



# **INNKALLING**

## **Ekstraordinært styremøte**

### **Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Møtetid**

**Tirsdag 23. august 2016 kl. 18:00**

**Møtested**

**Tromsø, Administrasjonens møterom D1-707/Telefonmøte**



## MØTEINNKALLING

Utvalg: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Møtested: Tromsø, Administrasjonens møterom D1.707/telefonmøte  
Dato: 23.8.2016  
Tid: 18:00

Forfall meldes direktørens forkontor, telefon 776 26010 eller til [Nina.Ostli.Johansen@unn.no](mailto:Nina.Ostli.Johansen@unn.no)

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Jorhill Andreassen	Leder	
Erling Espeland	Nestleder	
Eivind Mikalsen	Medlem	
Helga Marie Bjerke	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Jan Terje Nedrejord	Medlem	
Kjersti Markusson	Medlem	
Mai-Britt Martinsen	Medlem	
Per Erling Dahl	Medlem	
Rolf Utgård	Medlem	
Rune Moe	Medlem	
Tove Skjelvik	Medlem	
Cathrin Carlyle	Observatør	Leder Brukerutvalget

## **ST 66/2016 Godkjenning av innkalling og saksliste**

<b>Saksnr.</b>	<b>Innhold</b>
ST 66/2016	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 67/2016	Oppfølgingssak etter Sivilombudsmannens besøksrapport Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26-28.4.2016



## STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
67/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	23.8.2016
Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen		Saksbehandler: Siren Hoven

### Oppfølgingssak etter Sivilombudsmannens besøksrapport Universitetssykehuset Nord-Norge HF 26.-28.4.2016

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar saken til foreløpig orientering.
2. Styret godkjenner direktørens forslag til plan for oppfølging.
3. Styret ber om at det i styremøtene høsten 2016 rutinemessig fremmes en skriftlig orienteringssak om arbeidet med å følge opp anbefalingene som vil komme i Sivilombudsmannens endelige rapport.
4. Styret ønsker å utvikle en hovedindikator som er egnet til å følge utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern over tid, og ber direktøren fremlegge forslag til en slik indikator i neste styremøte.

#### Bakgrunn

Sivilombudsmannen gjennomførte et varslet besøk ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i april 2016. Rapporten etter besøket ble oversendt UNN 10.8.2016 med mulighet til å avklare eventuelle misforståelser eller feil i rapporten innen 24. s.m.

Det har lenge vært tverrpolitisk bekymring knyttet til omfanget av bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge. I oppfølgingen av *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008* ble det konkludert med at planens målsetting om økt frivillighet i for liten grad var nådd, til tross for omstilling av tjenestetilbudet i retning mer ambulante og polikliniske tjenester samt en rekke konkrete enkelttiltak og styringssignaler til tjenesten om å redusere tvangsbruken.

Dette førte til at det ble utviklet et nytt nasjonalt strategidokument – *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Strategien angir tre hovedmål:

1. *Psykiske helsetjenester skal i størst mulig grad være basert på frivillighet*
2. *Psykiske helsetjenester skal ha en så høy kvalitet at bruk av tvang blir redusert til et minstenivå, og det skal aldri brukes tvang som ikke kan forsvares i henhold til lovverk og menneskerettigheter*
3. *All bruk av tvang skal registreres og innrapporteres til Norsk pasientregister i henhold til den nasjonale registreringsveilederen*

Helse Nord RHF utviklet som følge av dette *Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, tiltaksplan 2012-2015*. Det ble stilt krav om utvikling av lokale tiltaksplaner i det enkelte helseforetak, og *Plan for økt frivillighet 2014-2016* ble ferdigstilt i UNN 6.1.2014. Planen inneholdt en oversikt over allerede pågående arbeid samt en rekke nye tiltak som ble forutsatt gjennomført i perioden 2014-2016. Ansvar for implementering og oppfølging ble nedfelt i de aktuelle klinikkenes dialogavtaler.

I forbindelse med implementering av planen og oppfølging av tidligere tilsyn fra Fylkesmannen i Troms, ble det også utarbeidet en risikoanalyse av bruk av mekaniske tvangsmidler i februar 2014 (vedlegg 2). Denne vurderte etablert praksis som forsvarlig, men foreslo åtte forbedringsområder som klinikkledelsen ble anbefalt å arbeide videre med for å redusere risikoen ytterligere.

Sivilombudsmannen er med hjemmel i Norges tilslutning til FNs torturkonvensjon gitt et eget mandat for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Sivilombudsmannen besøkte i denne forbindelse Psykiatrisk avdeling ved UNN Tromsø 26.-28.4.2016. En foreløpig rapport fra besøket ble oversendt UNN 10.8.2016, og denne er offentlig tilgjengelig gjennom retten til innsyn i postjournalen (vedlegg 3).

Rapporten beskriver stor intern praksisvariasjon, mangel på skriftlige rutiner på enkelte områder og ufullstendig implementering av etablerte rutiner på andre områder. Den beskriver i tillegg, særlig ved én enhet, flere lovbrudd knyttet til bruken av tvangsmidler. Besøksteamet erfarte ved denne enheten en subkultur der uakseptable holdninger ("oss-og-dem"-holdning overfor pasientene), samt at ledelsen på ulike nivå ikke har klart å hindre uheldig utvikling av institusjonskulturen. Rapporten understreker at Sivilombudsmannen ser alvorlig på forholdene, og anbefaler at det umiddelbart iverksettes tiltak for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes.

Generelt kan rapporten også leses som et kraftig uttrykk for at virksomheten ikke i tilfredsstillende grad har klart å ta pasientens perspektiv og opplevde erfaringer tilstrekkelig på alvor. I så måte er rapporten svært tankevekkende, men kan samtidig bli et viktig bidrag i en ønsket utviklingsretning.

## **Formål**

Formålet med denne saken er å orientere styret om historikken i arbeidet med redusert og riktig bruk av tvang samt innholdet i Sivilombudsmannens foreløpige rapport, og å be om styrets godkjenning av direktørens plan for oppfølging.

## Saksutredning

### Om bruk av tvang ved UNN og andre norske helseforetak

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og øvrige helseforetak har det vært et prioritert arbeid å utvikle og rapportere bruk av tvang på en konsistent måte. Dette for å fremskaffe et bedre grunnlag for sammenligninger, som en del av det nasjonale tiltaksarbeidet. Arbeidet har tatt tid, og metodene er fortsatt ikke ferdig utviklet, men Helsedirektoratets rapport *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014* gir den beste tilgjengelige oversikten. Helseforetakene rapporterer her rater for bruk av tvangsinnleggelses samt mekaniske tvangsmidler, legemidler, isolasjon, holding og skjerming.

Rapportens figur 3.9 viser at antall pasienter under tvungent psykisk helsevern i UNN (133 per 100 000 innbyggere) er litt høyere enn landsgjennomsnittet (127 per 100 000 innbyggere). Det er stor variasjon mellom foretakene. Figur 3.10 viser at når det gjelder tvangsinnleggelses, ligger UNN høyest i landet (379 per 100 000 innbyggere per år). Dette kompenseres ved at gjennomsnittlig liggetid er lav i UNN (13 dager) mot landsgjennomsnittet (27 dager). Samlet gir ikke rapporten inntrykk av at omfanget av tvangsbruk i UNN er spesielt høyt sammenlignet med landet for øvrig.

Andelen tvangsinnleggelses har vært rapportert rutinemessig til styret og Helse Nord RHF i *Årlig melding*. Denne har variert noe, men er over tid redusert fra 22,2 % i 2011 til 16,8 % i 2014. Parameteren er følsom for svingninger i innleggelsesraten, og bør derfor ikke tillegges for sterk vekt som enkeltstående måling.

### Kontrollkommisjonen

Kontrollkommisjonens virksomhet er hjemlet i Psykisk helsevernforskrift. Kommisjonen er et uavhengig tilsynsorgan som oppnevnes av Fylkesmannen. Dens hovedoppgave er å sikre pasientenes rettssikkerhet.

Kommisjonen skal etterprøve og kontrollere bruken av tvang, herunder vedtak om etablering og opphør av tvunget psykisk helsevern samt vedtak om bruk av tvangsmidler, inklusive mekaniske tvangsmidler. Den skal gå igjennom tvangsprotokoller, se til at riktig fremgangsmåte er fulgt ved tvangsvedtak og behandle klagesaker fra pasienter. I klagesaker vedrørende tvangsvedtak har kommisjonen beslutningsmyndighet.

Kommisjonen skal i tillegg føre tilsyn med pasientenes velferd på et mer generelt nivå. Tilsynsvirksomheten utøves gjennom regelmessige besøk. Når kommisjonen gjennom sin virksomhet får kunnskap om alvorlige forhold, er den tillagt en varslingsplikt overfor Helsetilsynet i fylket. Kommisjonen kan i tillegg rapportere uheldig praksis til institusjonens ledelse. UNN er ikke kjent med slike varslinger fra kommisjonen.

Kommisjonen utarbeider årsrapporter til Helsedirektoratet, og disse anvendes i direktoratets årlige publikasjon om bruk av tvang i tvungent psykisk helsevern.

### Sivilombudsmannens rapport

Den foreliggende rapporten fra Sivilombudsmannen er foreløpig. UNN er invitert til å gi innspill før endelig rapport utarbeides, og fristen for dette er satt til 24.8.2016. Det pågår en intern prosess med gjennomgang av rapporten i Psykisk helse- og rusklinikken, og klinikken kommer til å bruke tiden helt frem til fristens utløp med å ferdigstille tilbakemeldingen. Det vil bli orientert nærmere muntlig om tilbakemeldingen i styremøtet.

Vurderingene så langt er at besøket og den foreløpige rapporten bringer en ny og viktig dimensjon inn i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Det ledelsesmessige fokuset i psykisk helsevern (som i virksomheten for øvrig) har vært basert på UNNs overordnede strategi, med visjonen om å gi *Den beste behandling*, de fire hovedmålene der resultat kvalitet og godt arbeidsmiljø står sentralt, og kjerneverdiene *kvalitet, trygghet, respekt og omsorg*.

Sivilombudsmannens besøk tilfører vårt tradisjonelle helsefaglige perspektiv en tilleggsdimensjon gjennom sin sterke vektlegging av menneskerettighetene, herunder risikofaktorer for krenkelser eller nedverdiggende behandling. Slike risikofaktorer må man være generelt oppmerksomme på pasient-behandler-relasjoner, og det kreves særskilt oppmerksomhet i situasjoner med tvangsinnleggelse, hvor makt-ubalansen kan bli særlig fremtredende. Det kreves særskilt kompetanse og faglighet for å kunne ivareta disse ulike hensyn på en best mulig måte.

Besøket ble videre gjennomført med en metodikk som andre tilsynsmyndigheter ikke har anvendt tidligere, nemlig direkte observasjon av kjernevirksomheten gjennom tilstedeværelse i virksomheten over flere døgn. Dette synes å ha frembrakt dybdekunnskap om enkeltepisoder i pasientbehandlingen og subkulturer i organisasjonen som tidligere ikke har vært forstått. Rapporten beskriver holdninger og adferd som ikke er forenlige med UNNs mål og verdigrunnlag.

Det er samtidig grunn til å gjøre oppmerksom på at metodikken ikke identifiserer enkeltpasienter og -episoder på samme måte som for eksempel Helsetilsynet gjør under sine tilsyn, og at det derfor kan være en utfordring å etablere en felles forståelse av hva rapporten faktisk beskriver.

Anbefalingene i rapporten har som mål å sikre at lovkrav samt kravene i FNs konvensjon etterleves, og kan grovt deles i to hovedgrupper:

1. *Anbefalinger om å sørge for etablering og implementering av nødvendige rutiner*
2. *Anbefalinger om å iverksette tiltak for å sikre en felles kultur og holdninger som er i tråd med intensjonene i konvensjonen*

Når det gjelder etablering og implementering av rutiner, er det et foreløpig inntrykk at rutinene er utviklet og etablert i større grad enn besøksgruppen har fått inntrykk av, men at det er avdekket utfordringer knyttet til implementering og gjennomføring. På noen områder kan det foreligge faglig uenighet mellom besøksgruppen og fagmiljøet når det gjelder hva som er juridisk og helsefaglig riktig praksis. Dette gjelder for eksempel spørsmålet om hvorvidt det må foreligge en diagnose for at lovens hovedvilkår om bruk av tvang skal være oppfylt. Det vil bli redegjort for UNNs synspunkter på disse forholdene i tilbakemeldingen.

Når det gjelder kultur- og ledelsesutfordringen, går vurderingene så langt ut på at disse ikke har vært godt nok forstått tidligere og må tas svært alvorlig. Det arbeides med å fremskaffe en bedre forståelse av omfang og utbredelse.

## **Medvirkning**

Dette saknotatet har av tidsmessige årsaker ikke vært drøftet formelt med ansattes organisasjoner og vernetjenesten. Ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken har gjennomført informasjonsmøter med ansatte etter at rapporten ble kjent: Det planlegges formelle møter

KVAM- og drøftingsmøter med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i inneværende og kommende uke, der nødvendige tiltak blir nærmere vurdert.

## Vurdering

### Forslag til videre prosess

#### *Psykisk helse- og rusklinikken*

Klinikksjefen har nedsatt ei ressursgruppe bestående av personalsjef og andre medarbeidere fra avdelingen, leder for Kvalitetsavdelingen ved Kvalitets- og utviklingscenteret, ledere ved Psykisk helse- og rusklinikken og erfaringskonsulent i klinikken. Gruppens sammensetning justeres ved behov. Gruppen har allerede startet sitt arbeid.

Det arbeides parallelt med planlegging av medvirkning fra ansatte, ansattes organisasjoner og vernetjenesten. Arbeidet vil ha tre hovedinnretninger:

- utfordringer knyttet til organisasjonskultur
- utfordringer knyttet til ledelse
- utfordringer knyttet til utarbeidelse og implementering av prosedyrer

Det vurderes både umiddelbare og mer langsiktige tiltak på disse områdene. En vurdering av hvorvidt tiltakene i UNNs *Plan for økt frivillighet 2014-2016* er gjennomført, og hvis ikke, analyser av årsakene til dette, må inngå.

Styreleder har bedt direktøren foreslå et opplegg for månedlig oppfølging fra styret. Direktøren foreslår at rapportering om den ledelsesmessige oppfølgingen settes som fast sak på dagsorden i styremøtene høsten 2016. Styret må i siste møte før årsskiftet vurdere om målene er nådd, eller om fortsatt ekstraordinær oppfølging i 2017 er nødvendig. Det foreslås videre at det vurderes om noen kvantitative måleparametere kan rapporteres månedlig, og om en av disse kan være en av styrets hovedindikatorer. Direktøren foreslår at en vurdering av dette legges frem i neste styremøte.

#### *Barne- og ungdomsklinikken*

Det utøves tvungent psykisk helsevern også i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling i Barne- og ungdomsklinikken. Det er så langt ikke fremkommet opplysninger om tilsvarende utfordringer der. Direktøren har bedt klinikksjefen gjennomføre en intern gjennomgang av den foreløpige rapporten også i denne klinikken, og utarbeide forslag til oppfølging. Forslaget vil bli presentert i neste styremøte.

## Konklusjon

Det har vært arbeidet gjennom flere år med å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern uten at målene er nådd. Nasjonal statistikk viser at UNN ikke skiller seg vesentlig fra landsgjennomsnittet kvantitativt i samlet bruk av tvang, men det er fra før kjent at bruken av tvangsinnleggelse er høy.

Kontrollkommisjonen er et uavhengig tilsynsorgan som har et selvstendig ansvar for å føre tilsyn med bruken av tvangsmidler og varsle Helsetilsynet hvis alvorlige forhold avdekkes. UNN er ikke kjent med slike varslinger de senere år.

Sivilombudsmannens særskilte mandat, deres tilsynsmetodikk og tilnærming frembringer dybdekunnskap om enkeltepisoder i pasientbehandlingen og subkulturer i organisasjonen som



tidligere ikke har vært forstått. Rapporten beskriver holdninger og adferd som ikke er forenlige med UNNs mål og verdigrunnlag. Dette er alvorlig og krever oppfølging av utfordringer knyttet til organisasjonskultur, ledelse og utarbeidelse og implementering av rutiner og prosedyrer.

Direktøren foreslår at rapportering om oppfølgingen settes som fast sak på dagsorden i styremøtene høsten 2016, og at det utvikles en måleindikator som kan brukes til å følge utviklingen.

Tromsø, 22.8.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør

### Vedlegg

1. Plan for økt frivillighet. Allmennpsykiatrisk klinikk og Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk 6.1.2014.
2. Rapport - Risikoanalyse av bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrien. Fag- og forskningscenteret, 7.2.2014.
3. Besøksrapport Universitetssykehuset Nord-Norge 26.-28.4.2016. Sivilombudsmannen.
4. Rapport – Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014. Helsedirektoratet mars 2016.



# PLAN FOR ØKT FRIVILLIGHET 2014-2016

**Allmennpsykiatrisk klinikk**  
**Rus og Spesialpsykiatrisk klinikk**  
**06.01.14**

BWB/CEW/06.01.2014

---

UNN HF	Besøksadresse:	Kontonr:	Org nr:	Telefon: 776 27700	Internett:
Allmennpsykiatrisk klinikk	Åsgård	4700.04.02008	983 974 899	Telefax: 776 27681	www.unn.no
Postboks 6124	9291 Tromsø			E-post: <a href="mailto:allmennpsykiatri@unn.no">allmennpsykiatri@unn.no</a>	
9291 Tromsø					

# 1. Bakgrunn

## 1.1 Nasjonale føringer

Gjennom ”Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)” er det formulert en visjon om at *”De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv, og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov”*(s.6).

Det er med utgangspunkt i strategien formulert 3 hovedmål:

1. *Psykiske helsetjenester skal i størst mulig grad være basert på frivillighet*
2. *Psykiske helsetjenester skal ha en så høy kvalitet at bruk av tvang blir redusert til et minstenivå, og det skal aldri brukes tvang som ikke kan forsvares i henhold til lovverk og menneskerettigheter*
3. *All bruk av tvang skal registreres og innrapporteres til Norsk pasientregister i henhold til den nasjonale registreringsveilederen”* (s.6).

Bakgrunnen for den Nasjonal strategien uttales å være

*”... en vedvarende, tverrpolitisk bekymring over omfanget av tvang i psykisk helsevern. Opptrappingsplanens målsetting om økt frivillighet ser i for liten grad ut til å være oppnådd, til tross for en pågående omstilling av tjenestetilbudet i retning mer ambulante og polikliniske tjenester samt en rekke konkrete enkelttiltak og styringssignaler til tjenesten om å redusere tvangsbruken. Det er således nødvendig å ta sterkere grep for å redusere bruken av tvang, av hensyn til brukere, pårørende og Norges menneskerettighetsforpliktelser”* (s.8).

Den overordnede målsettingen for strategien

*”... er å redusere bruken av tvang ved å dreie fokus mot forebygging og alternative, frivillige løsninger basert på et mest mulig likeverdig samarbeid mellom brukere/pårørende og helsepersonell. For å oppnå reell reduksjon av tvang er det avgjørende at det etableres gode og lett tilgjengelige tilbud. Et godt utbygd frivillig hjelpetilbud er således ett av de viktigste grepene for å lykkes med å redusere omfanget av tvang. Med ”riktig bruk” av tvang menes en praksis som reflekterer både fagkunnskap og brukerkunnskap, som er likeartet i hele landet og i tråd med lovverk og menneskerettigheter. Tvang oppstår i akutte situasjoner hvor det er behov for å hjelpe pasienten raskt. Det er derfor avgjørende med godt forebyggende arbeid som legger vekt på tilgjengelighet og tidlig intervensjon. For pasienter som har en historikk med mange tvangsinnleggelse er det viktig med tett oppfølging, for eksempel forankret i en Individuell plan. Først når alle reelle muligheter for frivillig hjelp er vurdert å ikke føre frem, kan tvangstiltak forsvares iverksatt.*

*Også i faser hvor tvang er nødvendig å bruke, må brukere og pårørende involveres og gis mulighet til medbestemmelse over innholdet i behandlingsforløpet, samt over hva som skal skje når tvangen opphører. Ved iverksettelse av tvang skal vedtakene registreres og innrapporteres på en systematisk og likeartet måte, slik at det er mulig for tjenesten selv og myndighetene å følge med på utviklingen”* (s. 13-14).

## 1.2 Lovgrunnlaget

Psykisk helsevernloven (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62) regulerer bruken av tvang i det psykiske helsevernet i Norge.

Tvang i psykisk helsevern kan beskrives på flere måter, herunder:

- *Formell tvang* er hendelser og handlinger der det er fattet vedtak om bruk av tvang etter psykiskhelsevernloven.
- *Opplevd tvang* viser til pasientenes egenoppfatning av at de er tvunget av psykisk helsevern.
- *Konkret tvang* er tvang som faktisk utøves overfor pasienten.

Tvangsbruken kan blant annet deles i tre hovedgrupper og utgjør grunnstrukturen:

1. Tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern (kapittel 3).
2. Tvangsbehandling (§ 4-4) og tvangsmiddelbruk (§ 4-8).
3. I tillegg gis det anledning til andre rettighetsinngripende tiltak som urinprøve, kroppsvisitasjon, beslag og flere (§ 4-5 til § 4-7).

## 1.3 Regionale føringer

I forlengelsen av nasjonale føringer på området initierte Helse Nord RHF et arbeid knyttet til utvikling av en regional plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. Styret for Helse Nord RHF behandlet i møte 29.03.12 sak nr. 41/2012 ”Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, tiltaksplan 2012-2015”

Den overordnede målsettingen med den regionale planen er å oppnå redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern i Helse Nord. Dette kan i følge planen gjøres ved å:

- Øke frivilligheten ved innleggelse.
- Bedre bruker- og pårørende medvirkning.
- Kvalitetssikret bruk og bedre kunnskap om bruk av tvang, både ved innleggelse og under opphold.
- Bedre dokumentasjon om tvangsbruk – riktig registrering og bedre datakvalitet.
- Gi verdige transportordninger for psykiske syke – mindre bruk av politi.
- Bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Ha verdige og gode bygg til de alvorligst psykisk syke.

Styret fattet slikt vedtak i saken:

1. *Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern i Helse Nord, tiltaksplan 2012 til 2015 tas til orientering.*
2. *Arbeidet med gjennomføring av planen skal skje på en måte som ivaretar ansattes medbestemmelse i omstillings- og utviklingsarbeid.*

3. *Styret ber adm. direktør om å legge frem statusrapport som oppfølging av tiltaksplanen årlig, første gang i februar 2013.*

#### **1.4 Lokale føringer**

I henhold til den regionale planen skal helseforetakene sikre god forankring av vedtatt plan i eget foretak og utarbeide lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang med en tidsplan for gjennomføring. I UNN HF ønsker man å fokusere på økt frivillighet, derav navnet Plan for økt frivillighet.

Før den regionale planen ble vedtatt, var det igangsatt en rekke prosjekter ved de voksenpsykiatriske klinikkene som i noen grad ivaretar pålagte tiltak.

Gjennom lokal plan for økt frivillighet ønsker en, utover de målsettinger som er formulert for den regionale planen:

- Økt fokus på bruk av tvungent psykisk helsevern i alle deler av virksomheten
- Økt kjennskap til omfanget av tvungent psykisk helsevern
- Målrettet arbeid i forhold til utvalgte deler av tvungent psykisk helsevern, herunder redusert bruk av tvungent psykisk helsevern i tråd med nasjonale og regionale føringer.

I tilknytning til arbeidet med planen er det gjennomført et dialogmøte med bruker- og pårørendeorganisasjoner (LPP, RIO og Mental Helse), Bikuben regionalt brukerstyrt senter samt erfaringskonsulent i Allmennpsykiatrisk klinikk (Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn). Disse er også gitt anledning til kommentarer og innspill til arbeidet i etterkant av møte 15.10.13. Det er gjennomført høringsrunde knyttet til planutkastet i perioden 19.11 – 12.12.13 der høringsinstanser var brukerorganisasjoner, Bikuben – Regionalt brukerstyrt senter, Helse Finnmark, arbeidstakerorganisasjoner og vernetjeneste, erfaringskonsulent i Allmennpsykiatrisk klinikk samt aktuelle enheter ved UNN. Planutkast er hertil behandlet i KVAM-utvalget for Allmennpsykiatrisk klinikk.

