § 4-8-vedtak som skal brukes i sykehjem for å få satt depot-injeksjon med tvang. Det betyr at kommunen ikke kan fatte vedtak etter § 4-8. Det er nærliggende at ansatte fra psykisk helsevern må være ansvarlig for gjennomføringen av fastholdingen og injeksjonen når det må fattes et § 4-8-vedtak, også når det gjennomføres på sykehjem, og så vil personell fra sykehjemmet kunne være med som medhjelpere etter helsepersonelloven § 5.

Siden dette er noe uklart, skal vi vurdere å stille et tolkningsspørsmål til Helsedirektoratet om dette.

Med hilsen

Richard Gundersen Oppheim (e.f.)
rådgiver/jurist

Anders Kvadsheim Mygland
seniorrådgiver/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent