

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Dato  
07.05.2026

## Høringssvar - forslag til ny psykisk helsevernforskrift

Mental Helse er Norges største bruker- og medlemsorganisasjon innen psykisk helse. Med over 11.000 medlemmer fordelt over hele landet bidrar vi til å skape gode møteplasser og drifter relevante tjenester og prosjekter som bidrar til bedre psykisk helse. Vi drifter landets største døgnåpne hjelpetelefon (116 123) og chat som mottar 300 000 henvendelser i året. Våre 300 brukerrepresentanter bidrar til høy brukermedvirkning i helsetjenestene. Våre lokallag drifter over 100 møteplasser over hele landet. Mental Helse er også ansvarlig for Norges største folkehelsekampanje om psykisk helse – Verdensdagen for psykisk helse.

### Overordnet vurdering

Mental Helse støtter behovet for å oppdatere og tydeliggjøre forskriften til psykisk helsevernloven. Forslaget inneholder flere nødvendige presiseringer, særlig knyttet til dokumentasjon, kontroll og prosedyrer. Samtidig mener vi at forskriften i hovedsak er en administrativ og teknisk forbedring av dagens tvangsregime. Den representerer ikke et reelt skritt mot mindre tvang og økt selvbestemmelse. Dette er en grunnleggende svakhet. Prosessene knyttet til behandling i psykisk helsevern, bruk av tvang og oppfølging av CRPD fremstår som fragmenterte og uten tilstrekkelig helhetstenkning. Dette er etter vårt syn sterkt kritikkverdig.

For eksempel er beslutningsstøtte ikke gjort til et eksplisitt krav, samvalg er ikke operasjonalisert juridisk og tvangsregulering er fortsatt rådende i forslaget til ny forskrift.

### Stigma og språk

Forskriften viderefører en forståelsesramme der psykisk sykdom kobles til risiko, kontroll og behov for særregulering. Begreper som «alvorlig sinnslidelse» og vekt på fare for andre kan bidra til å opprettholde og forsterke stigma. Regelverk påvirker hvordan mennesker forstås og møtes. Vi etterlyser en tydeligere bevissthet om hvordan forskriften kan bidra til å redusere stigmatisering.

### Beslutningsstøtte - et tydelig etterslep

Overgangen fra samtykkekompetanse til beslutningskompetanse er viktig. Endringen er likevel i liten grad konkretisert. Forskriften stiller ikke klare krav til beslutningsstøtte som alternativ til tvang. Dette er i direkte motstrid til Helsedirektoratets nye nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning, som anbefaler systematisk bruk av samvalg og beslutningsstøtte på individnivå som en integrert del av tjenestene.

Endringen videreutvikler først og fremst systemer for hvordan beslutninger tas på vegne av pasienten. Dette er sterkt problematisk i lys av at **CRPD** er innført i norsk menneskerettslov fra 2026. Konvensjonen forutsetter at staten utvikler ordninger for støttet beslutningstaking. Forskriften følger ikke opp dette godt nok.

### **Kompleksiteten i bruk av tvang**

Det er positivt at forskriften tydeliggjør at vilkårene for tvang skal være oppfylt til enhver tid, og at bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende. Samtidig åpnes det for flere former for inngrep. Dette gjelder særlig behandling i situasjoner der pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen.

Dette kan føre til mer utydelig og skjult tvang. Grensen mellom frivillighet og inngrep blir mindre klar. Det må stilles strengere krav til dokumentasjon av at mindre inngripende tiltak er forsøkt, og til hvordan frivillighet er sikret.

### **Pårørenderettigheter og autonomi**

Helsedirektoratets nye nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning er tydelige på at:

- pårørendeinvolvering skal avklares i dialog med pasienten
- pasientens ønsker for hvem som skal involveres er styrende

Forslaget om å styrke pårørendes rett til informasjon og medvirkning kan styrke rettssikkerheten i noen situasjoner. Samtidig innebærer dette en innskrenkning av pasientens autonomi. For noen er pårørende en viktig støtte. For andre kan det oppleves som utrygt.

Når pårørendes rett til opplysninger styrkes, må pasientens rett til å velge hvem som skal regnes som pårørende styrkes tilsvarende. Dette er et reelt dilemma. Vi er skeptiske til generelle regler som svekker pasientens kontroll over hvem som får innsyn i egen situasjon.

Pasientens autonomi bør ivaretas også under tvungent psykisk helsevern. Dersom pasienten motsetter seg informasjonsdeling med pårørende, bør dette respekteres. Informasjonsdeling bør begrenses der den ikke er nødvendig for å ivareta rettigheter, særlig ved gjentatte vedtak og svake relasjoner.

### **CRPD og menneskerettslige forpliktelser**

Innføringen av CRPD i norsk lov fra 2026 skjerper kravene til selvbestemmelse, ikke diskriminering og rettslig handleevne. Forskriften reflekterer i liten grad denne utviklingen. Regelverket er fortsatt mer rettet mot å regulere tvang enn å redusere den.