*Endelig prioritering og tidsfesting av tiltak på tidsaksen vil måtte bli gjennomført i forhold til implementering av endelig vedtatt plan. Foreløpig er tiltakene i hovedsak plassert i tid i 2014.*

#### **1.5 Relasjonen til Helse Finnmark HF**

Allmennpsykiatrisk klinikk og Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk ivaretar sykehusfunksjon innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for Helse Finnmark HF.

Helse Finnmark sine døgnavdelinger innenfor psykisk helse er ikke godkjent for tvungent psykisk helsevern. Alle innleggelser med tvungent psykisk helsevern for pasienter fra Finnmark ivaretas på døgnposter innenfor psykisk helsevern ved UNN. I henhold til vedtak i styret for Helse Finnmark HF sak nr. 98/2013 iverksettes følgende tiltak innenfor psykisk helsevern:

- Det etableres 3 ambulante psykiatriske akutteam innen psykisk helsevern tilknyttet DPSene. Første team etableres i 2014 og organiseres under DPS Vest-Finnmark.
- Det etableres videre et 24/7 akutttilbud innen psykisk helsevern i 2014 i samarbeid mellom DPSene basert på bakvaksordning og bruk av lyd/bilde kommunikasjon etter mønster av DeVavi vaktordning.

## 2. Tiltak

Fra regional plan foreligger en rekke føringer m.h.t. tiltak. Tiltakene er forankret på ulike nivåer: Helse Nord, kommuner og det enkelte helseforetak. I planen settes fokus på de tiltak som tilligger UNN HF.

### 2.1 Tiltak for å øke frivilligheten ved innleggelse

- *HF-ene ved DPS skal utvikles til å ha nødvendige akutfunksjoner, slik at alle henvendelser kan rettes dit uavhengig av tid på døgnet. DPS forutsettes å være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten, jf. Nasjonal strategigruppe II psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk (TSB) sin rapport om utvikling og oppgradering av DPS-ene- Arbeids og ressursfordeling DPS og sykehus*
- *HF-ene ved DPS skal ha akutt- og krisetjenester. Fra 2013 bør disse tjenestene ha utvidet åpningstid hele døgnet*
- *HF-ene ved DPS skal etablere egne ambulante akutteam eller samarbeide med andre DPS eller sykehus der lokale tilpasninger tilsier dette. Dette etter "Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne i Norge."*
- *DPS skal etablere ordninger med avtalebaserte brukerstyrte innleggelser, for eksempel etter modell fra Nordlandssykehuset (NLSH) og Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, UNN (PSTO)*

#### Tiltak det arbeides med:

##### *Allmennpsykiatrisk klinikk, Avdeling Nord:*

Ved Senter for psykisk helse (SPH) Nord Troms er det pr. dato en akutt-tjeneste som ambulerer innenfor vanlig kontortid kl. 08.00 – 15.30 på hverdager. Det arbeides for å inkludere SPH Nord Troms i DeVaVi ordningen som er iverksatt i Avdeling Sør – se neste avsnitt.

Døgnetenheten ved SPH Nord Troms har en ordning med avtalebaserte brukerstyrte innleggelser.

##### *Allmennpsykiatrisk klinikk, Avdeling Sør:*

Det er etablert ambulante psykiatriske team (APT) ved samtlige Senter for Psykisk helse (SPH) i Avdeling Sør (SPH Ofoten, - Sør Troms og - Midt Troms). Disse har åpningstid alle dager, 8-22 hverdager og 10-18 helge-/høytidsdager).

Etableringen/utviklingen av teamene er en del av prosjektet *Desentralisert Vaktsamarbeid ved bruk av Videokonferanse (DeVaVi)*. I løpet av prosjektet er det gjort betydelige endringer i organiseringen av Avdeling Sør, med fokus på å skape likeverdige tjenester og tilbud så nært pasientene som mulig. Gjennom prosjektet er det etablert en døgnbemannet vakttelefon for hvert SPH, slik at de tilhørende kommunehelsetjenestene skal ha en vei inn ved alle akutte henvendelser. Forvakttelefonen bemannes av lokalt APT i dets åpningstid og lokal døgnetenhet utenom APT sin åpningstid. Det betyr at det i Avdeling Sør er en 24/7 tjeneste for akutte henvendelser fra det kommunale nivå.

Videre er det etablert en felles bakvaksordning for de tre SPH der overlegene er ansatt i og geografisk lokalisert til ulike deler av virksomheten (Narvik, Finnsnes, Harstad og Tromsø). Overlegene er tilgjengelig for forvaktsystemet hele døgnet gjennom mobiltelefon og

videokonferanse. Gjennom denne ordningen kan overlegene ha direkte samtaler med pasientene og gjøre kliniske vurderinger via videokonferanse. Forvakt- og bakvakt i DeVaVi har myndighet til å beslutte videre oppfølging av henvendelsene innad i Avdeling Sør. Dette kan være rådgivning om oppfølging i kommunehelsetjenesten, poliklinisk oppfølging, hjemmebesøk fra APT, frivillig innleggelse på lokal døgnenhet eller på Akuttpost Sør i Tromsø. DeVaVi skal evalueres høsten/vinteren 2013/14.

Døgnenheten ved SPH Midt Troms har en ordning med avtalebaserte brukerstyrte innleggelser i samarbeid med kommunehelsetjenestene. På Døgnenheten ved SPH Sør Troms har man en ordning hvor flere pasienter har avtale om at en sengeplass står åpen, dersom de opplever å ha behov for innleggelse Ved Døgnenheten I Narvik har man så langt ikke kommet i gang med en slik ordning og avventer dette pga. etablering av ny sengepoststruktur

*Allmennpsykiatrisk klinikk, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn (PSTO):*

I Tromsø har Akutt-teamet åpningstid hverdager kl. 08.00 – 21.30 og lørdager kl. 14.00 – 21.30. I Tromsø kan vakthavende lege/bakvakt kontaktes ved behov for lege/legespesialist. Vakthavende lege ved UNN Åsgård betjener vakttelefon for Akutt-teamet utenom teamets åpningstider. Det betyr at det i PSTO er en 24/7 tjeneste for akutte henvendelser. De to døgnenhetene ved PSTO har begge en ordning med avtalebaserte brukerstyrte innleggelser.

#### Tiltak som gjenstår:

- *HF-ene skal utvikle behandlingstilbud som er reelle alternativ eller supplement til medikamentell behandling.*

Allmennpsykiatrisk klinikk er representert i en arbeidsgruppe underlagt Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i psykisk helsevern som skal utforske alternative behandlingsformer. Videre har representanter fra klinikken deltatt på Rådslag om medisinfrie behandlingstilbud som ble arrangert i regi av Helsedirektoratet i februar 2013

- Allmennpsykiatrisk klinikk skal i løpet av 2013 og 2014 utrede muligheten for å etablere et lokalt medisinfritt tilbud i tråd med nasjonale føringer. Bruker- og pårørendemedvirkning vil være sentralt i arbeidet.

Ansvar:           Klinikkledelsen Allmennpsykiatrisk klinikk  
Tid:                2014

- *HF-ene bes å gjennomgå dagens praksis når det gjelder tidspunkt for paragrafvurdering ved innleggelse. Det bes om å tilstrebe en ordning som best mulig understøtter frivillige tilbud, samtidig som god rettssikkerhet ivaretas.*

Det bør arbeides for en mer ens praksis av vedtaksansvarlige som tilstreber økt frivillighet. Det finnes i dag ingen treffpunkter for diskusjon av praksis mellom de som fatter vedtak etter Psykisk helsevernloven i UNN. Dagens praksis ved sykehuset er at paragrafvurdering gjøres av spesialist så snart som mulig etter mottakelse. I praksis vil det si inntil kl. 20.00 innleggelsesdagen eller neste dag innen den oppsatte 24 timers tidsfristen. Denne praksis vil bli gjennomgått med tanke på om det er ønskelig med eventuelle endringer som kan ivareta både økt frivillighet og økt rettssikkerhet på en bedre måte.

- Det gjennomføres møter for vedtaksansvarlige 2-4 ganger i året. Det vektlegges refleksjon over praksis og gjennomgang av vanskelige vurderinger og det tilstrebes en praksis der frivillighet vektlegges.

Ansvar: Fagutviklingsenhet rus og psykiatri koordinerer møtene  
Tid: 2014

- Rutine for paragrafvurdering gjennomgås og tydeliggjøres

Ansvar: Fagutviklingsenhet rus og psykiatri initierer og koordinerer arbeidet  
Tid: 2014

- *I samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner utvikles en spørreundersøkelse om pasientfornøydhets ved utskrivning. Dette for å få fram erfaringer fra innleggelsen (bl.a. om formell og opplevd tvang). Spørreundersøkelsen pilotutprøves før evt. rutinemessig utprøving.*

Ansvar: Fagutviklingsenhet for rus og psykiatri i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner samt relevante samarbeidspartnere.  
Tid: 2014

- *Med utgangspunkt i psykisk helsevernforordningen (IS-9/2012) omtale av pårørendes rett til informasjon, etablere rutiner i tilknytning til vedtak etter Psykisk helsevernloven.*

Ansvar: Klinikkledelelsene i samarbeid med Fagutviklingsenhet for rus og psykiatri  
Tid: 2014

- *Utvikle tiltak for å øke frivillighet ved utskrivelse utfra målsetting om å redusere behovet for Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)*

Ansvar: Klinikker, avdelinger og seksjoner i samarbeid med kommuner  
Tid: 2014

- *Alderspsykiatrisk poliklinikk ambulerer til Finnmark er med på å øke frivillighet ved at pasienter får utredning og behandling der de oppholder seg.*

Ansvar: Alderspsykiatrisk poliklinikk, Rus og spesialpsykiatrisk klinikk.  
Tid: Løpende

- *Gå i dialog med kontrollkomisjonene m.h.t. mulige endringer i arbeidsform*

Ansvar: Klinikksjefer  
Tid: Vår 2014

Gjennom Allmennpsykiatrisk klinikk dialogavtale for 2014 er det satt følgende konkrete målsettinger m.h.t. redusert bruk av tvungent psykisk helsevern:

- 5 % reduksjon i antall tvangsinnleggelser ved akuttposter sammenlignet med 2013.
- Tvungen innskrivning (N-005). Reduksjon til 12 %.
- Reduksjon i antall vedtak om tvangsmiddelbruk med 10 % sammenlignet med 2013.



## 2.2 Bedre bruker- og pårørende medvirkning

- *Opplæring av helsepersonell om brukernes og pårørendes rettigheter og helsepersonellens plikter*
- *Følge opp og implementere veilederen om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester "Pårørende - en ressurs" IS-1512 Veileder.*

### Tiltak som gjenstår:

- Systematisk gjennomgang av uheldige hendelser og sikre tilstrekkelig åpenhet mot både pasient og pårørende i denne sammenheng
- Gjennomføre nyansattekurs der viktigheten av pårørendes rolle og bidrag synliggjøres. Juridiske forhold relatert til ansattes taushetsplikt gjennomgås.
- Tilby årlig oppfriskningskurs av relevant jus for ansatte slik at de juridiske rammer tydeliggjøres.
- Alle enheter bør ha faste møter for etisk refleksjon. Dette kan med fordel være integrert i personalets veiledning. Invitere brukere og pårørende der dette er naturlig.
- Sikre god og systematisk informasjon til brukere og pårørende m.h.t. rettigheter m.v.

Ansvar: Avdelings- og seksjonsledelse i samarbeid med Fagutviklingsenhet rus og psykiatri samt brukere og brukerorganisasjoner.

Tid: 2014

- *Sikre systematisk tilbakemelding fra brukere og pårørende under og etter behandling.*
- Det må etableres et system for tilbakemelding for brukere og deres pårørende der det er aktuelt. Dette må utredes nærmere og kan sees i sammenheng med utvikling og gjennomføring av spørreundersøkelse for alle innlagte (se også pkt. 2.1).

Ansvar: Fagutviklingsenhet rus og psykiatri i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner

Tid: 2014

- *Brukerutvalg/brukerråd i foretakene skal regelmessig forelegges tallene for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven.*
- Klinikksjefer går i dialog med brukerutvalget i UNN vedr. rapportering.

Ansvar: Klinikksjefer

Tid: Vår 2014

### Tiltak det arbeides med:

- *Systematisk og tilstrekkelig brukerdeltagelse i prosjekter som omhandler økt grad av frivillighet i behandlingen.*

I prosjektet "Riktig vern til riktig tid" (RIVER) er brukerrepresentanter både fra Mental Helse og Landsforeningen for psykisk syke (LPP) deltagere i de ulike arbeidsgruppene. Målgruppen for studien er pasienter utskrevet på tvunget psykisk helsevern uten

døgnopphold (TUD) i Avdeling Sør, Allmennpsykiatrisk klinikk. Ved PSTO, Allmennpsykiatrisk klinikk sitt TUD - Kvalitetsutviklingsprosjekt har brukere en sentral rolle.

Det er et krav om at alle prosjekter som omhandler økt frivillighet skal ha tilstrekkelig bruker- og pårørendedeltakelse.

Ansvar: Avdelings- og seksjonsledelser  
Tid: 2014

- *Helsepersonell skal gi systematisk tilbakemeldinger og veiledning til bruker og pårørende i å mestre egen situasjon.*

Ansvar for dette tilligger behandlingspersonalet og inngår i det behandlingstilbudet den enkelte får.

- *Klinikkene må i samarbeid med kommunehelsetjenesten og Lærings- og mestringssenteret (LMS) avklare hvilke pasient- og pårørendeopplæringstilbud som skal tilbys på de ulike nivåene.*

#### Tiltak som gjenstår:

- Aktiv dialog med LMS m.h.t. utvikling av pasient- og pårørendeopplæringstilbud der slike tilbud ikke er etablert.

Ansvar: Avdelinger og seksjoner  
Tid: 2014

- Dialog med Bikuben, regionalt brukerstyrt senter o.a. om mulige opplæringstilbud knyttet til bruker- og pårørendemedvirkning.

Ansvar: Klinikksjefer  
Tid: 2014

- Allmennpsykiatrisk klinikk: Utarbeide forslag til plan for brukermedvirkning på systemnivå. Planforslaget skal gi konkrete anbefalinger knyttet til hvordan brukermedvirkning på systemnivå best kan ivaretas/sikres på klinikk-, avdelings- og seksjonsnivå i virksomheten. Planforslaget skal i forlengelsen av dette også gi anbefalinger knyttet til implementering inkludert videre arbeid knyttet til organisering, opplæring, ressursbehov m.v. Arbeidsgruppe under etablering.

Ansvar: Fagutviklingsenhet rus og psykiatri  
Tid: Vår 2014

### **2.3 Tiltak for å sikre god kvalitet og bedre kunnskapen om bruk av tvang:**

#### Tiltak som gjenstår:

- *Innhente et bredest mulig datagrunnlag m.h.t. bruken av tvungent psykisk helsevern, både som underlag for tiltak i planen, oppfølging av målsettinger og som grunnlag for videre tiltaksutvikling.*

Ansvar: Klinikk  
Tid: 2014

- *Tilrettelegge for kultursensitiv og språklig tilpasset behandling også ved tvungent psykisk helsevern*

Ansvar: Klinikk

Tid: 2014

- *Fokus på Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)*

- Fortsette dialog med brukerne hvor erfaringer og betraktninger om innhold og praksis relatert til TUD deles.

Ansvar: Avdelinger og seksjoner

Tid: 2014

- Samarbeid med kommunehelsetjeneste i forhold til hvordan man forstår og forholder seg til TUD. Gjennomgå TUD vedtak sammen med hjemkommune/lokalt senter for psykisk helse/DPS

Ansvar: Avdelinger og seksjoner

Tid: 2014

- Fokus på at en større andel pasienter på TUD har kriseplan.

Ansvar: Avdelinger og seksjoner

Tid: 2014

- Etablering av TUD-forum

Ansvar: Lokalt akuttnettverk er ansvarlig for å etablere og drifte TUD-forum i samarbeid med Fagutviklingsenhet rus og psykiatri.

Tid: 2014

- *Fokus på bruk av skjerming*

- Legge til rette for videre deltakelse i nasjonalt konsensusprosjekt om skjerming.

Ansvar: Klinikkleddelser

Tid: Prosjektperiode

- Sikre deling av erfaringer fra lokale prosjekt (Akuttpost Tromsø, Allmennpsykiatrisk klinikk – fokus på varighet av skjerming og betydningen av fysisk aktivitet for skjermingens varighet)

Ansvar: Lokalt akuttnettverk i samarbeid med Fagutviklingsenhet rus og psykiatri.

Tid: 2014

- *Sikkerhetspsykiatri ved Rus- og spesialpsykiatri har deltatt i det nasjonale skjermingsprosjektet 2012 hvor formålet er utvikling av pålitelig måling av skjerming. Oppfølging av arbeidet.*

Ansvar: *Sikkerhetspsykiatri ved Rus- og spesialpsykiatri*

Tid: Løpende

- *Reduksjon av tvangsmiddelbruk med spesielt fokus på beltelegging*
- Utvikle måltall for redusert bruk av beltelegging (50 % reduksjon fram til 2015)  
Ansvar: Klinikkledelser  
Tid: 2014
- Systematisk gjennomgang av beltelegginger i regi av aktuell enhet evt. med bistand fra Fagutviklingsenhet rus og psykiatri  
Ansvar: Avdelinger og seksjoner  
Tid: 2014
- Systematisk gjennomføring av ettersamtale med pasienten når beltelegging er benyttet som tvangsmiddel.  
Ansvar: Avdelinger og seksjoner  
Tid: Høst 2013
- Utvikle retningslinjer i forhold til tvangsmiddelbruk som også må ha brukermedvirkningselement i seg.  
Ansvar: Klinikkledelser  
Tid: 2014
- *Det skal gjøres en kartlegging/gjennomgang av pasienter som har gjentatte kortvarige tvangsinnleggelse. Behandlingsplaner og oppfølgingstiltak skal drøftes i samarbeid med de aktuelle samarbeidspartnere.*  
Ansvar: Avdelinger og seksjoner.  
Tid: 2014
- *Alle deler av det psykiske helsevernet skal ha en etisk standard som sikrer god vurdering og praksis når en fratar en bruker samtykkekompetanse, og at brukere behandles med verdighet.*  

Dette ivaretas gjennom grunn-, videre- og etterutdanning. Det forventes at alle enheter har interundervisning i helselovgivningen. Fagutviklingsenheten for rus og psykiatri gir jevnlig undervisningstilbud til ansatte i relevant lov- og forskriftsverk. Møter for etisk refleksjon bør etableres i alle enheter, se også pkt 2.2.
- *Årlig seminar om aktuell helselovgivning.*  
Ansvar: Fagutviklingsenhet rus og psykiatri  
Tid: Årlig – gjennomført 2013

#### **2.4 Tiltak for å bedre dokumentasjon om tvangsbruk og bedre datakvalitet:**

- *Helseforetakene skal følge Strategi for bedre datakvalitet 2011- 2014 fra NPR (IS-1890)*
- *Registrering av alle vedtak skal gjennomføres etter psykisk helsevernloven og etter en felles standard som er utarbeidet av KITH og Helsedirektoratet. Standarden skal implementeres i EPJ-systemet. Dette skal registreres elektronisk slik at data gjøres lett*

*tilgjengelig for institusjonen, kontrollkommisjonen og sentrale myndigheter, herunder NPR (etter en felles standard, registreringsveileder).*

- *Ny prosedyre for registrering av frivillige innleggelser for pasienter med TUD vedtak er iverksatt, og statistikken for 2012 er korrigert i tråd med dette (ut fra denne har antall tvangsinnleggelser gått ned med 5.6 prosentpoeng fra 22.2 til 16.6 om man sammenligner 2012 med 2011).*
- *Nye vedtaksmaler for innleggelser samt rutiner for bruk av disse er utarbeidet.*

#### Tiltak som gjenstår:

- *Forbedre kvaliteten på, og kvalitetssikring av, registrerte innleggelser med vedtak om tvang og utskrivelser med vedtak om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).*
  - Det skal utarbeides skriftlige rutiner for registrering i PAS/DIPS (og i protokollene).
  - Revidering av prosedyre for registrering av frivillige innleggelser for pasienter med TUD m.h.t. registrering av TUD ved SPH/DPS som ikke er godkjent for tvunget psykisk helsevern
- *Det skal gis opplæring i bruk av ny revidert registreringsveileder fra NPR*

Ansvar: Klinikkene i samarbeid med avdelinger og seksjoner

Tidsramme: 2014

#### **2.5 Tiltak for å gi verdige transportordninger for psykisk syke - mindre bruk av politi:**

- *HF – ene skal utarbeide retningslinjer for organisering av transport og ledsagelse av pasienter som skal til øyeblikkelig hjelp innleggelse i psykiatriske avdelinger.*

#### Oppsummering gjennomført arbeid:

UNN HF har gjennom pilotprosjektet ”Transport av psykisk syke” kartlagt ledsagernetverk i kommunene, avklart om retningslinjene for transport er kjent og etterlevd, gjennomgått rutiner for rekvirering av transportmiddel, arrangert fagdager for ledsagere og ambulanspersonell, invitert ansatte ved ambulanseavdelingen på nyansattkurs på sykehuset og arrangert regelmessige refleksjonsmøter/ prosessveiledning. Målsetningen for prosjektet er å sikre gode og verdige transportordninger for psykisk syke som bidrar til at bruken av tvang og politi reduseres til et minimum. Erfaringene fra pilotprosjektet viser følgende:

- Kartlegging av ledsagernetverk og avklaring av hvorvidt retningslinjer for transport av psykisk syke som skal til ø-hjelp innleggelse og IS5-2012 er kjent og blir praktisert:

Kartleggingen viser at det er 17 legevakter i UNNs lokalsykehusområde i Troms og Ofotens totalt 31 kommuner. Det eksisterte på registreringstidspunktet 4 ledsagertjenester i UNNs lokalsykehusområde: Finnsnes, Harstad, Narvik og Målselv. OSO (Overordnet samarbeidsorgan) sine retningslinjer for ledsagelse av psykisk syke som skal til ø-hjelp innleggelse og rundskriv IS5-2012 om politiets og helsevesenets ansvar for psykisk syke er jevnt over ikke kjent, for dårlig kjent eller ikke praktisert. Enkelte respondenter oppgir at de alltid tilkaller politi når det er snakk om innleggelse på tvunget psykisk helsevern, noe som åpenbart er i strid med IS hvor det står, at det alltid skal gjøres en konkret vurdering

av bistand fra politiet. De 4 ledsagertjenestene har egne prosedyrer som er i samsvar med OSO retningslinjen. To av tjeneste hadde imidlertid ikke oppdaterte ledsagerlister.

- Veiledning av ambulanspersonell

Totalt ble det gjennomført 23 veiledningssesjoner av ambulanspersonell; 10 i Tromsø, 9 på Finnsnes og 4 i Narvik. I Tromsø og på Finnsnes har ansatte ved fagutviklingsenheten gjennomført veiledning, mens det i Ofoten er SPH'et som har sørget for veiledning. På de to førstnevnte lokalisasjoner har veiledning vært basert på frivillig oppmøte mens den i Narvik var obligatorisk. Dette resulterte i gjennomsnittlig 10 deltagere i Tromsø og på Finnsnes, mens man i Narvik fikk med 40-50 ansatte. Veiledning av ambulanspersonell anbefales videreført forankret i lokalt DPS (SPH/PSTO). Ambulant psykiatrisk team/akutt-team gis primært ansvar for veiledning. Den bør gjennomføres med vekslning mellom teoriundervisning, refleksjon, rådgiving og diskusjon, hvor form, innhold og hyppighet tilpasses lokale forhold. Ulike samarbeidspartnere bør jevnlig inviteres til å delta på veiledning.

- Ambulanspersonellets deltagelse på psykiatriens nyansattekurs – psykiatriveileder:

8 ambulanspersonell har deltatt på nyansattekurset, og 5 av disse har fullført begge 2 dagers samlingene. Erfaringer fra questback viser at over 90 % av de som har deltatt på nyansattekurset opplever dette som svært nyttig og relevant for jobben. Det anbefales at ambulanspersonell deltar på kurset også i fremtiden. For å gjøre ordningen med psykiatriveiledere i ambulansetjenesten mer robust anbefales det at to fra hvert område gjennomgår kurset.

Kriseplan vil kunne være et viktig redskap for å kunne planlegge transport på en mest mulig ivaretaende måte for pasienten.

Tiltak som gjenstår:

- Fortsatt fokus på å sikre verdige transportordninger for psykisk syke med særskilt fokus på områder med utstrakt bruk av politi under transport.
- Etablere ledsagertjeneste/ordninger i kommuner hvor dette ikke er på plass.
- Styrke de etablerte ledsagertjenestene gjennom bistand til rekruttering og stabilisering. Herunder å tilby og gjennomføre kursing av ledsagere (grunnkurs- og videregående kurs).
- Sørge for at retningslinjer og rundskriv er kjent og blir praktisert.
- Videreføre ordning med å utdanne psykiatriveiledere i ambulansetjenesten. Mål om to veiledere per ambulansområde innen 2014.
- Følge opp arbeidet med registrering av pasientfornøydhets under transport og vurdere å ta dette i bruk som lokal kvalitetsindikator.
- Gjennomføre fagdager for alt ambulanspersonell i UNN høst 2013/vår 2014 i samarbeid med SPH/DPS og lokale psykiatriveiledere.

Ansvar: Fagutviklingsenhet rus og psykiatri i samarbeid med Fagenheten ved Ambulanseavdelingen.

Tid: 2015

## 2.6 Tiltak for å bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

- *HF-ene skal sammen med kommunene utarbeide gode prosedyrer for vurdering og håndtering av akutte situasjoner, spesielt for legevakten. Legevakten må kjenne til alternative ordninger som er etablert for å unngå å begjære tvangsinnleggelse. DPS har en viktig oppgave å bistå legevakten (Oppdragsdokument 2012).*

Ansvar: Avdelinger og seksjoner

Tid: 2014

- *HF-ene skal sammen med kommunene styrke arbeidet omkring individuelle planer og kriseplaner. DPS og sykehusavdelinger skal i samarbeid med kommuner utarbeide kriseplaner for pasienter som har vært innlagt tidligere. Dette for å sikre at krisesituasjoner håndteres på en god og trygg måte og at pasienten gis innflytelse på behandlingsforløpet. En kriseplan kan inneholde viktig informasjon om varselsignaler, tiltak og behandling i forbindelse med sykdomsforverring og om hvem brukeren ønsker skal bli kontaktet ved behov for ny innleggelse. Brukere som har eller har krav på individuell plan kan gis tilbud om en kriseplan som en del av sin individuelle plan.*

Ansvar: Avdelinger og seksjoner

Tid: Oppstart høst 2013

- *HF-ene må etablere et systematisk samarbeid med kommunene omkring pasienter med omfattende og sammensatte behov. Dette med målsettingen at disse gis et best mulig tilbud i tråd med prioriteringsanbefalinger, herunder også tilrettelagte boliger og adekvat oppfølging.*

Ansvar: Avdelinger og seksjoner

Tid: 2014

- *Helseforetakene bør i samarbeid med kommunene analysere problemstillingene rundt "mangegangsinnlagte" og utforme konkrete handlingsplaner i samråd med andre etater (f.eks. politi, barnevern, ulike kommunale etater), om hvordan de kan hjelpe aktuelle pasienter bedre enn ved gjentatte tvangsinnleggelser (jamfør også 2.3 punkt 4).*

Ansvar: Avdelinger og seksjoner

Tid: 2014

## 2.7 Verdige og gode bygg til de alvorligste psykisk syke:

### Tiltak som gjenstår:

- *Bygg 7 på Åsgårdområdet vil gjennomgå renovering i 2014/2015. Dette vil gi nye og renoverte arealer for Akutt-team, Akuttpost Tromsø og Døgnetromsø ved Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn*

Ansvar: Klinikkledelsen Allmennpsykiatrisk klinikk

Tid: 2014/2015

- *Idéskisse og prosjekt for framtidige lokaler for voksenpsykiatri og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk (TSB) i Tromsø er også under utarbeidelse.*

Ansvar: Klinikkledelser

Tid: 2014

- *Fokus på betydningen av løpende vedlikehold av bygningsmassen og god interiørmessig standard. Det vil være sentralt å holde tritt med slitasje knyttet til virksomheten.*

Ansvar:           Klinikkledelser

Tid:               Løpende

### **3.     Ressurser og økonomi**

Med forbehold om finansiering:

- 1. Det foreslås opprettet etablert en tidsavgrenset funksjon ut 2014 (tilsvarende 50 % stilling) for systematisk implementering og oppfølging av planen.*
- 2. Det foreslås etablert tidsavgrenset engasjement (20 %) for å sikre brukerperspektivet i implementering og oppfølging av planen.*
- 3. Det må stilles midler til rådighet for implementerings- og oppfølgingsarbeidet (samlinger, reiser, opplæring osv).*
- 4. I forhold til implementering av planen etableres det egen referansegruppe bl.a. med bruker- og pårørenderepresentasjon.*





---

# Rapport: Risikoanalyse av bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrien

---

**Utarbeidet av Fag og forskningscenteret i samarbeid med de øvrige i analysegruppen**

UNN HF, 7. februar 2014

Hans Petter Bergseth  
Walter Andersen



### Bakgrunn:

Fylkesmannen i Troms har etter en tilsynssak konkludert med at det ”foreligger brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2”. Allmennpsykiatrisk klinikk er bedt om å risikoolysere evnen til å behandle akutt, livstruende, somatisk sykdom ved bruk av mekaniske tvangsmidler.

Klinikkledelsen ved Allmennpsykiatrisk klinikk har bedt om bistand fra Fag- og forskningssenteret til gjennomføring av analysen sammen med en oppnevnt gruppe av fagpersonell fra ulike avdelinger. Analysegruppen valgte å utvide oppdraget slik at en også så på hvordan klinikken generelt er forberedt på ei forsvarlig pasientbehandling ved bruk av mekaniske tvangsmidler.

### Sammendrag

Gruppen vurderer dagens praksis som forsvarlig og allment akseptert i fagmiljøene. Det foreligger ikke forhøyet risiko ved institusjonen ved bruk av mekaniske tvangsmidler enn det som er kjent i fagmiljøene. I arbeidet med å vurdere de enkelte risikoelementer finner gruppen imidlertid klare muligheter for forbedringer som anbefales gjennomført for ytterligere å redusere risiko for skade. Klinikken har de ressurser, rutiner, kompetanse og trening som er nødvendig for å kunne takle en situasjon der somatisk lidelse kan føre til en akutt situasjon. Det foreligger ikke rapporter og meldinger om uønskede hendelser i forbindelse med bruk av mekaniske tvangsmidler i avvikssystemet. Journaler er ikke gjennomgått med tanke på å avdekke om slike skader har oppstått. Det er imidlertid kjent at skader som blåmerker, rift og hudskrapinger kan oppstå i slike situasjoner. Innføring av hele eller deler av fagprosedyre utarbeidet i Helse Vest ved bruk av mekanisk tvang vil dekke de fleste av gruppens anbefalinger som risikoreduserende tiltak. Analysegruppen avdekte åtte forbedringsområder som risikoreduserende tiltak i prioritert rekkefølge:

1. Utarbeide fagprosedyre med utgangspunkt i fagprosedyre utarbeidet i Helse Bergen
2. Utarbeide prosedyre og sjekklister for «Trygg bruk av mekaniske tvangsmidler»
3. Presisering av at somatisk sykdom skal overvåkes ved tvangsmiddelbruk
4. Bedre systematikk i internopplæringen
5. Optimalisere beltesenger slik at de er tilpasset behov for pasient og helsepersonell
6. Bruk av data fra registre angående bruk av mekaniske tvangsmidler
7. Øke tilgjengeligheten på «hjertestanstelefoner»
8. Bedre dokumentasjon av igangsetting av mekaniske tvangstiltak der lege ikke har vært tilgjengelig i situasjonen

### Gjennomføring av analysen:

Klinikkledelsen ved Allmennpsykiatrisk klinikk er oppdragsgiver og har oppnevnt analysegruppe. Fag og forskningssenteret har bistått klinikken som i prosessledelse for analysen.

### Problemstilling:

Risikoolysere avdelingens evne til å behandle akutt, livstruende, somatisk sykdom. Selv om fylkesmannen har avgrenset dette til somatisk sykdom har analysegruppen sett på faremomenter til å gjelde ved bruk av mekaniske tvangsmidler generelt.



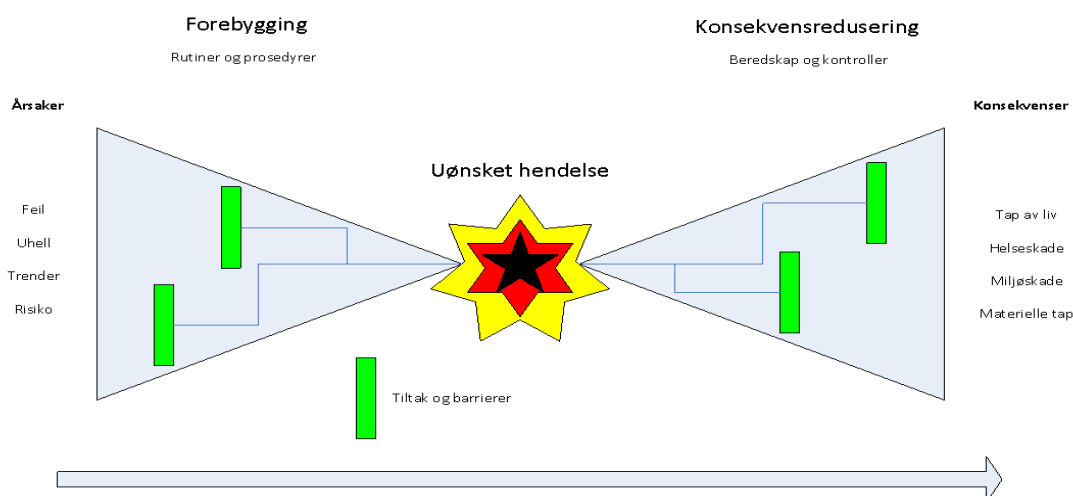
Behandling skal innenfor krav til forsvarlig helsehjelp og juridiske bestemmelser ved bruk av tvang. Alvorlig skade på pasient er ikke akseptabelt.

Analysegruppen vurderte følgende situasjoner:

1. sterke og svake sider, sårbarhet i eksisterende barrierer og beredskap ved bruk av mekaniske tvangsmidler
2. sterke og svake sider, sårbarhet i eksisterende barrierer og beredskap når mekaniske tvangsmidler er i bruk
3. sterke og svake sider, sårbarhet i eksisterende barrierer og beredskap når pasienten har en kjent somatisk lidelse/sykehistorie
4. når det er stor fare for at skade oppstår – beredskap for å hindre alvorlig skade

### Metode:

Analysegruppen brukte idedugnad (SWOT) og med påfølgende hendelses- og feiltreanalyse (bow-tie). Gruppen er utfordret til å trekke svakheter i dagens rutiner og finne frem tiltak som vil ha vesentlig risikoreduserende effekt. Barrierer er primærforebyggende tiltak som er iverksatt for å unngå uønskede hendelser. Beredskap er sekundærforebyggende tiltak som har til hensikt å redusere konsekvensene av uønskede hendelser.



### Forberedelser:

Forberedelsene ble utført av leder og sekretær etter godkjenning fra oppdragsgiver og med et forberedende møte med avdelingssykepleier Hans Yngve Bjerkås. Analysegruppe var bedt om å forberede seg på:

- Reell arbeidsflyt ved bruk av mekaniske tvangsmidler.
- Beskrivelse av kjente uønskede hendelser, hyppighet og konsekvenser.
- Etablerte organisatoriske sikkerhetstiltak og rutiner/prosedyrer.
- Kontrollrutiner for sjekk av implementerte rutiner.



## Kartlagte svakheter og forslag til ytterligere risikoreducerende tiltak

Institusjon er godkjent for bruk av tvang. Dette innebærer at klinikken har egnede lokaler, kompetente helsepersonell, og at klinikken må ha aktivitetstilbud for pasienter, rutiner for opplæring, trening m.m. etter forskrift om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern. Gruppen vurderer dagens praksis som forsvarlig og allment akseptert i fagmiljøene. Det foreligger ikke forhøyet risiko ved institusjonen ved bruk av mekaniske tvangsmidler enn det som er kjent i fagmiljøene. I arbeidet med å vurdere de enkelte risikoelementer finner gruppen imidlertid klare muligheter for forbedringer som anbefales gjennomført for ytterligere å redusere risiko for skade. Klinikken har de ressurser, rutiner, kompetanse og trening som er nødvendig for å kunne takle en situasjon der somatisk lidelse kan føre til en akutt situasjon.

### Avdekte svakheter:

1. Klinikken bruker ikke data fra reimingssituasjoner til å analysere om det er ulikheter i praksis (mellom avdelinger og vakter) og ulike holdninger til reiming med tanke på minimalisering av mekanisk tvang. Det kom til uttrykk bekymring for at det kan utvikle seg ulike holdninger til bruk av mekanisk tvang fordi noen bare går nattevakter. Kontakt med ledelse og deltakelse i diskusjoner og intern opplæring kan derfor være redusert.
2. Somatiske lidelser: I akutte situasjoner i mottaket kan vurdering av somatiske lidelser og tidligere sykehistorie ikke være mulig å kartlegge. Rutiner ved reiming mangler sjekkliste der somatiske lidelser vurderes og hva helsepersonell skal være særlig oppmerksom på: blodutredelser, blåflekker, blodpropp, hjertestans, magesykdommer, risikofaktorer ved at overvektige ligger flatt m.m. Det trengs tydeliggjøring av hva som er viktige oppgaver i den akutte mottaksfasen.
3. Tidvis kan det være noe lavt engasjement på internundervisning fordi ansatte opplever det som repetisjon og som igjen kan svekke klinikkens beredskap fordi opplæring ikke gir den treningseffekt man er ute etter. Det finnes planer for opplæring, men det er hull i gjennomføringen fordi det mangler fullstendig oversikt over hvem som har gjennomført internopplæring. Vikarer, men også fast ansatte, kan glippe i opplæringsøyemed bl.a. på grunn av vakter. Det er brist i systematikken fordi det ikke tas en årlig gjennomgang av hvem som har fått opplæring og hvem som mangler.
4. Det kan være vanskelig å få vite om somatisk sykehistorie fordi psykisk syke ikke oppsøker helsetjeneste i samme grad som andre ved plager og symptomer. Noen kan ha uoppdaget somatisk sykdom.
5. Sengene er ikke regulerbare. Pasienter kan derfor bli liggende flatt unødvendig lenge. Ved tung respirasjon er det ikke mulig å regulere sengen. Også for ansatte kan dette gi uheldige fysiske belastninger.
6. Begrunnelse for tvangstiltak iverksatt av andre enn vakthavende lege blir formidlet muntlig til vakthavende lege før det dokumenteres av vakthavende lege. Ved akutte situasjoner der mekanisk tvang er tatt i bruk uten at lege har vært til stede foreligger det ikke samme krav til dokumentasjon som det legen har.



7. Det er uklart hvordan fagpersonalet skal forholde seg til nasjonal prosedyre for mekaniske tvangsmidler i psykiatrien. Analysegruppen ser fare for utvikling av ulike praksis siden det ikke er tatt noen ledelsesbeslutning om hvilken status nasjonale fagprosedyre skal ha i klinikken utover at den skal gjøres kjent.
8. Det kan oppstå samtidighetskonflikter ved uroalarm. Sannsynligheten for at dette skjer vurderer analysegruppen som svært liten. Selv om det kan ha alvorlige konsekvenser og risikoen er redusert så lavt som praktisk mulig.
9. Det finnes ikke sjekklister for miljøpersonalet i reimingssituasjoner. Miljøpersonalet kan være ufaglært personell som mangler fagkompetansen til å vurdere den enkelte pasient, og derfor bør fagpersonalets rolle i forhold til vaktene gjøres tydeligere.
10. Bare noen få telefoner er satt opp med varsel om hjertestans.

Analysegruppen har følgende forslag til ytterlig risikoreducerende tiltak:

1. Klinikken bør beslutte å utarbeide og iverksette prosedyre for mekanisk tvangsmiddelbruk som tar høyde for prosedyre utarbeidet av Helse Bergen i samarbeid med Kunnskapscentret. Dette er en kunnskapsbasert fagprosedyre som er godkjent av nasjonalt råd for fagprosedyrer.
2. Utarbeide prosedyre for «Trygg bruk av tvangsmidler». Dette innebærer forsterket legetilsyn (fagprosedyren anbefaler tilsyn etter 4. timer for å gjøre ny vurdering om tiltaket skal opprettholdes.) Kontinuerlig tilsyn av miljøpersonell og utarbeiding av sjekklister/observasjonsark for miljøpersonalet.
3. Forbedre vurderingen av somatikk i mottaksfasen. Hvis det ikke blir tatt somatikk i mottaket må pasientansvarlig lege ta denne vurderingen dagen etterpå.
4. Forbedre systematikken i internopplæring. Det er et lederansvar å sjekke ut at alle er kommet gjennom pålagt opplæring en gang årlig.
5. Tilpasse/innkjøp av adekvate senger i tilstrekkelig tall for å redusere komplikasjoner for pasienter under mekanisk tvangsmiddelbruk.
6. Skaffe statistisk oversikt over bruk av reiming og implementere dette i kvalitetsinformasjonssystemet KIS. Benytte statistikker til planlegging av daglig drift og det holdningsskapende arbeidet.
7. Øke tilgjengeligheten i tilgang til telefoner for hjertestans.
8. Lege skal etter lovgivning fatte vedtak om mekanisk tvangsmiddelbruk før reimlegging iverksettes. I sjeldne tilfeller der tvangstiltaket er iverksatt uten tilsyn og vedtak av lege er fattet, skal miljøpersonalet på selvstendig grunnlag dokumentere begrunnelse. Den som tar beslutningen om reiming må ha dokumentasjonsplikt i form av notat om tvangsmiddelbruk og begrunnelse for tvang. Denne begrunnelsen må gjøres kjent for annet fagpersonell.

### Sammensetning av analysegruppen

Analysegruppen bestod av følgende fagpersoner:

FFS	Hans Petter Bergseth	Leder
FFS	Walter Andersen	Sekretær
APK, Akuttpost Sør	Hans Yngve Bjerkås	Avdelingssykepleier
APK, Akuttpost Sør	Sigve Eriksen	Assistent
APK, Akuttpost Sør	Torbjørn Pedersen	Lege i spesialisering



APK, Akuttpost Nord  
APK, PSTO  
APK, FARUP  
Med. Klinikk

May-Britt Klaudiussen  
Siren Hoven  
Njål Bjørhovde  
Trine Olsen

Miljøterapeut  
Overlege  
Spesialkonsulent  
Lege i spesialisering, forfall

Gruppen har ikke hatt representasjon fra somatikken. Deltakeren ble forhindret fra å møte på grunn av sykdom. Det kan representere en svakhet i analysearbeidet. To leger fra psykiatrisk område har deltatt i arbeidet og representerer nødvendig kompetanse også for somatisk lidelser.

### Gjennomføring:

#### Møtedato 20.1.14 Møterom Åsgård Bygg 2 Styrerommet (B2-149)

0830 – 0900 Introduksjon og presentasjon av deltakerne, klargjøring av oppdraget, metodegjennomgang

0900 – 11.00 Kartlegging av sterke og svake sider, sårbarhet i barrierer og risikoreducerende tiltak i organisasjonen.  
Kartlegging av sterke og svake sider, sårbarhet i barrierer og risikoreducerende tiltak når mekaniske er i bruk.  
Barrierer og risikoreducerende tiltak ved forhøyet risiko, pasienten har en kjent somatisk lidelse/historie.  
Når skade oppstår – barrierer og risikoreducerende tiltak for redusert helsetilstand.

11.20 -12.00 Vurdering av tiltak og forventet effekt av nye tiltak.

1200 – 1230 Lunsj

1230 - 1330 Vurdering av tiltak og forventet effekt av nye tiltak. Utarbeide forslag til risikoreducerende tiltak.

1330 Slutt

### Dokumenter:

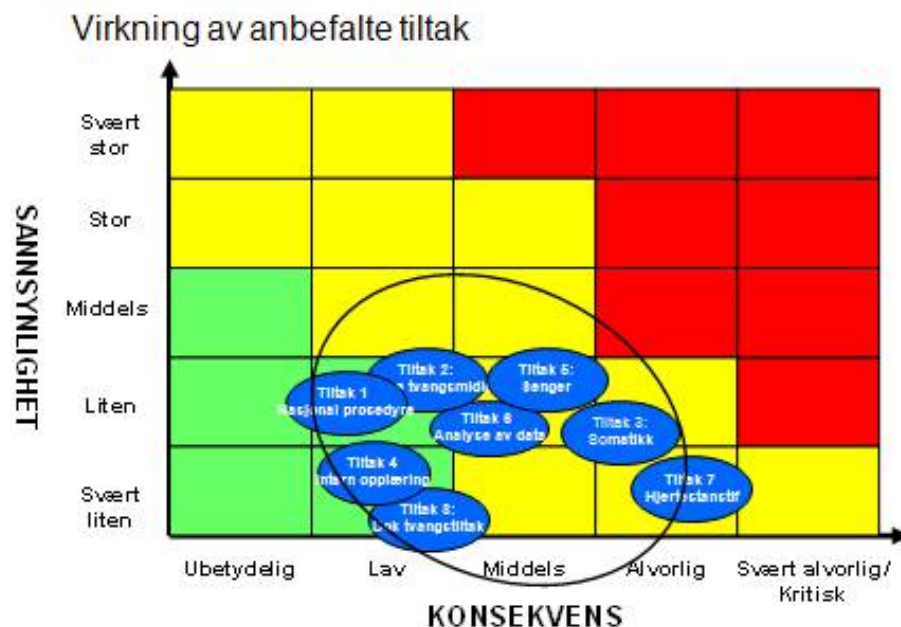
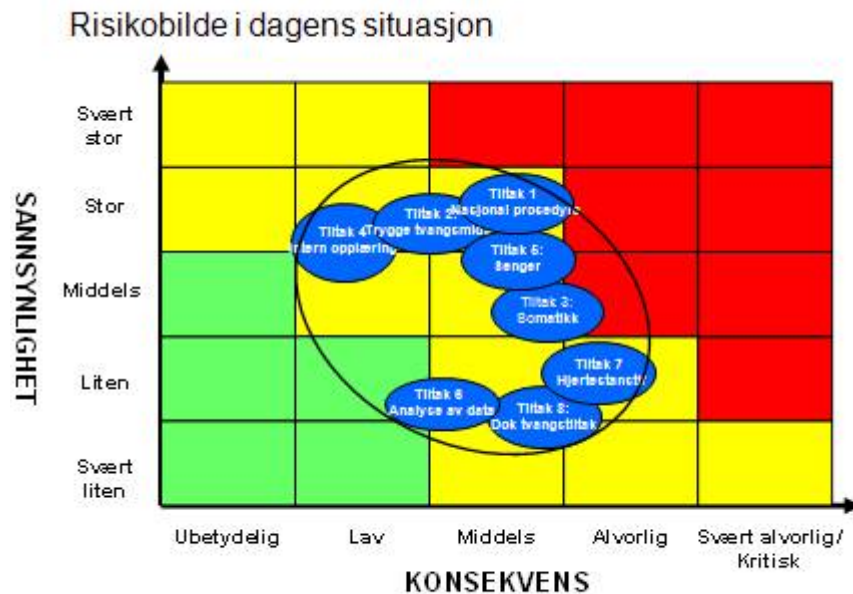
[Nasjonal fagprosedyre for mekaniske tvangsmidler i psykiatrien.](#)  
[DS4948 i Docmap](#)



## Vedlegg:

Virkingen av de foreslåtte tiltak vurderes å gi et risikobilde som vist i figur1. Sannsynlighet for somatisk skade og konsekvens for pasient vil være redusert.