Vi etterlyser en tydeligere retning der:

- beslutningsstøtte styrkes
- tvang reduseres systematisk
- pasientens rett til selvbestemmelse gis større vekt

### **Kontrollkomisjon og rettssikkerhet**

Styrking av kontrollkomisjonenes rolle er positivt og viktig. Dette er likevel etterkontroll og forutsetter at relevante beslutninger faktisk fanges opp. Det trengs sterkere tiltak som forebygger bruk av tvang.

Manglende systemer for å fange opp beslutninger som ikke formaliseres i vedtak, innebærer en risiko for svekket etterprøvbarehet og rettssikkerhet. Det bør derfor tydeliggjøres hvordan kontrollfunksjonen skal ivaretas også i slike tilfeller, herunder gjennom klare rapporteringsplikter og bedre informasjonsflyt.

Det er uklart hva som ligger i begrepene «faglig ansvarlig» og «behandlingsansvarlig», og hvordan disse rollene skal praktiseres. Det er risiko for at mangelfulle rutiner kan føre til at beslutninger ikke meldes inn, noe som svekker etterprøvbareheten. Det bør derfor stilles krav til innhold, frister og oversendelse av informasjon, samt etableres rutiner for å fange opp endringer i pasientens motstand.

Rettssikkerhet handler ikke bare om kontroll av vedtak. Det handler også om læring, reparasjon og forebygging. Pasienter som har vært utsatt for tvang, skal få tilbud om en strukturert samtale i etterkant, når situasjonen er roligere og pasienten selv kan medvirke. Formålet må være å forstå hva som skjedde, hva som kunne vært gjort annerledes, hvilke tiltak pasienten selv opplevde som hjelpsomme eller skadelige, og hvordan ny tvang kan forebygges. Dette bør dokumenteres og inngå i videre behandlingsplan, kriseplan eller individuell plan der det er aktuelt.

### **Behov for oppfølging og evaluering**

Det må etableres et system for systematisk oppfølging av forskriften etter at den trer i kraft. Det bør gjennomføres en kartlegging av effektene, særlig i den første perioden etter innføring. Dette gjelder både bruk av tvang, praktisering av beslutningskompetanse og konsekvenser for pasientenes rettigheter.

### **Merknader til enkeltbestemmelser**

Til § 14: Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold: Utvidelsen av definisjonen av «bosted» fremstår som problematisk, da den åpner for midlertidige og lite egnede boligforhold. Dette innebærer en svekkelse av pasientenes rettigheter og rettssikkerhet.

Pasientgruppen har ofte begrenset evne til å ivareta egne behov, og mange kan akseptere ustabile bostedsløsninger for å bli utskrevet. Dette kan føre til utrygghet og økt risiko for svingdørsproblematikk. Det bør stilles tydelige krav til dokumentasjon av at boligtilbudet er reelt, forsvarlig og av en viss varighet.

### **Tidslinje og reell medvirkning**

Høringsfristen er 10. mai, og loven trer i kraft 1. juni. Dette gir svært begrenset tid til å gjennomgå innspill og gjøre reelle endringer. Vi stiller spørsmål ved hvilket handlingsrom som faktisk finnes for å ta høringsinnspill på alvor innenfor dette tidsvinduet. En så kort prosess svekker tilliten til høringsinstituttet og gir liten mulighet for reell medvirkning.

### **Konkrete forslag til endringer**

Mental Helse anbefaler følgende konkrete endringer i forskriften:

1. Det innføres et krav om at beslutningsstøtte skal være forsøkt og dokumentert før tvang kan benyttes. Dette må inkludere hva som er gjort, hvem som har bistått pasienten og hvorfor tiltakene ikke førte frem.
2. Det innføres en plikt til å dokumentere frivillighet i alle situasjoner der pasienten ikke aktivt motsetter seg helsehjelpen. Det må fremgå hvordan samtykke er innhentet og vurdert, og hvordan pasientens vilje er undersøkt.

3. Det etableres en nasjonal ordning for systematisk oppfølging og evaluering av forskriften det første året etter ikrafttredelse. Dette må inkludere innhenting av erfaringer fra pasienter, pårørende og tjenestene, samt offentlig rapportering.

### **Avsluttende vurdering**

Forskriften inneholder viktige forbedringer, særlig knyttet til presisjon og kontroll. Samtidig mangler den et tydelig faglig og verdimessig skifte. For å være i tråd med utviklingen i menneskerettigheter, fagfeltet og brukernes erfaringer, må regelverket i større grad bidra til:

- redusert bruk av tvang
- styrket brukermedvirkning
- reell beslutningsstøtte

Vi oppfordrer departementet til å bruke denne revisjonen til å ta et tydelig steg i denne retningen.

Med vennlig hilsen

**Ole-Marius Minde Johnsen /s/**

landsleder

**Linda Berg-Heggelund /s/**

generalsekretær

**Joachim Kjennerud /s/**

seniorrådgiver fag og politikk

(saksbehandler)