I dagens situasjon vurderes det totale risikobilde for somatisk skade på pasient noe høyere. Alvorlig somatisk skade oppstår svært sjelden.





**SIVILOMBUDSMANNEN**

**BESØKSRAPPORT**

**Universitetssykehuset Nord-Norge**

26.-28. april 2016



## Innholdsfortegnelse

<b>1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat.....</b>	<b>3</b>
<b>2 Tortur og umenneskelig behandling .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Sammendrag .....</b>	<b>5</b>
<b>4 Generell informasjon om psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge.....</b>	<b>6</b>
<b>5 Gjennomføring av besøket .....</b>	<b>8</b>
<b>6 Fysiske forhold .....</b>	<b>9</b>
<b>7 Aktivisering .....</b>	<b>11</b>
<b>8 Pasientrettigheter .....</b>	<b>13</b>
8.1 Vedtak.....	13
8.2 Klagemuligheter.....	14
8.3 Pasientsikkerhet.....	15
<b>9 Vedtak om tvungent psykisk helsevern .....</b>	<b>17</b>
9.1 Lovens hovedvilkår.....	17
<b>10 Tvangsmidler .....</b>	<b>18</b>
10.1 Utilbørlig bruk av tvangsmidler.....	20
10.1.1 Mekaniske tvangsmidler .....	20
10.1.2 Kortvarig fastholding.....	21
10.1.3 Behandling uten eget samtykke.....	21
10.2 Bruk av tvangsmidler etter eget ønske .....	22
10.3 Praktisk utførelse av tvang.....	22
10.4 Underretning av pårørende etter bruk av tvangsmidler .....	23
10.5 Ettersamtale.....	24
10.6 Tvangsprotokoller .....	24
<b>11 Skjerming .....</b>	<b>26</b>
11.1 Skjermingsvedtak .....	26
11.2 Utforming av skjermingsenheter .....	26
11.3 Belteseng i skjermingsenhet .....	27
11.4 Plassering av ansatte.....	28
11.5 Langvarig skjerming .....	28
<b>12 Institusjonskultur.....</b>	<b>30</b>
12.1 Kulturelle risikofaktorer for tortur og umenneskelig behandling.....	30
12.1.1 Akuttpost Nord.....	31
12.1.2 Ledelse .....	32

## 1 Om Sivilombudsmannens forebyggingsmandat

På bakgrunn av Norges tilslutning til tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon er Sivilombudsmannen gitt et eget mandat for å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.<sup>1</sup> Det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved Sivilombudsmannens kontor for å gjennomføre mandatet.

Forebyggingsenheten foretar regelmessige besøk til steder der mennesker er fratatt friheten, for eksempel fengsler, politiarrester, institusjoner innen psykisk helsevern og barnevernsinstitusjoner. Besøkene kan være varslede eller uvarslede.

På bakgrunn av besøkene skal det avgis anbefalinger med sikte på å forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Sivilombudsmannen, ved forebyggingsenheten, har adgang til alle steder for frihetsberøvelse og til å føre private samtaler med personer som er fratatt friheten. Videre har enheten tilgang til alle nødvendige opplysninger av betydning for forholdene under frihetsberøvelse. Under besøkene søker enheten å avdekke risikofaktorer for krenkelse gjennom egne observasjoner og samtaler med de berørte. Samtaler med de frihetsberøvede er særlig prioritert.

I arbeidet med å ivareta forebyggingsmandatet har Sivilombudsmannen også utstrakt dialog med nasjonale myndigheter, sivilt samfunn og internasjonale menneskerettighetsorganer.

---

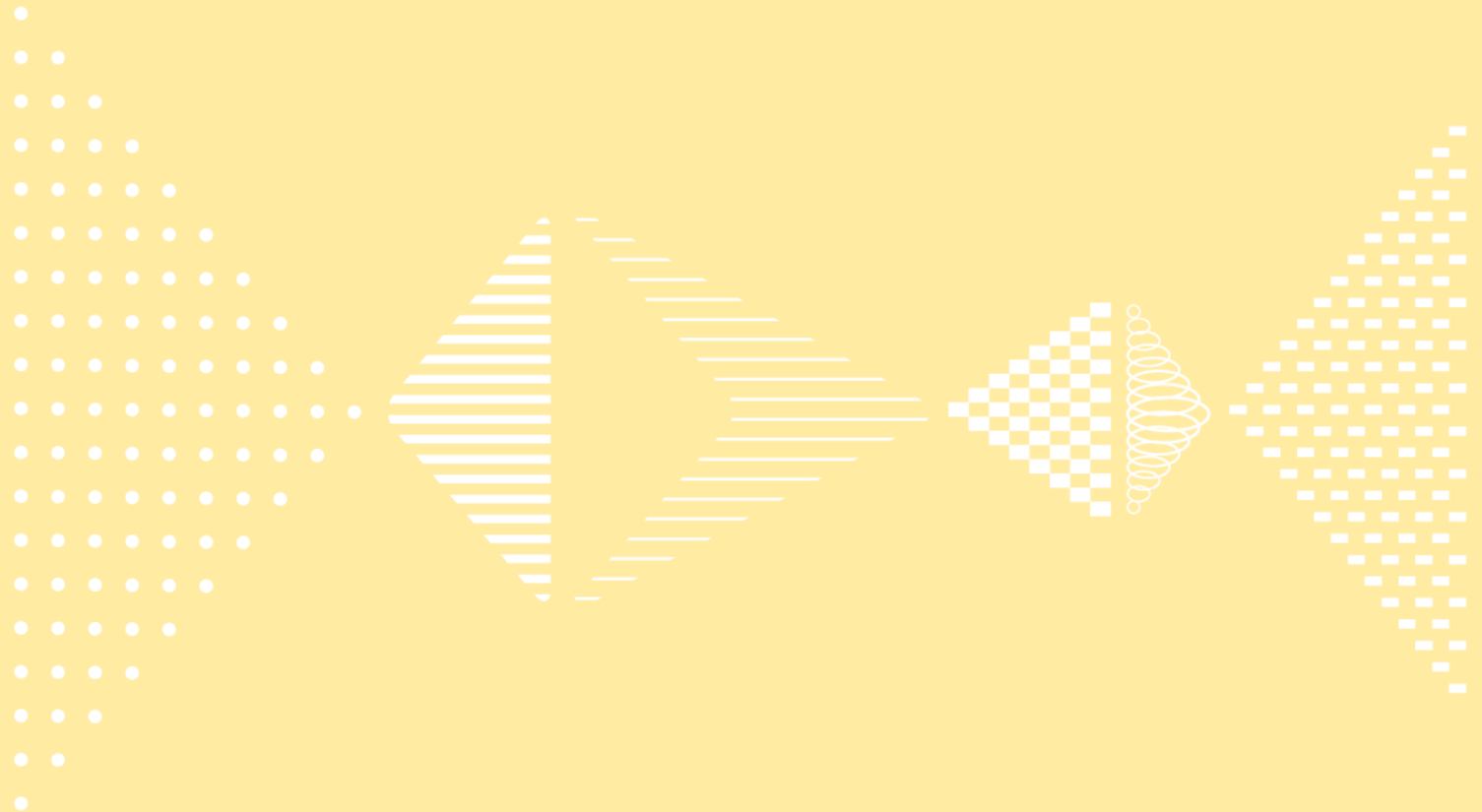
<sup>1</sup> Sivilombudsmannsloven § 3 a.

## 2 Tortur og umenneskelig behandling

Forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er slått fast i en rekke internasjonale konvensjoner som er bindende for Norge.

Sentralt står FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (torturkonvensjonen) vedtatt i 1984. I tillegg nedfelles det samme forbudet i blant annet FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (artikkel 7), FNs barnekonvensjon (artikkel 37), FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (artikkel 15) og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene.

Mennesker som er fratatt friheten er mer sårbare for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. Dette er bakgrunnen for at en tilleggsprotokoll til FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ble vedtatt av FN i 2007.



### 3 Sammendrag

### Anbefalinger

## 4 Generell informasjon om psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF har opptaksområde i fylkene Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard. Det har også lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Troms fylke og Ofoten i Nordre Nordland. Sykehuset tilbyr tjenester på alle områder innen spesialisthelsetjenesten for somatikk, psykisk helsevern og avhengighetsbehandling. Universitetssykehuset Nord-Norge dekker et befolkningsområde på rundt 480 000 mennesker og har sykehusdrift flere steder, herunder Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen.

Psykisk helse- og rusklinikken består av fem avdelinger: psykiatrisk avdeling, rusavdelingen, avdeling sør, avdeling nord og avdeling for fagutvikling, forskning og utdanning. Psykiatrisk avdeling er lokalisert på Åsgård i Tromsø.

Sivilombudsmannens forebyggingsenheten besøkte psykiatrisk avdeling i Tromsø. Den består av tre seksjoner; akuttpsykiatrisk seksjon, sikkerhetspsykiatrisk seksjon og alderspsykiatrisk seksjon med til sammen åtte enheter. Hver enhet styres av en enhetsleder. Seksjon for sikkerhetspsykiatri ledes av et felles tverrfaglig team.

Forebyggingsenheten besøkte alle seksjoner utenom alderspsykiatrisk seksjon, og følgende enheter ble besøkt:

- *Akuttpost Nord* har 13 sengeplasser. Enheten har ansvar for øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-1 og mottar pasienter over 18 år. Enheten tilbyr akutt- og krisetjenester og spesialisert utredning og behandling. Opptaksområdet er kommunene i Nord-Troms og Finnmark.<sup>2</sup> Enheten hadde 538 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.
- *Akuttpost Sør* har tolv sengeplasser. Enheten gir tilbud til befolkningen i Midt-Troms, Sør-Troms og Ofoten og tar imot pasienter som har behov for innleggelse når det gjelder kartlegging, utredning og behandling av psykoser, alvorlig depresjon, personlighetsforstyrrelser eller andre akutte kriser. Posten har øyeblikkelig hjelp-ansvar for pasienter over 18 år som blir innlagt på tvang etter psykisk helsevernloven, samt de som har behov for rammene på en lukket sengepost. Pasientene får et behandlingsteam bestående av lege og miljøpersonale. I følge sykehuset består behandlingstilbudet av et strukturert og trygt miljø, samtalebehandling, medikamentell behandling samt nettverkssamarbeid.<sup>3</sup> Enheten hadde 501 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.
- *Akuttpost Tromsø* har ti sengeplasser. Enheten har ansvar for å ta imot pasienter med akutt behov for psykiatrisk hjelp ved sengepost og ivaretar øyeblikkelig hjelp-funksjonen for opptaksområdet; Tromsø, Karlsøy, Balsfjord, Storfjord og Lyngen. Ansvarsområdet innebefatter utrednings-, behandlings- og omsorgsoppgaver. I følge sykehuset består tilbudet av et strukturert, trygt og forutsigbart miljø, samtalebehandling, medikamentell behandling, familie- og nettverksarbeid.<sup>4</sup> Enheten hadde 481 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.

<sup>2</sup> Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/sykehusseksjon-nord/category23858.html>.

<sup>3</sup> Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/sykehusseksjon-sor/category23862.html>.

<sup>4</sup> Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/akuttposten/category19818.html>.

- *Psykose- og rusenheten* har elleve sengeplasser. Pasienter fra Troms og Finnmark med alvorlig rusproblem kombinert med mistanke om alvorlig psykisk lidelse kan henvises hit. Enheten har pasienter mellom 18–35 år. Pasientene tas inn til et opphold på inntil seks måneder. Det tilbys utredning og kartlegging av problematikk, ressurser og videre behandlingstiltak.<sup>5</sup> Enheten hadde 43 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.
- *Sikkerhetspsykiatri døgnet* har seks sengeplasser. Opptaksområdet er Finnmark, Troms og Ofoten. Enhetens målgruppe er personer diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse kombinert med atferds- eller voldsproblematikk, personer idømt tvungent psykisk helsevern etter straffelovens § 39 samt personer med behov for utredning for uavklart voldsrisikoproblematikk. Enheten kartlegger ressurser og foretar funksjonsutredning i dagliglivsferdigheter. Den tilbyr også behandling med fokus på akutfunksjon, stabilisering, diagnostisk vurdering og voldsrisikokartlegging.<sup>6</sup> Enheten hadde 15 innleggelser i perioden 01.01.15–31.03.16.

---

<sup>5</sup> Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/rus-og-psykiatriposten/category9936.html>.

<sup>6</sup> Fra UNNs hjemmesider, se: <http://www.unn.no/sikkerhetspsykiatri/category9973.html>.

## 5 Gjennomføring av besøket

I mars 2016 ble UNN HF varslet om at det ville bli gjennomført et besøk i løpet av de nærmeste åtte ukene. Dato for besøket ble ikke oppgitt.

Før besøket oversendte sykehuset etterspurte dokumenter, blant annet psykisk helse- og rusklinikkens retningslinjer og statistikk, innleggsestall og avviksmeldinger. Klinikken hadde ingen årsrapport for 2015. Det ble også innhentet dokumenter (vedtak, journalnotater og kopi av tvangsprotokoll) som omfattet de tre siste belteleggingene før sykehuset mottok brevet som varslet besøket, på hver av de fem enhetene som ble besøkt.

Besøket begynte med en befaring av akuttpost Nord, Sør og Tromsø. Senere samme dag fortsatte befaringsen på enhet for sikkerhetspsykiatri rehabilitering og døgnet, samt psykose- og rusenheten. Befaringen omfattet pasientrom, fellesskapsområder, skjermede avsnitt, rom med beltesenger, vaktrom og uteområder.

Senere første besøksdag hadde forebyggingsenheten et møte med klinikkens og avdelingens ledelse der enheten presenterte Sivilombudsmannens forebyggingsmandat og arbeidsmetodene for besøket. Behovet for å kunne gjennomføre private samtaler med pasienter ble spesielt vektlagt.

Den første besøksdagen ble det gjennomført samtaler med pasienter fra akuttpost Nord.

Den andre besøksdagen ble det gjennomført samtaler med pasienter på akuttpost Nord, Sør og Tromsø samt på psykose- og rusenheten. Det ble også gjennomført samtaler med pasienter og ansatte på akuttpost Nord på nattevakten denne dagen. Den tredje dagen ble det gjennomført samtaler med pasienter på enhet for sikkerhetspsykiatri døgnet og akuttpost Tromsø og enkelte gjestående samtaler med ansatte og pasienter på de øvrige enhetene.

Det ble i tillegg gjennomført samtaler med ansatte på alle enheter, samt enhetsledere ved alle enhetene med unntak av psykose- og rusenheten. Under besøket gikk forebyggingsenheten også gjennom tvangsprotokoller fra alle enhetene. Det ble gjennomført et møte med kontrollkommisjonen for sykehuset på besøkets andre dag.

Besøket ble godt tilrettelagt av sykehusets ledelse og ansatte. Tilsendte informasjonsplakater var hengt opp på alle enhetene og ansatte syntes orientert om forebyggingsenhetens besøk.

Tre arbeidsdager etter besøket ble det gjennomført et møte med klinikken og avdelingens ledelse med sikte på å få diskutert og avklart en del sentrale forhold.

Under besøket deltok følgende personer fra Sivilombudsmannens kontor:

- Helga Fastrup Ervik (kontorsjef, jurist)
- Aina Holmén (seniorrådgiver, psykolog PhD)
- Mette Jansen Wannerstedt (seniorrådgiver, sosiolog)
- Jonina Hermannsdottir (seniorrådgiver, kriminolog)
- Johannes Flisnes Nilsen (rådgiver, jurist)

## 6 Fysiske forhold

Døgnetenhetene i akuttpsykiatrisk seksjon var i relativt dårlig fysisk forfatning. Bygg 1 på Åsgård huser akuttpost Nord og Sør. Bygningen fremstod som slitt.

Akuttpost Nord lå i tredje etasje og hadde 13 sengeplasser. Enheten bestod av kjøkken med tilhørende spisestue, stue/oppholdsrom, aktivitetsrom med blant annet piano, røykerom med balkong, vaktrom, pasientrom og en skjermingsenhet med to rom hvorav ett var utstyrt med belteseng samt et oppholdsrom utenfor disse to. To og to pasientrom delte bad og toalett. Veggene trengte ny maling og det manglet gardiner foran de fleste vinduene. Badene var dårlig vedlikeholdt og mange av dem manglet dusjforheng. I tillegg var håndklekroker og såpedispensere fjernet fra veggene og ikke erstattet.

Det fantes ikke gardiner som kunne dras for vinduene til tross for at pasienter som legges inn i akutte faser må antas å ha spesielt behov for søvn og hvile. I sommermånedene blir det svært lyst på pasientrommene og i perioden med midnattssol vil det ikke være lysskjerming noen tid på døgnet. Enhetsleder opplyste at dette var et problem for enkelte av pasientene og at man derfor i perioder brukte svarte søppelsekker som ble teipet foran vinduene.

Akuttpost Sør lå i etasjen under akuttpost Nord og lignet denne i utforming. Enheten fremstod som noe lysere og noe mindre slitt enn akuttpost Nord. Med unntak av to pasientrom delte to og to pasientrom bad og toalett. Enheten hadde to fellesrom i tillegg til røykerom, medisinerom og vaktrom. Posten hadde ikke egen skjermingsenhet.

Døgnetenhetene i bygg 1 hadde ingen avskjermede uteområder tilknyttet sitt bygg. Pasientene hadde ikke direkte tilgang til hage eller ballbane. Det var utgang til en liten røykeveranda fra enhetene. I et annet bygg på området var det gymsal og treningsrom, men dette ble ifølge pasienter og ansatte lite brukt grunnet bemanningssituasjonen da pasientene må følges dit av personalet (se nærmere kap. 7).

I bygg 2 lå psykose- og rusenheten. I likhet med de andre akuttenehetene var helhetsinntrykket av avdelingen at den var slitt. Med unntak av skjermingsrommene delte to og to pasientrom bad og toalett. De var alle spartansk innredet uten noe som kunne gjøre inntrykket mindre institusjonspreget.

Akuttpost Tromsø lå i bygg 6. Dette var gjennomgående en nedslitt enhet, og forebyggingsenheten ble opplyst om at enheten skulle flytte inn i nyoppussete lokaler i løpet av 2016. Posten har ti plasser, med unntak av to rom med egne bad delte to og to rom bad og toalett. I tilknytning til enheten fantes det et atrium hvor pasientene kunne lufte seg. Døren ut til dette var låst og man måtte gå gjennom røykerommet for å komme til atriet.

De fysiske forholdene ved sikkerhetspsykiatrisk seksjon fremstod som gode. Her var begge enheter lyse og godt vedlikeholdte. Veggene var malt i lyse farger, rommene hadde gardiner og solskjerming og det var gjennomgående brukt interiør som ga enhetene en hyggelig og mindre sykehuspreget atmosfære.

En god utforming av pasientenes fysiske omgivelser er et viktig forebyggende tiltak. De fysiske



forholdene på døgnenhetene bør skape et trygt og helsefremmende miljø for pasientene slik at behandling og omsorg kan gis på en mest mulig skånsom og respektfull måte. Med unntak av sikkerhetspsykiatrisk seksjon var de fysiske forholdene for pasientene bekymringsfulle og ga inntrykk av liten forståelse for hvilken betydning omgivelser og tilrettelegging har for pasienter som er fratatt friheten. Pasienter på akuttavdelinger er i en helsesituasjon som gir dem et særlig stort behov for omsorg og ivaretagelse i forsvarlige og helsefremmende omgivelser.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

Creating a positive therapeutic environment involves, first of all, providing sufficient living space per patient as well as adequate lighting, heating and ventilation, maintaining the establishment in a satisfactory state of repair and meeting hospital hygiene requirements.<sup>7</sup>

CPT har også uttalt at:

Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a daily basis.<sup>8</sup>

### Anbefalinger

- Sykehuset bør sikre at de fysiske forholdene ved seksjon for akuttpsykiatri legger til rette for helsefremmende terapeutiske tiltak og forebygger umenneskelig behandling.
- Alle pasienter bør umiddelbart sikres mulighet for lysavskjerming om natten.

<sup>7</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 50, avsnitt 34.

<sup>8</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

## 7 Aktivisering

Å kunne delta i varierte og meningsfulle aktiviteter og ha tilgang til utendørsaktiviteter og fritidstilbud utenfor sitt eget rom er avgjørende for fysisk og mental velvære hos alle som er fratatt friheten.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

“Psychiatric treatment should be based on an individualised approach, which implies the drawing up of a treatment plan for each patient. It should involve a wide range of rehabilitative and therapeutic activities, including access to occupational therapy, group therapy, individual psychotherapy, art, drama, music and sports. Patients should have regular access to suitably-equipped recreation rooms and have the possibility to take outdoor exercise on a regular basis”.<sup>9</sup>

I FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte i fengsler (de såkalte Mandela-reglene) slås det fast at de som er fratatt friheten daglig bør tilbys minimum én times utendørs aktivitet og at det bør legges til rette for trening og rekreasjon.<sup>10</sup> Sivilombudsmannen har tidligere påpekt at standarden ikke bør være lavere for mennesker som er fratatt sin frihet innen psykisk helsevern.

Det fantes ikke skriftlige rutiner eller oversikt over aktiviteter for pasientene ved noen av enhetene ved akuttpsykiatrisk seksjon. Klinikken hadde heller ingen oversikt over hvor ofte pasientene benyttet seg av aktivitetstilbud. Ledelsen ved klinikken påpekte at det ble prioritert å gjennomføre individuell aktivisering i stedet for organiserte fellestilbud. Enhetene i akuttpsykiatrisk seksjon oppga imidlertid at det var vanskelig å tilby pasientene som var innlagt på tvang daglige turer ut i friluft blant annet grunnet bemanningssituasjonen. Flere av de ansatte på enkelte av postene påpekte at det var få organiserte aktiviteter og at det den siste tiden var blitt redusert ytterligere. Aktivitetssenteret ved sykehuset ble lagt ned 01.01.16 og både ansatte og pasienter formidlet at de etter dette hadde få organiserte aktivitetstilbud ved sykehuset. I flere av enhetene ble det også påpekt at det var færre midler til å arrangere friluftsturer og at det var skåret ned på muligheter for å få dekket bussbilletter for å delta på aktiviteter i byen. Ledelsen begrunnet dette med at enhetene har kort liggetid. Imidlertid var det ved forebyggingsenhetens besøk flere pasienter som hadde lange opphold ved seksjonen bak seg.

Det gir grunn til bekymring at pasienter som er fratatt friheten kan måtte oppholde seg i uker, og i flere tilfeller mange måneder, med få andre aktivitetstilbud enn kortere gåturer i området rundt sykehuset når personalet har kapasitet. Mangelen på direkte tilgang til gode uteområder fra flere av enhetene forverret denne situasjonen (se nærmere kap. 6).

### Anbefalinger

- Sykehuset bør forbedre mulighetene for meningsfulle aktiviteter for sine pasienter.
- Sykehuset bør satse på forbedring av miljøterapeutiske tiltak i akuttpsykiatrisk

<sup>9</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 51, avsnitt 37.

<sup>10</sup> United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (SMR)(2015), regel 23.

seksjon.

- Sykehuset bør sikre at pasienter ved klinikken får tilgang til daglig friluft og daglig fysisk aktivitet.

## 8 Pasientrettigheter

### 8.1 Vedtak

Det er de faglig ansvarlige ved psykiatrisk avdeling som fatter vedtak om etablering av tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, skjerming, behandling uten eget samtykke og bruk av tvangsmidler. Vedtak lagres i elektronisk pasientjournal, og her lagres også et separat journalnotat hvor begrunnelsen for hvert enkelt vedtak fremgår. Selve vedtaket angir kun hvilke lovbestemmelser som er vurdert og lagt til grunn for vedtaket, og gir ingen konkret begrunnelse. Pasienter mottar ikke den skriftlige begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet) rutinemessig sammen med vedtaket. Det ble opplyst fra ledelsen at pasienten kan se dette gjennom å be om innsyn i journal. Dette er en praksis Sivilombudsmannen tidligere har påpekt at bør endres.<sup>11</sup> Et vedtak må være konkret begrunnet for å ivareta pasientens reelle rett til å klage. Vedtaket skal både gi pasienten informasjon om det rettslige grunnlaget for inngrepet og en konkret begrunnelse for at det ble gjennomført, i tillegg til informasjon om retten til å klage. Alle pasienter bør rutinemessig motta både en skriftlig og en muntlig begrunnelse for tvangsvedtak for å sikre ivaretagelse av deres rettigheter og hindre vilkårlig bruk av tvang. Helsedirektoratet har nylig opplyst at det arbeides med en teknisk løsning i det sentrale pasientjournalssystemet som vil sikre at journalnotatet alltid skrives ut samtidig med vedtaket.

Et gjennomgående funn ved gjennomgang av vedtaksprotokoller og faglig begrunnelse for tvangsbruk var at det ikke var dokumentert forsøk på bruk av lempeligere midler. I psykiskhelsevernloven § 4-8 første ledd heter det: «Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vært prøvd, men har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.» Denne formuleringen brukes som standardtekst i tvangsvedtak ved psykiatrisk avdeling på UNN. En slik bruk av standardtekst i journalnotater gir ikke en tilstrekkelig og konkret beskrivelse av hvordan lovens vilkår for bruk av tvang er oppfylt i det enkelte tilfellet. Vedtaksgrunnlaget bør inneholde en konkret beskrivelse av hvilke lempeligere midler som ble brukt, hvor lenge dette varte og hva som var utfallet.

#### Anbefalinger

- Pasienter bør alltid både få muntlig og skriftlig informasjon om tvangsvedtak samt den konkrete begrunnelsen for vedtaket (journalnotatet). Pasienten bør som hovedregel ikke måtte be om journalinnsyn eller selv logge seg inn i elektronisk journal for å motta informasjon om hvorfor et tvangsvedtak er fattet.
- Vedtak og journalnotater bør inneholde konkret og detaljert informasjon om begrunnelsen for tvangsmiddelbruk og bør også inneholde informasjon om forsøk på bruk av lempeligere midler.

<sup>11</sup> Se Sivilombudsmannens rapporter etter besøk til Diakonhjemmet sykehus 24.-27. februar 2015, Sykehuset Telemark 8.-10. april 2015 og Sørlandet sykehus 7.-9. september 2015.

## 8.2 Klagemuligheter

Kontrollkommisjonens hovedoppgave er å ivareta rettsikkerheten til personer som behandles i det psykiske helsevernet etter psykisk helsevernloven<sup>12</sup>. Kontrollkommisjonen er klageinstans for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern, innskrenkninger i forbindelse med omverdenen,<sup>13</sup> ransaking og kroppsvitasjon,<sup>14</sup> beslag,<sup>15</sup> tvungen urinprøve,<sup>16</sup> bruk av tvangsmidler,<sup>17</sup> skjerming<sup>18</sup> og overføring uten samtykke<sup>19</sup>. I tillegg fører kontrollkommisjonen kontroll med alle vedtak om etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern og etterprøver alle vedtak etter tre måneder. Vedtak om tvungen legeundersøkelse<sup>20</sup> og behandling uten eget samtykke<sup>21</sup> påklages til Fylkesmannen. Effektive klageordninger er viktige for å ivareta pasienters rettsikkerhet og for å forebygge umenneskelig behandling. CPT har understreket dette i sine standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

“...as in any place of deprivation of liberty, an effective complaints procedure is a basic safeguard against ill-treatment in psychiatric establishments. Specific arrangements should exist enabling patients to lodge formal complaints with a clearly-designated body, and to communicate on a confidential basis with an appropriate authority outside the establishment.”<sup>22</sup>

“The CPT also attaches considerable importance to psychiatric establishments being visited on a regular basis by an independent outside body (e.g. a judge or supervisory committee) which is responsible for the inspection of patients’ care. This body should be authorized, in particular, to talk privately with patients, receive directly any complaints which they might have and make any necessary recommendations.”<sup>23</sup>

Kontrollkommisjonen for Åsgård sykehus Tromsø møtes annenhver uke for å håndtere klagesaker, kontrollere vedtak og eventuell forlengelse av vedtak, og utføre dokumentkontroll. Kommisjonen har i 2015 og 2016 ikke utført velferdskontroller. De er heller ikke rutinemessig på besøk i postene og pasientene tilbys ikke å snakke med kommisjonen når denne er på sykehuset.

Besøksteamet fant ikke tilgjengelig skriftlig informasjon om rettigheter ved tvang eller informasjon om Kontrollkommisjonen, Fylkesmannen eller Sivilombudsmannen oppslått på døgnnetene. Ved akuttpost Sør var det et oppslag om pasientombudet og på akuttpost Tromsø fantes det en brosjyre om rettsikkerhet. Informasjon om klageinstansene og klageadgang bør være synlig og lett tilgjengelig på alle enhetene for å ivareta tvangsinnlagte pasienters rettigheter.

---

<sup>12</sup> Psykisk helsevernloven § 6-1.

<sup>13</sup> Psykisk helsevernloven § 4-5.

<sup>14</sup> Psykisk helsevernloven § 4-6.

<sup>15</sup> Psykisk helsevernloven § 4-7.

<sup>16</sup> Psykisk helsevernloven § 4-7 a.

<sup>17</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8.

<sup>18</sup> Psykisk helsevernloven § 4-3.

<sup>19</sup> Psykisk helsevernloven § 4-10.

<sup>20</sup> Psykisk helsevernloven § 3-1.

<sup>21</sup> Psykisk helsevernloven § 3-3.

<sup>22</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56 avsnitt 53.

<sup>23</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 56, avsnitt 55.

## Anbefalinger

- Kontrollkommisjonen bør spørre pasientene direkte om de ønsker å snakke med kommisjonen.
- Seksjonene bør sikre at informasjon om Kontrollkommisjonen, Fylkesmannen og Sivilombudsmannen alltid er synlig og lett tilgjengelig for pasienter.

### 8.3 Pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal hjelpe pasienter. Likevel blir pasienter tidvis skadet unødige i møte med helsetjenestene.<sup>24,25</sup> Pasientsikkerhet inkluderer beskyttelse fra vold og overgrep når pasienter mottar helsehjelp. En vesentlig del av denne beskyttelsen tilrettelegges fra institusjonenes side ved sikring av prosedyrer for dokumentasjon og varsling av skader i tillegg til mulighet for å klage. For å ivareta pasientsikkerhet er det sentralt at helsetjenesten sikrer åpenhet om feil og utilsiktede hendelser.

Det er kjent gjennom blant annet flere mediasaker at pasientsikkerhet og melding av skader har vært en utfordring ved UNN. Under forebyggingsenhetens besøk og oppfølgende møte med ledelsen ble det klart at det fortsatt rådet usikkerhet både hos klinikk-, seksjons-, avdelings- og enhetsledelse om hva som skal registreres og meldes av pasientskader. Det fremstod også som klart at det ikke fantes sikre prosedyrer for å identifisere og registrere pasientskader, og heller ingen sikre prosedyrer for oppfølging/håndtering av disse.

I følge avdelingens og enhetenes ledelse var det usikkert hvorvidt pasientskader faktisk blir meldt. Flere ansatte meddelte imidlertid at melding av pasientskader ikke generelt er prioritert og at pasientskader i forbindelse med utageringer ikke meldes. Også kontrollkommisjonen opplyste å ha etterspurt informasjon om pasientskader fra ledelsen flere ganger. Kommisjonen hadde bedt om informasjon om avvik og pasientskader, men hadde ikke fått opplysninger om eventuelle skader selv om kommisjonen selv, blant annet gjennom journalopplysninger, hadde fått kunnskap om at dette hadde forekommet.

Én sak ga spesiell grunn til bekymring. Dette gjaldt en pasient som ble alvorlig skadet da vedkommende ble lagt i gulvet av personale på sengeposten som pasienten var innlagt på. Skadene måtte følges opp av medisinsk personell utenfor enheten. Likevel ble medisinsk oppfølging etter ytterligere undersøkelser ikke ført i pasientens journal, til tross for at det blant annet fremgikk av journal at pasienten gjentatte ganger de påfølgende dagene klaget over smerter.

Episoden hvor pasienten ble skadet er bare kort omtalt i vedkommendes journal der den beskrives som en utagering. I følge journalen er det uklart hvordan pasienten pådro seg skadene. Det ble ikke fattet vedtak for kortvarig fastholdning, til tross for at pasienten ble lagt i gulvet. Det ble tidligere samme dag journalført et annet basketak mellom pasienten og personale som utløste fastholdning av pasienten i cirka fem minutter. Også denne kortvarige fastholdningen manglet vedtak.

<sup>24</sup> Pasientsikkerhet kan beskrives som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser, jf. Kunnskapscenteret (2010): Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Notat.

<sup>25</sup> «En uønsket hendelse er en utilsiktet skade eller komplikasjon som er forårsaket av behandling eller pleie og ikke av pasientens sykdom», jf. Mogensen og Pedersen (2003): Pasiendsikkerhed – fra sanktion til læring. København: Munksgaard.

Det forelå ingen melding av pasientskaden verken internt i sykehusets system for registrering av pasientskader, til Helsedirektoratet<sup>26</sup> eller Helsetilsynet.<sup>27</sup>

Saken er sterkt bekymringsfull av flere grunner. Det vekker alvorlig bekymring at det utvises en form for maktbruk som kan skade pasienten på en slik måte. Det er også dypt bekymringsfullt at pasientens skader ikke er meldt, verken internt eller til myndighetsinstansene som behandler slike skademeldinger. At enheten ikke har rutiner for pasientskademelding som blir etterfulgt, gjør pasienter svært sårbare for eventuelt maktmisbruk fra personalet. Dermed øker risikoen for at pasienter blir utsatt for umenneskelig behandling (se også kapittel 12). Mangel på informasjon hindrer også klinikkledelse og myndighetsinstanser fra å ta nødvendige grep for å forhindre at lignende situasjoner oppstår igjen. I følge informasjon innhentet i løpet av forebyggingsenhetens besøk, var både enhetsleder og avdelingsleder kjent med hendelsen. Når slike hendelser skjer på en døgnenhet uten at ledelsen følger dette opp, sender det et sterkt signal både til pasienter og ansatte om at klinikken ikke tar ansvar for pasientenes sikkerhet.

Hendelsen gir også grunn til bekymring for den medisinske oppfølgingen av skader på pasient. Det var ikke journalført at undersøkende lege fulgte opp pasientens skader til tross for skadens karakter. Pasienten ble heller ikke tilbudt noen form for ettersamtale etter hendelsen.

#### Anbefalinger

- Sykehuset bør sørge for å ha rutiner som sikrer at skade på pasienter alltid meldes internt og at meldeplikt overfor Helsedirektoratet og Helsetilsynet overholdes.
- Sykehuset bør ha rutiner som sikrer at behandlingsansvarlig helsepersonell har ansvar for oppfølging av pasientskader.
- Sykehuset bør sørge for at kontrollkommisjonen blir opplyst om avvik og pasientskader.

<sup>26</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

<sup>27</sup> Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.

## 9 Vedtak om tvungent psykisk helsevern

### 9.1 Lovens hovedvilkår

I psykisk helsevernloven § 3-3 punkt 3 slås det fast at pasienten må ha en 'alvorlig sinnslidelse' for at vilkåret for tvungent psykisk helsevern skal være oppfylt. I rundskriv til loven gis det veiledning om hvilke tilstander som omfattes av lovens hovedvilkår. Psykoser faller inn under begrepet kjerneområde, og enkelte andre tilstander omfattes også. Eksempelvis kan dette være alvorlige grader av spiseforstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser. Det står videre: 'Ved den konkrete vurderingen av om en pasient med slik lidelse oppfyller lovens hovedvilkår, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringsevne og eventuelle andre psykiske symptomer.'<sup>28</sup> Det slås altså fast at for at lovens hovedvilkår skal være oppfylt, må pasienten ha en alvorlig grad av for eksempel personlighetsforstyrrelse. I tillegg skal blant annet atferdsmønster og mestringsevne vektlegges.

I ett tilfelle ble gjentatte vedtak om tvangsinnleggelse etter § 3-3 basert på en foreløpig personlighetsforstyrrelsesdiagnose. I følge journal vurderte faglig ansvarlig den *foreløpige* diagnosen til å gi endring i mestringsevne og atferdsmønster i en slik grad at det kunne sidestilles med lovens krav om en alvorlig sinnslidelse. Det ble imidlertid ikke foretatt noen utredning for å undersøke dette eller satt en endelig diagnose. Saken ga ytterligere grunn til bekymring fordi den gjaldt en pasient som ble utsatt for en rekke tvangsinnleggelse på samme midlertidige grunnlag over en periode på flere år. Tiden under innleggelsene hadde heller ikke blitt brukt til å avklare om pasienten faktisk tilfredstilte kriteriene for en diagnose av en slik art at lovens hovedvilkår for tvungent psykisk helsevern var oppfylt.

#### Anbefalinger

- Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det aldri fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern uten at det er dokumentert at lovens hovedvilkår er oppfylt.

<sup>28</sup> Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 37.



## 10 Tvangsmidler

Bruk av tvangsmidler er regulert i psykisk helsevernloven § 4-8 og omfatter mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belteseng og transportbelter samt skadeforebyggende spesialklær, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede ('isolasjon'), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt og kortvarig fastholding ('holding').

Ifølge loven skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette 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.<sup>29</sup> Det fremgår av Helsedirektoratets kommentarer til psykisk helsevernloven § 4-8 at dette innebærer at tvangsmidler kun skal benyttes 'når det foreligger en nødrettslignende situasjon'.<sup>30</sup>

Alle akuttenhetene, samt psykose- og rusenheten og sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet har tilgang til beltesenger og transportbelter. Psykiatrisk avdeling opplyste at det ble fattet 163 vedtak om mekaniske tvangsmidler i form av beltelegging eller transportbelter i 2015. De aller fleste tilfellene av bruk av mekaniske tvangsmidler skjedde på akuttpost Tromsø og akuttpost Nord med henholdsvis 65 og 60 vedtak. Akuttpost Sør fattet 13 slike vedtak i samme periode. Vedtak om korttidsvirkende legemidler ble fattet 146 ganger i 2015. Under besøket ble det funnet forhold som kunne tyde på uformell isolasjon som praksis under skjerming (se avsnitt 11.4). Likeledes ble det opplyst at det på sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet i ett tilfelle ble brukt kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolasjon) som tvangsmiddel.

Psykisk helse- og rusklinikken hadde utarbeidet en plan for økt frivillighet 2014-2016.<sup>31</sup> Planen inneholdt en lang rekke tiltak på ulike nivåer, som å bedre bruker- og pårørendemedvirkning, sikre god kvalitet og bedre kunnskap om tvang, tiltak for å bedre dokumentasjon og datakvalitet, gi verdige transportordninger for psykisk syke, bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt gi gode og verdige bygg for alvorlig psykisk syke. Gjennom klinikkens dialogavtale for 2014 var det satt følgende konkrete målsettinger for redusert bruk av tvang:

- Fem prosent reduksjon i antall tvangsinnleggelses ved akuttposter sammenlignet med 2013.
- Reduksjon til tolv prosent i tvungen innskriving (N-005).
- Reduksjon i antall vedtak om tvangsmiddelbruk med ti prosent sammenlignet med 2013.

Klinikk- og avdelingsledelsen opplyste at noen av tiltakene i planen var igangsatt, mens andre gjenstod. Det var usikkert om målene i dialogavtalen for 2014 var oppfylt.

Gjennom sykehusets egen statistikk over tvangsbruk i 2015 og 2016 fremstod det som tydelig at det var store interne forskjeller i tvangsbruk mellom enhetene i klinikken. Spesielt når det gjaldt vedtak om skjerming og vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler var det svært tydelige forskjeller enhetene imellom. Dette til tross for at inntaket til de ulike enhetene er styrt etter geografiske kriterier. Akuttpost Nord hadde høye tall både for vedtak om skjerming og mekaniske tvangsmidler.

<sup>29</sup> Psykisk helsevernloven § 4-8.

<sup>30</sup> Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 76.

<sup>31</sup> Planen som ble tilsendt forebyggingsenheten var utarbeidet 06.01.14.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

It should be acknowledged that resort to restraint measures appears to be substantially influenced by non-clinical factors such as staff perceptions of their role and patients' awareness of their rights. Comparative studies have shown that the frequency of use of restraint, including seclusion, is a function not only of staffing levels, diagnoses of patients or material conditions on the ward, but also of the 'culture and attitudes' of hospital staff.<sup>32</sup>

Se nærmere om betydningen av kultur og holdninger i kapittel 12.

Hverken klinikk- eller avdelingsledelsen syntes å ha tematisert årsaken til de store forskjellene. Det forelå ikke noen plan for å bruke tallene i videre arbeid med reduksjon av tvang. Mangelen på synlig oppfølging av tvangstallene reiser spørsmål ved sykehusets vilje til å redusere bruken av tvang. Kontrollkommisjonen opplyste at de ikke var kjent med avdelingens statistikk, og at de dermed ikke var kjent med de store interne forskjellene på sykehuset når det gjaldt tvangstiltak.

Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) understreker ledelsens avgjørende rolle i arbeidet med å redusere tvang:

Reducing recourse to the use of restraint to a viable minimum requires a change of culture in many psychiatric establishments. The role of management is crucial in this regard. Unless the management encourages staff and offers them alternatives, an established practice of frequent recourse to means of restraint is likely to prevail.<sup>33</sup>

Under besøket ble det også klart at det ikke forelå en enhetlig praksis i klinikken for opplæring om og prosedyrer ved bruk av tvang. Det var til dels store forskjeller enhetene i mellom når det gjaldt innhold i og omfang av opplæring som ble gitt, og om det fantes rutiner for gjennomføring av debriefing av personale og ettersamtaler med pasienter.

Det bemerkes at akuttpost Sør som eneste akuttpost hadde tatt i bruk Brøset Violence Checklist (BVC) som et ledd i arbeidet med å redusere tvang. BVC er en 6-punkts sjekklister som skal bidra til at helsepersonell lettere kan forutsi voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv og ved dette forebygge uønsket og farlig atferd. Enhetsledelsen opplyste at tiltaket resulterte i bedre rapporter og mer målrettet overføring av informasjon mellom vaktene og at det ble oppfattet som effektivt for å oppnå tvangsreduksjon. Tiltaket understøtter praksisen med å ta tidlig kontakt med pasienter ved tegn på uro eller stress og finne måter å avhjelpe situasjonen.

Sykehuset oppfylte i all hovedsak kriteriene for registrering av tvangsvedtak til Norsk pasientregister.

<sup>32</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

<sup>33</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

## 10.1 Utilbørlig bruk av tvangsmidler

### 10.1.1 Mekaniske tvangsmidler

I forkant av besøket ble sykehuset bedt om å oversende dokumenter som gjaldt de tre siste sakene før mottakelse av varslingsbrevet om bruk av mekaniske tvangsmidler på akutenhetene samt sikkerhetsenheter.<sup>34</sup> I gjennomgangen av de totalt femten sakene ble det i ett tilfelle funnet at vakthavende lege ikke ble informert ved vaktens start om at en pasient lå i belter. Pasienten hadde ligget i belter i seks timer før vakthavende lege på den nye vekten ble kontaktet. Da vakthavende lege undersøkte hva som hadde skjedd i forbindelse med belteleggingen på den tidligere vekten, fremstod dette som uklart også for personalet på avdelingen. Det var ikke blitt fattet vedtak for belteleggingen og det fremkom lite informasjon i notatet fra foregående vaktlag. I stedet for å fatte vedtak for den pågående belteleggingen, noterte vakthavende lege i journalen at dette ble overlatt til legen som iverksatte belteleggingen og som kom på vakt neste dag. Vedtak ble fattet dagen etter at belteleggingen ble iverksatt. Pasienten lå totalt i belter 25,5 timer.

Når en vakthavende lege blir klar over at det pågår en beltelegging det ikke er fattet vedtak for, påhviler det han/henne å sørge for at en ulovlig situasjon opphører. Dette må enten gjøres ved at pasienten løses fra beltene fordi det vurderes at lovens vilkår ikke er oppfylt, eller at det fattes vedtak om bruk av tvangsmidler. Det bemerkes også at belteleggingen, i følge journalen, ble iverksatt etter at pasienten fikk 'tilbud om å ligge i reimseng'. Se avsnitt 10.2 for nærmere anbefalinger vedrørende dette. Pasienten ble altså presentert for beltesengen som et miljøterapeutisk tiltak, til tross for at dette er et tvangsmiddel og ikke skal brukes som ledd i behandling.

Det vekker sterk bekymring at en pasient beltelegges uten at vedtak om tvangsbruk fattes, og ytterligere bekymring at ansvarlig lege utsetter vurderingen og dermed forlenger ulovlig bruk av tvangsmidler. Under bruk av et tvangsmiddel skal det fortløpende gjøres vurdering av pasientens situasjon og om kriteriene for tvangsbruk fortsatt er tilstede. Tvangsmiddelbruk skal opphøre så snart faren for skade ikke lenger er tilstede.<sup>35</sup>

Psykisk helsevernloven § 4-8 understreker at bruk av tvangsmidler skal vedtas idet det 'anses uomgjengelig nødvendig' for å hindre pasienten i å skade enten seg selv eller andre. Det gir derfor grunn til bekymring at det ble funnet flere tilfeller av beltelegginger som var bestemt på forhånd, det vil si at avgjørelsen om beltelegging var tatt på grunnlag av pasientens tidligere oppførsel eller at det besluttes beltelegging som ble gjennomført selv om pasienten var rolig og har kontroll over situasjonen når belteleggingen igangsettes. Flere pasienter fortalte om beltelegginger som opplevdes som straff for atferd eller utsagn som miljøpersonalet eller vakthavende lege ikke likte.

### Anbefalinger

- Sykehuset bør sørge for at det finnes rutiner som sikrer at det alltid fattes vedtak ved bruk av tvangsmidler.
- Det bør sikres at alle som har vakt med ansvar for vedtak er klar over hvem som skal

<sup>34</sup> Det ble bedt om kopi av tvangsprotokoll, vedtak, faglig begrunnelse (journalnotat), pasientjournalnotater under pasientens opphold i belter og opptil et døgn etter hendelsen, samt utfall ev eventuell klagesak.

<sup>35</sup> Helsedirektoratet (2012): Rundskriv IS-9/2012, side 141.

føre vedtak i journal.

- Det bør sikres at vedtak om tvangsmiddelbruk opphører så snart faren for skade ikke lenger er til stede og at det aldri fattes vedtak om tvangsmiddelbruk på grunnlag av tidligere vurderinger.

### 10.1.2 Kortvarig fastholding

Gjennomgangen av journaler viste gjentatte tilfeller av kortvarig holding som manglet vedtak. Dette ble bekreftet av ansatte ved akuttpost Nord som oppga at rapporteringen av holding var mangelfull, og at enkelte ansatte så på holding av pasienter som en del av miljøterapien. Dette er en bekymringsfull praksis. Enkelte pasienter fortalte også om at de opplevde holding som en straff for atferd miljøpersonalet ikke likte.

### Anbefalinger

- Det bør sikres at det alltid fattes vedtak for kortvarig fastholding.

### 10.1.3 Behandling uten eget samtykke

Sivilombudsmannen har tidligere uttalt at det samlet sett er grunn til bekymring for at tvangsmedisinering med antipsykotiske legemidler utsetter pasienter for en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.<sup>36</sup>

I en evaluering sommeren 2015 konstaterte Helsedirektoratet at man ikke har lyktes med å få ned bruken av tvang i psykisk helsevern tross klare målsettinger og en nasjonal strategi.<sup>37</sup>

Helsedirektoratet anbefalte til Helse- og omsorgsdepartementet at det igangsettes en revisjon av psykisk helsevernloven, og uttalte: «Revisjonen bør omfatte både regler knyttet til etablering og gjennomføring av tvungent vern, og spesielt se nærmere på adgangen til tvungen medikamentell vedlikeholdsbehandling».<sup>38</sup> 17. juni 2016 oppnevnte regjeringen et utvalg som skal se på regelverket og foreslå endringer som møter behovene i dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste. Det nye regelverket skal støtte opp under målet om å skape 'pasientenes helsetjeneste'. Utvalget avgir sin innstilling innen 1. september 2018.<sup>39</sup>

På grunn av de alvorlige funnene som ble avdekket under forebyggingsenhetens besøk på UNN på områder som pasientsikkerhet, bruk av tvangsmidler, skjerming og en bekymringsfull institusjonskultur, ble det i denne omgang ikke prioritert å foreta en gjennomgang av praksis for behandling uten eget samtykke.

<sup>36</sup> Se Sivilombudsmannens rapport etter besøket til Sørlandet sykehus 7.-9. september 2015.

<sup>37</sup> Helsedirektoratet (2015): Vurdering av videreføring av 'Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015).'

<sup>38</sup> Helsedirektoratet (2015): Vurdering av videreføring av 'Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)', side 22-23.

<sup>39</sup> Se: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg-skal-forbedre-tvangsreglene/id2505055/>.

## 10.2 Bruk av tvangsmidler etter eget ønske

Enkelte pasienter var blitt beltelagt etter selv å ha gitt uttrykk for et ønske om dette. Det er viktig å understreke at tvangsmidler ikke er behandlingstiltak. Bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske uten at lovens vilkår er oppfylt er derfor en urovekkende praksis. Dette kan være pasienter som prøver å uttrykke et behov for helsehjelp, omsorg eller trygghet.<sup>40</sup> Pasientens samtykke er ikke et selvstendig rettsgrunnlag for bruk av tvangsmidler etter psykisk helsevernloven § 4-8. Bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske kan også innebære en risiko for feiltolkning eller misbruk av pasientens samtykke.

Av samme grunn skal beltelegging ikke tilbys pasienten som en mulighet hvis han eller hun opplever å ha det vanskelig. Det ble funnet flere tilfeller hvor beltelegging ble presentert for pasienten som en mulig løsning av situasjonen, hvor det var opp til pasienten å samtykke. Der pasienten valgte dette, ble det fattet vedtak og belteleggingen gjennomført. Likeledes ble det funnet tilfeller hvor pasienten selv ble bedt om å si fra til personalet når vedkommende var «klar til å bli løst fra beltene». Dette er praksiser som ikke har hjemmel i loven.

### Anbefalinger

- Bruk av tvangsmidler etter pasientens ønske bør ikke finne sted med mindre lovens vilkår er oppfylt.

## 10.3 Praktisk utførelse av tvang

Et grunnleggende prinsipp er at sykehus skal være et trygt sted både for pasienter og ansatte. Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern om bruk av tvangsmidler:

“For the staff of a psychiatric hospital, it should be of the utmost concern that the conditions and circumstances surrounding the use of restraint do not aggravate the mental and physical health of the restrained patient”.<sup>41</sup>

Og videre:

“When recourse is had to restraint, the means should be applied with skill and care in order not to endanger the health of the patient or cause pain”.<sup>42</sup>

Det ble rapportert fra flere kilder på akuttpost Nord at det forekom unødig maktbruk ved utøvelse av tvang. Blant annet skal én pasient ha blitt beltelagt med en pute over ansiktet og én pasient hadde opplevd å bli liggende beltelagt naken. I tillegg ble det fortalt at det hovedsakelig var menn som la pasientene i belter. Dette kunne være syv til åtte pleiere på én pasient, som holdt ulike kroppsdeler

<sup>40</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), 2012: The use of restraints in psychiatric institutions, side 18, avsnitt 9.

<sup>41</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 47.

<sup>42</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 62, avsnitt 48.

hvorav én satt skrevs over brystet eller magen. En kvinnelig pasient fortalte at dette var svært vanskelig å oppleve basert på hennes tidligere erfaringer.

En annen pasient skal ha blitt dratt etter armene langs gulvet inn på rommet sitt foran andre medpasienter (se også kapittel 12.1 – *Kultur for vold og maktbruk*).

CPT understreker generelt at pasienter det brukes tvangsmidler mot skal være påkledd og ikke eksponeres for medpasienter.<sup>43</sup>

Det forelå ingen rutiner for trening på beltelegging ved psykiatrisk avdeling. Likeledes fantes ingen rutiner for opplæring om eller refleksjon rundt hvilken påvirkning bruk av tvangsmidler kan ha på pasienter.

Det vises til CPT-standarden om bruk av tvangsmidler:

“...training (is) essential and refresher courses need to be organized at regular intervals. Such training should not only focus on instructing health-care staff how to apply means of restraint but, equally important, should ensure that they understand the impact the use of restraint may have on a patient and that they know how to care for a restrained person “.<sup>44</sup>

#### Anbefalinger

- Tvangsmidler skal brukes på en så skånsom og respektfull måte som mulig.
- Klinikken bør sørge for opplæring og regelmessig trening på utførelse av bruk av tvangsmidler. Opplæringen bør også inkludere forståelse av hvordan pasienter kan oppleve bruk av tvang.

#### 10.4 Underretning av pårørende etter bruk av tvangsmidler

Informasjon fra både pasienter, ansatte og enhetsledere bekreftet at pårørende sjelden eller aldri blir informert om beltelegging. Det fremkom at enkelte enheter har mål om samarbeid med pårørende som også inkluderer varsling etter tvangsmiddelbruk, mens andre enheter kun konstaterte at pårørende aldri blir varslet. Det forelå således ingen overordnet føring eller retningslinjer for varsling av pårørende fra klinikkledelsens side. Dette ser Sivilombudsmannen alvorlig på. Pasientens nærmeste pårørende kan ikke bruke sin klagerett uten at de informeres som påkrevd i lovverket.<sup>45</sup> Denne type praksis svekker både pasientens rettsikkerhet og pårørendes rettigheter.

#### Anbefalinger

- Nærmeste pårørende bør informeres umiddelbart om bruk av tvangsmidler, med mindre pasienten motsetter seg dette. Sykehuset bør sørge for at det utvikles rutiner for dette som følges på samtlige enheter.

<sup>43</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 62, avsnitt 48.

<sup>44</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 62, avsnitt 49.

<sup>45</sup> Psykisk helsevernforordningen § 27 tredje ledd.

## 10.5 Ettersamtale

En frivillig samtale mellom pasient og helsepersonell i etterkant av tvangsbruk, en såkalt ettersamtale, kan være et virkemiddel for å hindre fremtidig bruk av tvang overfor den enkelte, samt forebygge tvangsbruk generelt.<sup>46</sup> Samtidig er det nødvendig å ta hensyn til at tvangens krenkende natur kan gjøre at slike samtaler oppleves negativt for pasienten som derfor bør kunne velge om han eller hun ønsker en ettersamtale.

Psykiatrisk avdeling har ikke et tilbud om frivillige ettersamtaler etter gjennomføring av tvangsmiddelbruk. Det finnes skriftlige rutiner for bruk av ettersamtaler ved enkelte av enhetene, men både pasienter og ansatte fortalte at disse normalt sett ikke blir fulgt og at ettersamtaler i praksis nærmest aldri finner sted. Dette ble bekreftet av de ulike enhetslederne. Kontrollkommisjonen påpekte også at det ikke fantes en praksis for ettersamtaler ved psykiatrisk avdeling.

### Anbefalinger

- Pasienten bør få tilbud om en ettersamtale om tvangshendelsen.

## 10.6 Tvangsprotokoller

Kontrollkommisjonen har påpekt at sykehuset så ut til å mangle trygge rutiner ved føring i tvangsprotokoll. Kommisjonen fant mangler som løse ark i protokollen og at protokollene manglet signatur. I tillegg bemerket kontrollkommisjonen at en del av tvangsmiddelvedtakene ikke ble ført i protokollene, kun i det elektroniske journalsystemet (DIPS). De måtte derfor sjekke både protokollene og DIPS for å være sikre på å ha oversikt over alle fattede vedtak.

I forebyggingsenhetens møte med ledelsen ble det forklart at føring av vedtaket i DIPS ble prioritert og at dette kunne gå på bekostning av føring i tvangsprotokollene. En av legene som deltok på møtet forklarte at da vedkommende hadde glemt å føre vedtak i protokollen og bare ført i DIPS, hadde ikke kontrollkommisjonen påpekt dette. Vedkommende lege så derfor ikke poenget med å registrere vedtakene i tvangsprotokollen. Dette er en praksis som gir grunn til bekymring. Ved manglende protokollføring og tvil om hvor vedtak føres, mister man en sikker oversikt over det totale antall vedtak og kontrollkommisjonens arbeid for å sikre pasientenes rettigheter vanskeligjøres. I tillegg registrerer ikke DIPS varigheten av bruken av mekaniske tvangsmidler, hvilket ytterligere reduserer dokumentasjonen av tvangsmiddelbruk. Denne praksisen står i tillegg i motstrid til klinikkens vedtatte plan for økt frivillighet hvor et av tiltakspunktene er bedret dokumentasjon og datakvalitet.

<sup>46</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 61, avsnitt 46. Ettersamtale med pasient beskrives også i fagprosedyren «Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern» versjon 1.0 utgitt av Helse Bergen. Fagprosedyren er tilgjengelig på <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/mekaniske-tvangsmidler-bruk-ipsykisk-helsevern>.

I flere tilfeller var ufullstendige tvangsprotokoller signert av kontrollkommisjonen uten merknader. Dette er bekymringsfullt, fordi organet som skal ivareta pasientenes rettsikkerhet på denne måten er med på å legitimere en praksis for protokollføring som gir økt risiko for umenneskelig behandling.

### Anbefalinger

- Sykehuset bør forbedre dokumentasjon i tvangsprotokollene slik at det alltid omfatter pasientens navn og fødselsnummer, klokkeslett for begynnelse og slutt av tvangstiltak, begrunnelse for tvangstiltak, navn på både vakthavende lege og den som er faglig ansvarlig for tvangsvedtak og registrering av skader på pasient eller ansatte.
- Pasienter bør ha anledning til å vedlegge kommentar til tvangsprotokollen, og de bør har rett til innsyn i tvangsprotokollen som gjelder deres hendelse.
- Kontrollkommisjonen bør sikre at den ikke signerer mangelfulle tvangsprotokoller.



## 11 Skjerming

Skjerming kan besluttes av den faglig ansvarlige av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter. Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.<sup>47</sup>

Skjerming kan skje på eget rom eller på skjermingsavsnitt. Dersom skjerming gjennomføres på eget skjermingsavsnitt, må det treffes vedtak for skjerming utover tolv timer, og vedtaket kan treffes for inntil to uker av gangen. For skjerming på eget rom må det treffes vedtak dersom skjermingen opprettholdes utover 24 timer. Vedtak om skjerming og forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen.

Skjerming kan også benyttes overfor pasienter som er innlagt til frivillig psykisk helsevern, men dette forutsetter samtykke fra pasienten. En pasient som er under frivillig psykisk helsevern kan ikke holdes tilbake eller på annen måte forhindres i å forlate institusjonen dersom vedkommende ønsker dette. Dette gjelder også under gjennomføring av skjerming. Pasienten må informeres om sin rett til å skrive seg ut fra institusjonen.<sup>48</sup>

Det foreligger lite evidensbasert kunnskap om effekten av skjerming i Norge i følge en systematisk litteraturgjennomgang av den norske skjermingspraksisen.<sup>49</sup> Skjerming ble allikevel brukt i utstrakt grad ved UNN, og for enkelte pasienter over lengre tidsperioder. Det ble fattet 245 vedtak om skjerming i 2015, hvor akuttpost Nord hadde et vesentlig høyere antall enn de andre akuttpostene.

### 11.1 Skjermingsvedtak

Under besøket fant forebyggingsenheten en praksis rundt skjermingsvedtak som ga grunn til bekymring. Det ble observert at én pasient ble holdt på et langvarig skjermingsregime hovedsakelig basert på miljøpersonalets rapporter. At skjermingen opprettholdes over lange perioder uten at vedtaksansvarliges egne vurderinger tydelig fremgår som grunnlag for vedtakene er bekymringsfullt. Skjerming er et stort inngrep i et menneskes privatliv. Jo lenger man er utsatt for skjerming, desto mer inngripende er tiltaket. I tillegg understrekes det at skjerming setter pasienter som ikke har pårørende rundt seg, i en spesielt sårbar situasjon.

#### Anbefalinger

- Det bør sikres at vedtak om skjerming er begrunnet i konkrete og selvstendige vurderinger av vedtaksansvarlig.

### 11.2 Utforming av skjermingsenheter

Det fantes egne skjermingsenheter på akuttpost Nord, Tromsø og psykose- og rusenheten, samt på sikkerhetsenheten. Akuttpost Sør oppga at det var et bevisst valg ikke å bruke areal på egen skjermingsenhet, for å få flere tilgjengelige ordinære pasientrom.

<sup>47</sup> Psykisk helsevernloven § 4-3

<sup>48</sup> Helsedirektoratet (2012): Lov om psykisk helsevern og psykisk helsevernforskriften med kommentar, IS-9, kapittel 3, § 18, side 132.

<sup>49</sup> Norvoll, R., Ruud, T., Hynnekleiv, T. (2015). Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135, 35-39.

På akuttpost Nord lå skjermingsenheten innerst i korridoren. Den bestod av til sammen tre pasientrom og ett rom med belteseng. Innerste del av skjermingsenheten bestod av to pasientrom, en forgang/lite oppholdsrom med to stoler og et lite bord og et rom med belteseng. Det var eget bad i den innerste delen med ståtoalett og dusj. Ytterste del bestod av fellesrom med et lite kjøkken, spisebord og sofa med bord. Badet tilknyttet rommene i denne delen av skjermingsenheten hadde vanlig porselenstoalett. Det fantes et eget røykerom for skjermingsenheten. Det var også et lite vaktrom/personalrom med innsyn gjennom glass til begge deler av skjermingsenheten. Skjermingsenheten fremstod som steril, uten bilder på veggene eller andre elementer som kunne bidra til å skape en trygg atmosfære. Det var ingen mulighet for utgang til friluft fra skjermingsenheten.

Akuttpost Tromsø hadde to rom tilrettelagt for skjerming. Pasientrommet hadde forgang og et mindre rom i tilknytning, med to stoler som personalet kunne benytte. Dusj og toalett var knyttet til disse to rommene. Disse skjermingsrommene var i likhet med resten av avdelingen svært nedslitte. Det var ikke mulighet for utgang til frisk luft fra disse rommene.

Ved psykose- og rusenheten var skjermingsenheten under oppussing. Den bestod av soverom, oppholdsrom og bad og kunne møbleres etter behov. Den hadde i tillegg egen inngang slik at man ikke trengte å gå inn via fellesrom i posten, dette spesielt med tanke på behandling av fødselspsykosier. Det fantes ikke mulighet for utgang til frisk luft fra denne enheten.

Se kapittel 11.5 *Langvarig skjerming* for beskrivelse av skjermingsenheten på sikkerhetspsykiatrisk døgnet.

### Anbefalinger

- Sykehuset bør legge til rette for at også pasienter som er skjermet jevnlig kan komme ut i friluft.

### 11.3 Belteseng i skjermingsenhet

På akuttpost Nord var rom utstyrt med belteseng en del av skjermingsenheten. Skjermete pasienter var således få skritt unna beltesengen som lå i den innerste delen av enheten. Dette kan skape et inntrykk av skjerming mer som et middel for kontroll enn for ro og trygghet. Det understrekes i den forbindelse at skjerming ikke er et tvangsmiddel, jf. psykisk helsevernloven § 4-8. Plassering av beltesengen i skjermingsenheten kan øke risikoen for at beltesengen blir brukt i stedet for lempeligere tiltak overfor pasienter som er skjermet. I tillegg kan plasseringen være egnet til å skape unødvendig frykt hos pasienter ved kjennskap til at et inngripende tvangsmiddel ligger så nært. Plasseringen av beltesenger i skjermingsenheten fremstår som problematisk.

Det vises i denne forbindelse til klinikkens egen statistikk over bruk av tvangsmidler hvor akuttpost Nord ligger høyt på bruk av mekaniske tvangsmidler, jfr. kap. 10.

## Anbefalinger

- Belteseng bør ikke plasseres i skjermingsenheten.

### 11.4 Plassering av ansatte

Under besøket ble det observert pasienter som var skjermet på eget rom med ansatte sittende i stol utenfor, med døren lukket. Denne praksisen ble også bekreftet av flere ansatte og pasienter ved de ulike enhetene. Dette ga inntrykk av at pasientene i kortere eller lengre tidsrom var alene og uten direkte tilsyn. Døren kunne også være lukket slik at personell fra utsiden kunne hindre pasienten i å forlate rommet.

Helsedirektoratet har gitt en lovforklning av psykisk helsevernloven angående bruk av skjerming i en sak som handlet om skjerming av en pasient på eget rom i en skjermingsenhet.<sup>50</sup> I denne saken satt helsepersonellet utenfor en dør som stod på gløtt. Helsepersonellet hadde dialog med pasienten gjennom dørgløtten. Helsedirektoratet slo fast at skjermingstiltaket var å betrakte som isolasjon og uttalte blant annet:

«Personal og pasient oppholder seg imidlertid i forskjellig rom, og karakteren av fysisk atskillelse samt intensjonen (vi antar) om å holde døren *mellom* pasient og personal stengt ved fysisk makt dersom behov for det, peker i retning av at pasienten er undergitt faktisk isolasjon».<sup>51</sup>

På denne bakgrunn påpekes det at de ansattes plassering utenfor skjermingsenhetene med døren lukket, slik det ble observert under besøket, tydet på at skjermingen hadde karakter av isolasjon.

## Anbefalinger

- Det bør sikres at skjerming ikke medfører isolasjon og at skjermingspasienter ikke holdes adskilt fra personellet som deltar i gjennomføring av skjerming. Pasienten bør derfor ikke være alene i skjermingsenheten mens ansatte oppholder seg i korridoren på den andre siden av en lukket dør.

### 11.5 Langvarig skjerming

På sikkerhetsavdelingens døgnpost var et større område av posten avsatt til skjermingsenhet for én pasient. Skjermingsenheten bestod av et soverom og et oppholdsrom samt eget bad. Dørene ut mot

<sup>50</sup> Helsedirektoratets kommunikasjon til Stavanger universitetssykehus, Lovfortolkning – Lov om psykisk helsevern – Bruk av skjerming eller isolasjon og rutiner ved henvisning til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, 11. oktober 2015.

<sup>51</sup> Helsedirektoratets kommunikasjon til Stavanger universitetssykehus, Lovfortolkning – Lov om psykisk helsevern – Bruk av skjerming eller isolasjon og rutiner ved henvisning til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, 11. oktober 2015, side 2. Se også brev fra Fylkesmannen i Rogaland til Stavanger universitetssykehus Helse Stavanger HF «Avslutning av tilsynssak – Stavanger universitetssykehus – pliktbrudd» 23. juni 2015. Fylkesmannen slo fast at sykehusets gjennomføring av skjermingstiltak etter lov om psykisk helsevern § 4-3 på en rekke sengeposter «[ikke] åpner for å holde pasienten adskilt fra det personell som deltar i gjennomføringen av skjermingen. Dette innebærer at lov om psykisk helsevern er brutt.»

avdelingen stod oftest åpne, men et stort bord var plassert slik at det fylte døråpningen. Bordet ble brukt til sosiale aktiviteter som kortspill, men var plassert på denne måten primært for å være en buffer mellom personalet og pasienten ved plutselige utageringer. I tilknytning til denne enheten var det bygget et eget uteområde med en liten hage samt forsterket trappeløp med utgang spesielt for denne pasienten.

Ved enkelte utageringer ble pasienten låst inne på skjermingsenheten uten personale til stede, etter en etablert prosedyre. Denne innlåsing kunne vare i inntil to timer. Det ble i slike tilfeller fattet vedtak om isolasjon. Dørene til den innerste enheten hadde innfelt glass og en åpning slik at personalet kan være utenfor og kommunisere inn. Pasienten hadde ved forebyggingsenhetens besøk vært skjermet sammenhengende i om lag tre og et halvt år. Vedtakene var fornyet hver 14. dag og vedtaksprotokollen signert av kontrollkommisjonen. I realiteten hadde pasienten hatt skjermingsenheten som sin bolig i flere år, med svært begrenset mulighet for kontakt med omverdenen i. Regelverket setter ingen begrensning for hvor lenge en pasient kan skjermes, og en pasient kan derfor leve isolert fra andre enn behandlingspersonalet i årevis. Dette er imidlertid problematisk med tanke på risiko for umenneskelig behandling.

I mange av vedtakene for henholdsvis skjerming, mekaniske tvangsmidler og isolasjon fremgikk det at pasienten ikke hadde mottatt dette skriftlig, da «for mange 'rutine-skriv' blir vurdert bare å stress pasienten». Det er vanskelig å forstå at informasjon om grunnlaget for et tvangsvedtak og om mulighetene for å klage skal være en tilleggsbelastning for en pasient som er blitt beltelagt eller skjermet. Derimot bør god skriftlig og muntlig informasjon om hvorfor et vedtak har blitt fattet kunne bidra til en ettersamtale om tvangsbruken (se kapittel 10.5). Ansatte ved enheten forklarte at pasienten kunne ha en psykisk helsetilstand som gjorde det vanskelig for ham å forstå tvangsvedtaket og klageretten i det øyeblikket vedtaket ble fattet. Det bør i slike situasjoner tilstrebes å gi informasjon så snart tilstanden er endret, slik at vedkommende får en reell mulighet til å forstå at skjerming og tvangsmidler er tiltak som stadig må begrunnes.

For å ivareta pasientens rettsikkerhet og mulighet til å klage på vedtak, bør pasienten underrettes både skriftlig og muntlig når vedtak fattes. Det er derfor prinsipielt bekymringsfullt at den samme som fatter vedtaket vurderer at pasienten ikke vil tåle å få det skriftlige vedtaket presentert. Dette utgjør en risiko for umenneskelig behandling ved at pasienten blir fratatt muligheten til informasjon om begrunnelsen for vedtaket, som vil være det en klage baserer seg på.

### Anbefalinger

- Dersom pasientens helsetilstand er slik at vedkommende ikke kan motta vedtaket i det øyeblikket vedtaket fattes, bør pasienten informeres igjen når vedkommende er bedre i stand til å motta og forstå informasjon.

## 12 Institusjonskultur

### 12.1 Kulturelle risikofaktorer for tortur og umenneskelig behandling

I institusjoner som har hjemmel til å frata mennesker friheten, vil det alltid være en ubalanse i maktforholdet mellom ledelse og ansatte på den ene siden og beboere på institusjonen på den andre. På et sykehus der det gjennomføres tvangsinngjeldelser er pasientene avhengige av de ansatte for å få sikret sine daglige behov og grunnleggende rettigheter. Ubalansen i maktforholdet mellom ansatte og pasienter skaper i seg selv en sårbarhet for overgrep og krenkelser av menneskers verdighet og grunnleggende rettigheter. Sårbarheten øker ytterligere ved institusjoner der det er liten grad av allment innsyn, slik som institusjoner under tvungent psykisk helsevern. Det er derfor spesielt viktig at institusjoner der mennesker er fratatt friheten arbeider aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet humant og med verdighet.<sup>52</sup>

Kulturen i en institusjon utgjøres først og fremst av de rådende verdiene, holdningene og oppfatningene blant de ansatte; holdningene om hva som er viktig på enheten, hvordan man løser problemer og hva slags type atferd som er akseptabel.<sup>53</sup> Kulturen vil forsterkes av de ansattes opplevelse av ledelsens aksept eller engasjement.

Enkelte trekk og holdninger ved en institusjonskultur vil representere en klar risiko for umenneskelig behandling. Spesielt gjelder dette interne kulturer der de ansatte har mistet individet av syne og det har utviklet seg 'oss-og-dem'-holdninger, kultur for vold og maktbruk og kultur for straffefrihet.<sup>54</sup>

Dersom ansatte slutter å forholde seg til hver pasient som et enkeltindivid, men behandle dem som objekter eller som representanter for en gruppe (for eksempel basert på diagnose, kjønn eller alder), skapes det avstand. Allmennmenneskelige relasjoner svekkes da lett, og det oppstår en risiko for umenneskelig behandling. Forskning viser at «oss-og-dem»-holdninger i etater som utøver makt, kan føre til økt tvangsbruk.<sup>55</sup> I fengsler er det påvist at slike holdninger hos personalet generelt sett fører til økt stressnivå hos innsatte.<sup>56</sup>

Kultur for vold og maktbruk utvikles der det er en rådende holdning om at vold er normalt eller nødvendig. Dette vil ofte være tilfellet på steder der de ansatte opplever at kontroll er en overordnet prioritet. En slik kultur vil få økt grobunn der de ansatte i tillegg ikke opplever at de har alternative virkemidler eller har kunnskap om andre måter å håndtere konflikter på.

---

<sup>52</sup> FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (CAT), Artikkel 10. Se også Scottish Human Right Commission (2009): *Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work for Everyone. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.*

<sup>53</sup> PRI og APT (2013): *Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.*

<sup>54</sup> PRI og APT (2013): *Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.*

<sup>55</sup> Terrill et al. (2003). *Police culture and coercion, Criminology*, 4, p. 1003-1034. Se også Norvoll og Husum (2011) *Som natt og dag? – Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*, Arbeidsforskningsinstituttet, der det blant annet slås fast at: «Flere studier viser at personalgrupper ved sykehusposter (spesielt de som er preget av kontrollkulturer), blant annet kjennetegnes ved at ansatte ønsker å opprettholde en avstand til pasientene. [...] Dette bidrar til å opprette et syn hos de ansatte på pasienten som «den andre» og som vesentlig annerledes enn en selv.», s 10.

<sup>56</sup> Liebling (2007). *Why prison staff culture matters in The culture of prison violence*, Byrne, Taxman and Hummer (eds.), Allyn and Bacon, s.105.

Når ansatte begår krenkelser uten å bli holdt ansvarlig, kan man tale om en kultur for reaksjons- og straffefrihet. Steder som er preget av at ansatte dekker over for hverandre eller ikke rapporterer urett som blir begått, bidrar til å opprettholde en slik kultur. En kultur for reaksjons- og straffefrihet får mulighet til å utvikle seg når ledelsen ved institusjonen ikke tar aktive grep mot maktmisbruk. Dersom ledelsen stilltiende aksepterer urett, sender den et sterkt signal om at dette kan pågå uten konsekvenser for de involverte.

Det vises til den europeiske torturforebyggingskomité (CPT) standarder for institusjoner innen psykisk helsevern:

“Psychiatric patients should be treated with respect and dignity, and in a safe, humane manner that respects their choices and self-determination. The absence of violence and abuse, of patients by staff or between patients, constitutes a minimum requirement”.<sup>57</sup>

### 12.1.1 Akuttpost Nord

Under besøket erfarte forebyggingsenheten en tydelig «oss-og-dem»-holdning, spesielt på akuttpost Nord. Det ble funnet flere eksempler på at enkeltpasienter ble omtalt på måter som fremstod som dehumaniserende. Deler av personalgruppen uttrykte mistenksomhet når det gjaldt intensjoner og atferd hos pasientene. Det ble også funnet lignende holdninger til samfunnet utenfor seksjonen. Flere av pasientene rapporterte om krenkende, seksualiserte og nedverdiggende utsagn og holdninger som gjorde at de følte seg utrygge eller mindreverdige når de var sammen med enkelte i personalgruppen.

Frihetsberøvelsen medfører at disse pasientene ikke har mulighet for å beskytte seg mot ansattes tilstedeværelse eller mulighet til å unndra seg negative og nedverdiggende kommentarer. Dette er alvorlig. Slike hendelser var flere steder journalført, og hadde i enkelte tilfeller utviklet seg til utageringssituasjoner med påfølgende holding og beltelegging. Kontrollkommisjonen opplyste at de ved gjennomgang av tvangsvedtak syntes å se eksempler på at bruk av tvangsmidler var foranlediget av konfronterende oppførsel fra ansatte. I én journal hadde vakthavende lege ført at pasientens opplevelser med miljøpersonalet skulle rapporteres til pasientens faste behandler. Det må derfor antas at dette var kjent i behandlergruppen.

Det fremkom også på akuttpost Nord at kortvarig holding gjentatte ganger ble brukt uten at det ble fattet vedtak (se blant annet kapittel 8.3). Besøket etterlot et inntrykk av at enkelte av personalet så på holding som en del av miljøterapien. I tillegg ble beltelegging og holding av flere pasienter opplevd som straff for atferd personalet ikke likte, i stedet for å bli brukt som en siste utvei for å hindre skade på pasient eller andre. Et klart flertall av både ansatte og pasienter hadde ingen opplevelse av at reduksjon av tvang var et mål på posten. Fra flere kilder fremkom det informasjon om bruk av unødvendig makt i møte med pasientene, og flere ansatte opplevde at enkelte kolleger var sterkt opptatt av kontroll og makt over pasientene (se også kapittel 10).

Det vises også her til CPT:

“It should be acknowledged that resort to restraint measures appears to be substantially influenced by non-clinical factors such as staff perceptions of their role and patients’ awareness of their rights. Comparative studies have shown that the frequency of use of restraint, including seclusion, is a

<sup>57</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 58, avsnitt 37.

function not only of staffing levels, diagnoses of patients or material conditions on the ward, but also of the 'culture and attitudes' of hospital staff".<sup>58</sup>

Det kom også frem at pasienter hadde blitt skadet i møte med personale, både i holde-situasjoner (se kapittel 8.3) og under beltelegging. Det var ingen rutiner for å registrere slike skader, og det ble ikke opplevd at hendelsene ble fulgt opp overfor de som hadde vært involvert.

Det ble videre beskrevet et skarpt skille mellom personalet på nattskiftet og personalet på dag- og kveldsskiftene. Nattskiftet bestod av en fast personalgruppe, i all hovedsak menn, som nesten utelukkende jobbet natt. Personalet fremhevet selv at det var liten kommunikasjon mellom nattskiftet og det øvrige personalet, og det ble blant annet påpekt at møter og opplæring som foregikk på dagtid i liten grad ble organisert slik at nattpersonalet kunne delta. Flere i nattpersonalet ga uttrykk for at de ikke opplevde seg forstått av ledelsen, men samtidig at de stort sett kunne løse oppgavene slik de selv ønsket. Både ledelsen ved enheten og flere i både behandlergruppen og miljøpersonalet hadde en oppfatning om at et flertall av belteleggingene ble gjennomført om natten, men det ble påpekt at det manglet tall for å kunne slå fast om det faktisk var slik.

### 12.1.2 Ledelse

Ledelsen har ansvar for at den sosiale identiteten og kulturen som utvikler seg blant ansatte er i tråd med menneskerettighetene og med grunnleggende verdier om pasientsikkerhet og alle menneskers iboende verdighet. Når ledelsens holdninger og verdier ikke er tydelige, ikke blir respektert, eller blir oppfattet som støttende til en negativ kultur, øker risikoen markant for at kulturer som tillater krenkelser får utvikle seg. Undersøkelser av kulturer blant ansatte ved steder for frihetsberøvelse viser også at en sosialisering i retning av negative holdninger i stor grad avhenger av de ansattes opplevelse av om de vil bli holdt ansvarlig. Opplevelse av at man vil bli holdt til ansvar for krenkende praksis har, på den annen side, en sterkt sosialisierende effekt i positiv retning. På samme måte viser det seg at mangel på felles verdier fremmet av en tydelig ledelse, i seg selv skaper økt risiko for krenkelser.

Under besøket ble det funnet få eksempler på at ledelsen ved enheten eller nivåene over denne, hadde adressert uheldige holdninger blant ansatte slik disse er beskrevet ovenfor (se blant annet kap. 12.1.1). Det kom frem en tydelig manglende tillit til ledelsen fra flere ansatte under besøket.

Det ble erfart en manglende innsikt i og vilje fra ledelsen på alle nivåer til å gripe fatt i årsaker til de store forskjellene i bruk av tvang mellom postene og til sikring av gode prosedyrer for registrering av pasientskader (se blant annet kap. 8.3 om en alvorlig pasientskade som ikke var meldt eller fulgt opp til tross for at ledelsen var kjent med denne). En slik manglende synlig vilje fra ledelsens side til å gjøre noe med tvangsbruken kan ha blitt tolket av de ansatte som en aksept av deres holdninger og praksis.

Det var et gjennomgående funn at det manglet klare skriftlige rutiner for sentrale prosedyrer og at det var store forskjeller mellom seksjonene i praksiser og rutiner. Blant annet manglet det felles rutiner for akuttpostene for opplæring av nye ansatte og for gjennomføring av ettersamtaler etter bruk av tvangsmidler (se nærmere kap. 10).

<sup>58</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev.2015 English, side 63, avsnitt 54.

Det ble også påpekt fra flere ansatte at personalet i liten grad ble ivaretatt eller fikk oppfølging dersom det oppstod alvorlige hendelser på jobb, eller dersom noen ble skadet i arbeidstiden.

I lys av disse risikomomentene og funnene som ble gjort under besøket til UNN, ser Sivilombudsmannen alvorlig på forholdene spesielt ved akuttpost Nord og påpeker at ansvaret for å endre på disse forholdene primært hviler på ledelsen.

### Anbefalinger

- Sykehuset bør iverksette en prosess for å sikre en felles kultur for at pasienters sikkerhet, verdighet og rettigheter fremmes på alle enheter ved akuttpsykiatrisk seksjon. Umiddelbare tiltak bør spesielt iverksettes for å sikre dette ved akuttpost Nord.
- Sykehuset bør sørge for enhetlige rutiner for ivaretagelse av ansatte etter alvorlige hendelser.







## Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014

Publikasjonens tittel: Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014

Utgitt: 03/2016

Bestillingsnummer: IS-2452

ISBN 978-82-8081-433-3

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling psykisk helsevern og rus  
Avdeling økonomi og analyse

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Hftet finnes kun i elektronisk utgave

Forfattere: Ragnild Bremnes  
Per Bernhard Pedersen  
Vårin Hellevik  
Bente Urfjell  
Anne Solberg  
May Ann Engeset Vedvik  
Mario Gaarder  
Solfrid Lilleeng  
Torbjørn Nystadnes  
Ola Kindseth

Illustrasjon: © PhotoAlto/ Johnér (illustrasjonsbilde)

# INNHold

Innhold	2
Innledning	6
Sammendrag	8
1. Lovgrunnlaget	12
2. «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015)» Oppsummering og veien videre	15
2.1 Bakgrunn og intensjon	15
2.2 Nasjonale tiltak	15
2.2.1 Nasjonale tiltak som er ferdigstilt	16
2.2.2 Nasjonale tiltak som er under arbeid	17
2.3 Regionale og lokale planer	21
2.4 Intern evaluering og eksterne innspill	23
2.4.1 Helsedirektoratets vurdering av omfanget av tvang opp mot oppnådde resultater	23
2.5 Arbeidet fremover	25
3. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne - Gjennomgang av pasientdata	26
3.1 Innledning	26
3.2 Datagrunnlag og metode	27
3.2.1 Beskrivelse av indikatorer	28
3.2.2 Estimering av nasjonale tall	29
3.3 Bruk av tvang i perioden 2010 – 2014	30
3.3.1 Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern – nasjonale tall	33
3.3.2 Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern - Geografiske forskjeller	38
3.3.3 Tvangsbehandling	44
3.3.4 Tvangsmidler og skjerming	45
3.4 Pasienter med vedtak om tvang i psykisk helsevern	48
	2

3.5	Bruk av tvang i psykisk helsevern i 2014 – Grunnlagstall per helseforetak	50
4.	Kvalitetsindikatorer	54
5.	Kontrollkomisjonenes virksomhet og fylkesmennenes behandling av klager over behandling uten eget samtykke	56
5.1	Innledning	56
5.2	Datagrunnlag og metode	56
5.2.1	Geografiske forskjeller	57
5.3	Behandling av saker etter phvl. § 2-1 annet ledd	57
5.4	Etterprøving av begjæring i henhold til phvl. § 2-2 fjerde ledd	58
5.5	Dokumentgjennomgang og kontrollvirksomhet ved vedtak etter phvl. kap 3	58
5.5.1	Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	58
5.5.2	Unntak fra konverteringsforbudet	61
5.5.3	3-måneder kontroll og kontroll etter ett år under tvungent psykisk helsevern.	62
5.6	Kontrollkomisjonenes behandling av klager	64
5.6.1	Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon/tvungent vern	64
5.6.2	Klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon/tvungent vern og klager på vedtak om oppheving av tvungen observasjon/tvungent vern	70
5.6.3	Klager på vedtak om bruk av skjerming og tvangsmidler	70
5.6.4	Klager på andre kapittel 4-vedtak.	71
5.7	Fylkesmannens behandling av klager over behandling uten eget samtykke	72
6.	Kontrollkomisjonenes velferdskontroll i 2014	75
6.1	Innledning	75
6.2	Problemstillinger/ merknader	75
6.2.1	Bruk av tiltak etter psykisk helsevernloven kapittel 4	75
6.2.2	Fysiske forhold ved institusjonene	76
6.2.3	Overføring av pasienter / andre institusjoner	76
6.2.4	Saksbehandling	77
6.2.5	Aktivitetstilbud	77
6.2.6	Husordensregler /restriksjoner uten vedtak /rutiner	78
6.2.7	Pasienters klage på behandling og ansatte i det psykiske helsevernet	78
6.2.8	Annet	79
7.	Domstolsprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern	80
7.1	Innledning	80
7.2	Rettslig grunnlag	81
7.2.1	Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte	81

7.2.2 Vilkår – hva som står til prøve for retten	81
7.2.3 Rettslig overprøving av tvungent psykisk helsevern	83
7.3 Omfang av overprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern de siste årene	84
7.3.1 Klager til kontrollkomisjonen	84
7.3.2 Søksmål til domstolen	85
7.4 Gjennomgang av 2014- søksmålene	85
7.4.1 Antall søksmål og utfall i tingretten	85
7.4.2 Antall anker og utfall i lagmannsretten	87
7.4.3 Antall anker og utfall i Høyesterett	88
7.4.4 Oppsummering, endelig utfall av søksmålene	89
7.4.5 Hvem tar ut søksmål	89
7.4.6 Varighet av tvungent vern og andel på tvang med- og uten døgnopphold	90
7.4.7 Tid fra søksmål til domsavsigelse	90
7.5 2014-dommer med slutning opphør av tvungent vern	91
7.5.1 En kort gjennomgang av dommene	91
7.5.2 Noen forhold retten så hen til ved vurderingen av de ulike vilkårene	93
8. Datakvalitet - Status og utfordringer	95
8.1 Data om tvang i psykisk helsevern i Norsk pasientregister	95
8.1.1 Henvisningsformalitet	95
8.1.2 Lovgrunnlag/ rettslig grunnlag for helsehjelp	97
8.1.3 Gjennomføringsvedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4	100
8.1.4 Etablering av nytt rapporteringsformat for tvangsdata til NPR	102
8.2 Standard for vedtak etter psykisk helsevernloven, til bruk i elektronisk pasientjournal	102
Litteraturhenvisninger	104



# INNLEDNING

I denne rapporten presenteres analyser som gjelder bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Analysene gjelder først og fremst 2014, men belyser i noen grad også utvikling i perioden 2010 – 2014.

Alle mennesker har som utgangspunkt full bestemmelsesrett i forhold til egen helse og må gi sitt samtykke til alle typer helsehjelp. Selvbestemmelsesretten kan likevel unntaksvis settes til side ved lov dersom dette er nødvendig for å ivareta andre viktige hensyn som liv og helse.

Helsehjelp og omsorg for mennesker med psykiske lidelser innebærer store faglige utfordringer. Spørsmålet om behandling og omsorg også skal kunne gis i situasjoner der pasienten ikke kan eller vil samtykke er sentralt, og bruk av tvang i behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser har lange rettstradisjoner. For den som arbeider i det psykiske helsevernet vil det kunne oppleves som uholdbart ikke å kunne gripe inn i en situasjon der pasienten motsetter seg den helsehjelp som faglig vurderes å være nødvendig. Samtidig viser pasienterfaringer at bruk av tvang kan oppleves som et sterkt traumatisk overgrep. Det er derfor både fra faglig og politisk hold ønskelig at psykiske helsetjenester i størst mulig grad skal baseres på frivillighet.

Dette ønsket har bl.a. kommet til uttrykk i Opptrappingsplanen psykisk helse, i samhandlingsreformen og i Helse- og omsorgsdepartementets strategi «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)». Denne strategiens visjon er at

*«De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv, og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov.»*

Vi antar nå å ha forholdsvis god innrapportering av vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon med døgnopphold til Norsk pasientregister, og det er derfor mulig å følge utviklingen i antall tvangsinnleggelses i tjenestene. Informasjon om dette publiseres tertialvis som kvalitetsindikator på helsenorge.no. For andre tvangsformer er datakvaliteten fortsatt mer usikker. Kapittel 3 og 4 presenterer resultater basert på de data institusjonene har rapportert til Norsk pasientregister for 2014, herunder også kvalitetsindikator for tvangsinnleggelses. Til tross for fokus



på økt frivillighet, ser det ut som om omfanget av tvungent psykisk helsevern har holdt seg relativt stabilt de siste årene.

Som i forutgående rapporter presenteres analyser fra de to viktige klageinstansene for vedtak etter psykisk helsevernloven, nemlig kontrollkommisjonene og fylkesmannen (kapittel 5 og 6), men i år presenterer vi i tillegg analyser fra neste (og siste) klageinstans for tvungent psykisk helsevern – nemlig domstolene. Dette er omtalt i kapittel 7 som gir en gjennomgang av 2014-sakene om tvungent psykisk helsevern som ble bragt inn for domstolen.

I forbindelse med avslutning av Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester inneholder rapporten også et kapittel om status for strategien og arbeidet fremover (kapittel 2). Strategien har en rekke tiltak for å bidra til redusert – men også til riktig bruk av tvang. Mange tiltak er iverksatt, både av sentrale helsemyndigheter og på regional og lokalt nivå, for å få en riktigere og redusert tvangsbruk i psykisk helsevern. Tiltak er også iverksatt for ytterligere å bedre datakvaliteten på tvang, og i rapportens kapittel 8 omtales status og utfordringer når det gjelder datakvalitet.

Det er enighet i bruker- og fagfeltet om at arbeidet for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene må fortsette. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang. Det vil i mange år fremover være behov for en fortsatt nasjonal satsning på feltet for å sikre et likeverdig tjenestetilbud og en enhetlig praksis over hele landet.

# SAMMENDRAG

Nasjonal strategi for bedre kvalitet og økt frivillighet i psykiske helsetjenester ble avsluttet som strategi i 2015. Mange tiltak er iverksatt og under arbeid både på nasjonalt, regionalt og på lokalt nivå. Helsemyndighetene vil fremover fullføre tiltakene i strategien og andre tiltak som skal bidra til riktig og redusert bruk av tvang og økt frivillighet.

## Pasientdataanalyser

Analyser av data fra Norsk pasientregister viser at om lag 5 600 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 8 000 ganger i 2014. Antall tvangsinnleggelsesvarer var med dette på samme nivå som i 2010, og hadde økt med nærmere 4 prosent sammenlignet med 2013. Det totale antallet døgn under tvang økte i omtrent samme takt. I 2014 var med dette 17 prosent av alle nye innleggelsesvarer og 32 prosent av oppholdsdøgnene i det psykiske helsevernet for voksne basert på et vedtak om tilbakeholdelse for tvungen observasjon og/ eller tvungent psykisk helsevern. Økningen i døgn under tvang og tvangsinnleggelsesvarer var større enn befolkningsveksten fra 2013 til 2014, men for perioden 2010 til 2014 samlet er den befolkningskorrigerede raten for tvangsinnleggelsesvarer redusert fra 209 til 198 tvangsinnleggelsesvarer per 100 000 voksne innbyggere.

Om lag halvparten av alle tvangsinnleggelsesvarer i 2014 ble innledet med tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ble etablert for 1 av 3 observasjonsopphold. Innleggelsesvarer til tvungen observasjon har en annen diagnoseprofil enn øvrige tvangsinnleggelsesvarer og assosieres i særlig grad med rus og avhengighetsproblematikk, nevrotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser. Innleggelsesvarer til tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern er i perioden 2010 – 2014 redusert med 11 prosent. Dette kan tyde på at man i perioden har fått mer restriktiv praksis for bruk av tvungen observasjon ved innleggelse.

Totalt hadde 5 100 pasienter vært under vedtak om tvungent psykisk helsevern i løpet av 2014 og for 29 prosent av disse rapporteres det om samtidig vedtak om behandling uten eget samtykke (tvangsbehandlingsvedtak). Tvungent psykisk helsevern starter nesten alltid med døgnopphold, men 2 400 av alle pasienter som i 2014 var under tvungent vern hadde også vært under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold hele eller deler av året. Det rapporteres videre om 7 100 tvangsmiddelvedtak og 4 500 skjermingsvedtak. Tvangsmiddelvedtakene fordeler seg mellom 1 400 pasienter, mens de innrapporterte skjermingsvedtakene for 2014 gjelder 2 000 pasienter. Komplettheten i innrapporterte tall for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, tvangsmidler,

tvangsbehandling og skjerming er uviss, og sumtall på nasjonalt nivå må fortolkes som minimumsestimat.

Både tvungent psykisk helsevern og øvrige tvangstiltak nevnt ovenfor gjelder i særlig grad pasienter der schizofreni er angitt som hoveddiagnose. Disse pasientene utgjorde i 2014 8 prosent av alle pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for voksne, men 46 prosent av tvangsinnleggelsene, 62 prosent av alle døgn under tvang og 72 prosent av tvangsbehandlingsvedtakene gjelder denne pasientgruppen. Gjennomgang av data for 2014 viser også at områder med relativt flere pasienter i behandling for schizofreni har flere tvangsinnleggelsener og flere døgn under tvungent vern.

Analysene viser fortsatt store forskjeller i omfang av tvangsinnleggelsener både mellom og innad i regionene. Slike forskjeller vil sannsynligvis både kunne forklares ved forskjeller i befolkningens sykkelighet og ved praksisforskjeller.

### **Kontrollkommisjonsdata/ data fra fylkesmennene**

Kontrollkommisjonene er pasientenes viktigste klageorgan i det psykiske helsevernet. Kommisjonene behandler klager over vedtak etter loven, og foretar en del egeninitierte kontroller av tvangsbruk i institusjonene. Fylkesmennenes behandler klager på vedtak om behandling uten eget samtykke.

I 2014 kontrollerte kontrollkommisjonene 4 024 vedtak om tvungent psykisk helsevern, mot 3 740 vedtak året før. Dette gir en økning på 7,6 prosent. Kommisjonene kontrollerte i 2014 i tillegg 4 166 vedtak om tvungen observasjon, mot 3 812 året før. Dette gir en økning på 9,3 prosent. Det er store forskjeller i vedtaksraten mellom helseforetakene.

Det ble i 2014 fremmet 289 klager på vedtak om, eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 333 klager året før. Av klagerne fikk igjen 24 stykker, eller ca. 8 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 17 prosent medhold.

Kontrollkommisjonene behandlet i 2014 2 511 klager på opprettelse eller videreføring av tvungent psykisk helsevern, mot 2 355 klager året før. Av klagerne fikk 5 prosent medhold, ett prosentpoeng mindre enn året før. Holdes klager som blir trukket eller avvist utenfor, fikk 9 prosent medhold.

Det er store forskjeller mellom foretaksområdene, både i antall vedtak om tvungent observasjon og tvungent psykisk helsevern, i antall og andel vedtak om tvungent vern som blir påklaget, og i andel av klagerne som får medhold. Noen av disse forskjellene kan skyldes tilfeldige variasjoner fra ett år til et annet. De kan imidlertid også være uttrykk for ulik praktisering av psykisk helsevernloven.

I 2014 var det totalt 1 634 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, 15 prosent flere enn året før. Av disse var 60 prosent på tvungent vern uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Det er for denne gruppen antall under tvang øker. Antall pasienter som fortsatt er innlagt under tvang etter ett år går ned.

Fylkesmennene behandlet i 2014 totalt 1 058 klager om behandling uten eget samtykke i det psykiske helsevernet. Fylkesmennene opphevet 5 prosent av vedtakene pga. saksbehandlingsfeil. I 3 prosent av sakene fikk klager helt eller delvis medhold.

### **Domstolsprøving**

Dersom pasienten ikke får medhold i sin klage på tvungent psykisk helsevern for kontrollkommisjonen, kan vedkommende bringe saken inn for domstolen.

I 2014 ble det tatt ut 240 søksmål i sak om tvungent psykisk helsevern.

To av sakene ble avvist. 66 (28 prosent) av sakene ble hevet fordi pasienten trakk søksmålet. 64 (27 prosent) av sakene ble hevet fordi det tvungne vernet opphørte før domstolsbehandling. Det ble avsagt dom i 108 av sakene, hvorav 11 (10 prosent) med slutning opphør av tvungent vern og 97 (90 prosent) med slutning at begjæringen om opphør ikke ble tatt til følge.

59 (55 prosent) av 108 dommer fra tingretten ble anket til lagmannsretten. 17 (52 prosent) av 33 dommer fra lagmannsretten ble anket til Høyesterett. Én sak ble tatt til behandling av Høyesterett.

Ved hovedforhandlingen for endelig dom var 54 prosent av pasientene under tvungent vern uten døgnopphold. Ved domsavsigelse for endelig dom hadde pasientene gjennomsnittlig vært under tvungent vern i to år (median åtte måneder). Gjennomsnittsalderen til pasientene var 43 år. Det tok gjennomsnittlig 2,6 måneder fra stevning til domsavsigelse i tingretten, og 7,1 måned til domsavsigelse i lagmannsretten.

Av de 11 (10 prosent) som fikk medhold i sitt krav om opphør av tvungent vern, fant retten i tre av sakene at hovedvilkåret ikke var oppfylt, i fire saker at behandlingsvilkåret ikke var oppfylt og i fire av sakene opphørte vernet etter en helhetsvurdering.

### **Data og datagrunnlag**

Vi antar nå å ha forholdsvis god innrapportering av vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon med døgnopphold til Norsk pasientregister (NPR), og det er derfor mulig å følge utviklingen i antall tvangsinnleggelse i tjenestene. Informasjon om dette publiseres tertialvis som kvalitetsindikator på helsenorge.no. Det er imidlertid fortsatt knyttet usikkerhet til rapporterte tall på tvang uten døgnopphold og vedtak under gjennomføringen av det psykiske helsevernet. Dette begrenser analysemulighetene på disse sistnevnte områdene.

For å bidra til å øke kvaliteten i data om tvang i NPR er det under utvikling et nytt rapporteringsformat som er tilrettelagt for rapportering av data som er registrert etter standard for registrering av vedtak om tvang i elektronisk pasientjournal (EPJ-standarden for vedtak). Denne måten å registrere på vil gi mulighet for at all informasjon om tvang kan registreres ett sted og for flere formål. Samtidig utvikler en av de største leverandører av pasientadministrative system nå brukergrensesnitt for å registrere etter EPJ-standarden. Dette forventes å ha en god effekt på datakvaliteten. Det antas at denne nye måten å rapportere tvangsdata på vil kunne testes fra 2016.



## 1. Lovgrunnlaget

Psykisk helsevernloven (phvl.) regulerer bruken av tvang i det psykiske helsevernet.

I dette kapitlet foretas en kort gjennomgang av lovgrunnlaget for de ulike tvangstiltak som omtales i denne rapporten. I tillegg vises til kapittel 7.2 for en nærmere omtale av det rettslige grunnlaget ved domstolsprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern. For en mer utdypende fremstilling av reglene i psykisk helsevernloven, vises til Helsedirektoratets rundskriv til loven IS-9/2012.<sup>1</sup>

I phvl. kapittel 3 oppstilles prosessuelle og materielle vilkår for etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. §§ 3-2 og 3-3. Vilåårene for etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk er like. Tvungen observasjon kan imidlertid benyttes for å avklare om vilåårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og kan i utgangspunktet kun benyttes i inntil ti dager<sup>2</sup>.

For det første må pasienten være undersøkt og henvist av en lege som er uavhengig av den institusjonen pasienten henvises til. I løpet av 24 timer etter ankomst ved institusjonen, må en som kan være faglig ansvarlig for vedtak, jf. § 1-4, foreta en vurdering og treffe vedtak om etablering eller ikke-etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, i rapporten kalt «spesialistvedtak» eller «rettslig grunnlag for helsehjelpen».

Pasienten må ha en «alvorlig sinnslidelse» i lovens forstand, og i tillegg må ett av fire alternative vilkår være oppfylt:

- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin utsikt til helbredelse eller bedring i vesentlig grad redusert, (behandlingsvilkårets forbedringsalternativ) eller
- Det er stor sannsynlighet for at pasienten får sin tilstand vesentlig forverret i meget nær fremtid uten tvungent vern (behandlingsvilkårets forverringsalternativ).
- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å forhindre at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse, eller
- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å forhindre at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Frivillighet skal være forsøkt eller «åpenbart formålsløst», og tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern må fremstå som den klart beste løsningen for pasienten etter en helhetsvurdering.

Som hovedregel kan en pasient som mottar frivillig behandling, jf. § 2-1, ikke overføres til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet, jf. § 3-4.) Det er imidlertid gjort unntak for situasjoner der pasienten ved utskrivelse ville utgjøre en «nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse». Unntaket innebærer ikke et unntak fra det formelle kravet om en ekstern, uavhengig legeundersøkelse.

---

<sup>1</sup> <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>

<sup>2</sup> Observasjonsperioden kan utvides med ytterlige ti dager etter samtykke fra kontrollkomisjonens leder.

Tvungent psykisk helsevern kan bare gjennomføres ved institusjoner med formell godkjenning, jf. § 3-5 første ledd.

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres uten døgnopphold dersom dette er et bedre alternativ for pasienten og dersom pasientens bo- og familiesituasjon ligger til rette for en slik ordning, jf. § 3-5 tredje ledd. Det er ikke nødvendig med forutgående institusjonsinnleggelse.

Vedtak om etablering, opprettholdelse og opphør av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan påklages til kontrollkommisjonen, jf. phvl. §§ 3-2 fjerde ledd, 3-3 tredje ledd og 3-7 fjerde ledd. Både pasienten selv, nærmeste pårørende og eventuell offentlig myndighet som har fremsatt begjæring iht. § 3-6, har klagerett.

Kontrollkommisjonen skal også drive noe kontroll av tvangstiltak uten at disse er påklaget, jf. § 3-8. For det første skal kontrollkommisjonen orienteres om etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og så snart som mulig foreta en dokumentgjennomgang for å sikre at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av lovens vilkår. For det andre skal kontrollkommisjonen foreta en kontroll av vedtak om tvungent psykisk helsevern som ikke er påklaget etter tre måneder. Dessuten forutsetter opprettholdelse av vedtak om tvungent psykisk helsevern utover ett år, at kontrollkommisjonen samtykker til det.

I tillegg til å behandle klager på vedtak etter loven og foreta kontroll som nevnt i avsnittet ovenfor, skal kommisjonene føre kontroll med restriktive tiltak og «ellers ta opp forhold av betydning for pasienten opphold ved institusjonen» (velferdskontroll), jf. § 6-1 annet ledd og psykisk helsevernforordningen § 63.

Etter § 2-1 annet ledd kan barn som har fylt 12, og som ikke er enig i en innleggelse i det psykiske helsevernet, bringe spørsmålet inn for kontrollkommisjonen.

Etter § 2-2 første ledd, kan person som søker psykisk helsevern, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, *samtykke* i å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5 i inntil tre uker fra etableringen av vernet. Den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, kan bringes inn for kontrollkommisjonen av pasient og nærmeste pårørende.

I psykisk helsevernloven kapittel 4 fremgår hjemmel for ulike tiltak som kan være aktuelle ved gjennomføringen av psykisk helsevern, herunder behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling), tvangsmidler og skjerming. Noen av tiltakene i kapittel 4 forutsetter at pasienten er under tvungent psykisk helsevern (f.eks. tvangsbehandling), andre tiltak kan være aktuelle også for frivillig innlagte (f.eks. skjerming og tvangsmidler).

Bruk av skjerming er regulert i § 4-3. Ved skjerming holdes pasienten «helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av pasienten». Tiltaket må være nødvendig på grunn av pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd. Som hovedregel må det treffes vedtak dersom tiltaket skal opprettholdes utover 24 timer. I de mest

inngripende tilfellene er fristen 12 timer. Pasienten og nærmeste pårørende kan påklage vedtak om skjerming til kontrollkommisjonen.

Behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling) er regulert i § 4-4. Undersøkelse og behandling uten pasientens samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke eller dersom det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Videre må behandlingen være *“klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis”*. Av konkrete behandlingsformer, utover legemidler og ernæring, nevnes samtaleterapi, arbeidsterapi og miljøterapi. Pasienten og nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til fylkesmannen.

Adgangen til bruk av tvangsmidler er regulert i § 4-8. Med tvangsmidler menes mekaniske tvangsmidler (herunder belter og remmer), kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolasjon), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt (korttidsvirkende legemidler) og kortvarig fastholding. Bruk av tvangsmidler kan bare skje når det vurderes som uomgjengelig nødvendig for å hindre at pasienten selv eller andre blir skadet, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Det er også et krav at andre midler må ha vist seg å være utilstrekkelige for å hindre slik skade. Mekaniske tvangsmidler og isolasjon kan ikke brukes overfor pasienter under 16 år. Pasienten og nærmeste pårørende kan påklage vedtak om tvangsmidler til kontrollkommisjonen.

Institusjonen skal føre protokoller over bruk av skjerming, tvangsbehandling og tvangsmidler («tvangsprotokoller»), som på forespørsel skal forelegges kontrollkommisjonene og fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 30. Direktoratet jobber for en overgang til elektroniske tvangsprotokoller, se kap. 8.2.



## 2. «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012 – 2015)» Oppsummering og veien videre

### 2.1 Bakgrunn og intensjon

Helse- og omsorgsdepartementet lanserte i 2012 Nasjonal strategi for bedre kvalitet og økt frivillighet i psykiske helsetjenester som en videreføring av «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern» (2006). 2015 var det siste året i strategiperioden.

Bakgrunnen for strategien var en tverrpolitisk bekymring for omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern. Departementet viste bl.a. til at målene i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999 - 2008) var oppnådd i for liten grad, dette til tross for omstilling av tjenestetilbudet i retning av mer ambulante og polikliniske tjenester, samt tiltak og styringssignaler om å redusere bruken av tvang. En strategi ble ansett som nødvendig for å ta sterkere grep i arbeidet med å redusere bruken av tvang av hensyn til pasientene og pårørende og til Norges menneskerettslige forpliktelser.

Intensjonen med «Bedre kvalitet - økt frivillighet» var å arbeide videre mot målene i Opptappingsplanen. Dette var også i tråd med Samhandlingsreformens målsetning om å etablere lett tilgjengelige og helhetlige tjenestetilbud. Oppsøkende tjenester og samarbeid mellom tjenestenivåer skulle øke mulighetene for hjelp på et tidligere stadium slik at akutte, tvungne innleggelses i døgninstitusjoner kunne reduseres. God kommunikasjon mellom personell, brukere og pårørende skulle bidra til bedre kvalitet i behandling og oppfølging.

Strategien har vært tredelt og har omfattet en nasjonal, en regional og en lokal plandel. Helsedirektoratet har hatt ansvar for den nasjonale plandelen som har bestått av 14 tiltak. På regionalt og lokalt nivå har de regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunene i opptaksområdene samarbeidet om å etablere lokale tvangsreducerende planer og knytte disse til samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene.

### 2.2 Nasjonale tiltak

Målet med tiltakene på nasjonalt nivå har vært å understøtte tiltaksplanene på regionalt og lokalt nivå, og bidra til å nå målsetningen om å øke frivilligheten og bedre kvaliteten på tjenestene.

De 14 nasjonale tiltakene er inndelt i tre områder:

- Kompetanse og kvalitetssikring (9 tiltak)
- Dokumentasjon (1 tiltak)
- Kunnskapsutvikling og forskning (4 tiltak)

Status ved utgangen av 2015 er at 4 tiltak er gjennomført og 10 fortsatt er under arbeid. De uferdige tiltakene vil i hovedsak ferdigstilles i løpet av 2016.

### 2.2.1 Nasjonale tiltak som er ferdigstilt

#### 1. Retningslinje for fylkesmennenes klagesaksbehandling av vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 4-4:

Formålet er å ivareta pasientenes rettssikkerhet ved å sikre forsvarlig saksbehandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke. Retningslinjen skal bidra til likebehandling og sikre rett prioritering av disse hos fylkesmannen.

#### 2. Informasjonsmateriell om rettigheter ved behandling i det psykiske helsevernet:

Det er utarbeidet to brosjyrer til barn og unge om deres rettigheter ved behandling i det psykiske helsevernet, én brosjyre til pårørende og én brosjyre til helsepersonell om pårørendes rettigheter ved tvang:

##### **Rettigheter i psykisk helsevern for deg under 16 år (IS-2131):**

Brosjyren gir informasjon til barn og unge under 16 år om deres rettigheter i det psykiske helsevernet.

##### **Rettigheter i psykisk helsevern for deg fra 16-18 år (IS-2132):**

Brosjyren gir informasjon til unge fra 16-18 år om deres rettigheter i det psykiske helsevernet.

##### **Pårørendes rettigheter - Informasjon til pårørende av pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (IS-2145):**

Brosjyren gir en oversikt over pårørendes rettigheter etter helselovgivningen, og gjelder i både spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten.

##### **Pårørendes rettigheter - en oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak (IS-2146):**

Brosjyren gir en oversikt over pårørendes rettigheter og hvilke plikter helsepersonell har overfor pårørende av pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.

Bakgrunnen for brosjyrene var at direktoratet var kjent med at mange opplevde disse reglene som uoversiktlige og vanskelig tilgjengelige og at reglene – f.eks. om informasjon til pårørende – i varierende grad ble fulgt. Brosjyrene er språklig tilpasset målgruppene. Det har vært stor etterspørsel etter brosjyrene. Allerede innen utgangen av 2014 var de til sammen trykket opp i et opplag på ca. 50.000 eksemplarer.

Brosjyrene er publisert på Helsedirektoratets nettside:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx>

#### 3. Det er utviklet et validert instrument som måler pasientens opplevelse av tvang, og som kan benyttes både til forskning og i lokalt kvalitetsarbeid:

Forsknings- og utredningsavdelingen Psykisk helsevern ved Akershus Universitetssykehus ferdigstilte høsten 2013 instrumentet, dvs. et spørreskjema, som kan måle hvordan pasienter har opplevd å bli underlagt behandling med tvang. Instrumentet som har fått navnet Experienced Coercion Scale (ECS), er prøvet ut og kan brukes ved akuttinnleggelser og andre døgnopphold, i poliklinisk eller ambulant behandling og i kommunalt psykisk helsearbeid. Svarene vil gjøre det mulig å skaffe

kunnskap, justere egen praksis og reflektere over de opplevelsene pasientene har. Instrumentet kan også brukes i forskningsøyemed. ECS kan kopieres fritt og brukes. Arbeidet og utviklingen av instrumentet har blitt møtt med interesse, også internasjonalt, se for eksempel [http://www.ahus.no/omoss/\\_avdelinger/\\_psykiske-helsevern/\\_forskning-og-utvikling/\\_prosjekter/\\_Sider/opplevdvtvangny.aspx](http://www.ahus.no/omoss/_avdelinger/_psykiske-helsevern/_forskning-og-utvikling/_prosjekter/_Sider/opplevdvtvangny.aspx).

#### **4. Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet har blitt eksternt evaluert som del av vurderingen om videre drift:**

Evalueringen ble gjennomført av Uni Research Rokkansenteret på oppdrag fra Helsedirektoratet, se [http://www.tvangsforskning.no/nyheter\\_cms/2015/januar/evaluering-av-tvangsforsk/898](http://www.tvangsforskning.no/nyheter_cms/2015/januar/evaluering-av-tvangsforsk/898).

### **2.2.2 Nasjonale tiltak som er under arbeid**

#### **1. Opplæringsmateriell i relevante helselover og sentrale menneskerettskonvensjoner for nøkkelpersonell i kommunene og det psykiske helsevernet og i kontroll- og tilsynsorganer:**

Tiltaket er planlagt som en samlet «pakke» av opplæringsmateriell, lagt ut på Helsedirektoratets hjemmeside. Mye av dette er allerede ferdigstilt. Sentrale elementer vil være rundskriv til helselovene, samt skriv som utarbeides i henhold til øvrige tiltak i den nasjonale strategien. Siden flere av øvrige tiltak inngår, vil dette tiltaket være et av de siste som ferdigstilles. Tiltaket er planlagt ferdigstilt i 2016.

Tiltaket vil kunne bidra til en bedre og mer enhetlig praktisering og forståelse av helselover og menneskerettigheter for nøkkelpersonell knyttet til anvendelse av tvang.

#### **2. Oppfølging og styrking av kontrollkommisjonenes arbeid, herunder etablering av et opplæringskurs:**

Helsedirektoratet følger opp kontrollkommisjonene bl.a. gjennom årsrapportering og en årlig konferanse. Fra 2013 har alle medlemmene i kontrollkommisjonene fått opplæring i egne sesjoner på den årlige kontrollkommisjonskonferansen. Helsedirektoratet har startet arbeidet med å utvikle et opplæringsprogram for nye kontrollkommisjonsmedlemmer.

Helsedirektoratet gjorde i 2014 noen utbedringer av det elektroniske systemet for kommisjonenes årsrapportering, knyttet til nye bestemmelser i psykisk helsevernloven (kapittel 4a), og kommisjonenes velferdskontroll. Direktoratet vil i 2016 utvikle et nytt system for kontrollkommisjonenes årsrapportering.

Hensikten med bedre oppfølging av kommisjonenes arbeid, er å kvalitetssikre arbeidet kommisjonene utfører og å sikre en mer enhetlig praksis hos kommisjonene.

#### **3. Etablere et nasjonalt prosjekt for vitenskapelig innsamling, systematisering og analyse av brukeres og pårørendes opplevelser ved bruk av tvang:**

Før og i løpet av strategiperioden er det gjennomført flere prosjekter knyttet til opplevelser av tvangsbruk: Som dag og natt (Norvoll og Husum 2011), oppsummert av Erfaringskompetanse (2012), der målet var å bidra til bedret dialog og forståelse mellom ansatte som gjennomfører tvang i psykisk helsevern og brukere som har negative erfaringen med tvang. Prosjektet Alternativer til tvang (Erfaringskompetanse 2014) presenterer forslag til endringer og alternativer til tvang fra brukerne

selv. Forslagene er sammenstilt med forskning og fagutviklingsarbeid. Rådet for psykisk helse har i hele strategiperioden arbeidet med prosjektet Frivillighet før tvang som tar sikte på å redusere tvangsinnleggelse. Erfaringene fra prosjektet viser at det er mulig å gi god hjelp ved alvorlige psykiske lidelser, også til mennesker som andre steder ville vært underlagt tvang. Mye av det som i dag vurderes som nødvendig og lovlig tvang, kunne vært unngått om frivillige alternativer hadde samme kvalitet og omfang som i de institusjonene som har laveste tvangsbruk.

Forsknings- og utredningsavdelingen ved Akershus Universitetssykehus, som utviklet instrumentet som måler tvang, gjennomfører en datainnsamling som kan belyse i hvilken grad ulikhet mellom lignende poster og behandlingssituasjoner forklarer variasjon i opplevd tvang. Datainnsamlingen er knyttet til akuttposter og til team med hovedansvar for behandling av pasienter på tvang uten døgnopphold. Datainnsamlingen utvikles og gjennomføres i elektronisk form slik at den vil være enkel og rimelig å gjenta eller utvide.

Bruk av tvang utgjør et alvorlig inngrep i enkeltmenneskers liv, og terskelen for å gripe inn med tvang bør derfor være høy. I en del situasjoner og overfor en del pasienter åpner psykisk helsevernloven for å bruke tvang, både av hensyn til pasienten selv og av hensyn til omgivelsene. På høringsmøtet 14.04-15 kommenterte en av brukerorganisasjonene at de aller fleste som føler seg krenket etter bruk av tvang, ikke beskriver selve tvangsinnleggelsen, men tvangen som skjer inne på avdelingene, bruken av mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisinering. Hensikten med gjennomføring av tiltaket er bl.a. å sikre bedre forståelse av hvordan tvang oppleves av ulike brukere, og hvordan tvang kan utøves på en mindre krenkende måte, og eventuelt unngås.

#### **4. Utbedring av datakvalitet for å sikre enhetlig og korrekt registrering og innrapportering av alle aktuelle tvangsdata:**

God datakvalitet var et uttalt mål både i Opptrappingsplan for psykisk helsevern og i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang fra 2006. Ett av flere svært viktig mål for den nasjonale strategien for bedre kvalitet og økt frivillighet som avløste den tidligere tiltaksplanen, var at all bruk av tvang skulle registreres og innrapporteres til Norsk pasientregister (NPR) i henhold til den nasjonale registreringsveilederen. Bedring på dette området er nødvendig for å sikre korrekt dokumentasjon av omfang og hva slags type tvang som er brukt på det enkelte behandlingssted, og for å kunne kvalitetssikre utviklingen på feltet. Dokumentasjon av virksomhet er sentralt for å følge med på om og i hvilken grad helsepolitiske mål er nådd. Dokumentasjonen skal også tjene som grunnlag for fremtidig prioritering og styring.

I samarbeid med NPR og andre aktuelle avdelinger i Helsedirektoratet, ble det nedsatt en arbeidsgruppe i 2013 for å arbeide videre med å bedre datakvaliteten, og helt konkret med hva som burde gjøres for at registrering og innrapportering skulle komme på plass i alle helseforetak og i alle enheter de har avtaler med. De regionale helseforetakene ble invitert til å delta med to representanter fra hver helseregion til arbeidsgruppen; én med erfaring fra klinikken og som kjente problemstillingene knyttet til registrering av data, og én som representerer IT-systemet/ene som brukes på dette fagområdet i helseforetakene. Arbeidsgruppen ble ledet av NPR som har den direkte samhandlingen med helseforetakene om rapporteringen. Det ble identifisert en rekke problemer som hver for seg og sammen bidrar til dårlig datakvalitet. Det kan nevnes ulik forståelse av definisjoner, begreper og det juridiske grunnlaget, problemer knyttet til selve innrapporteringen og meldingsformatet i NPR, uhensiktsmessige løsninger i journalsystemet og registrering av samme

informasjon i flere systemer og til ulike formål (se også kapittel 8). Som det fremgår i andre kapitler av rapporten har registrering og rapportering om bruk av tvang bedret seg noe de siste årene og vi antar nå at datagrunnlaget er tilstrekkelig komplett til å kunne følge med på antall tvangsinnleggelses i tjenestene. Men for andre tvangsformer er grunnlaget fortsatt usikkert, og arbeidet med datakvalitet må derfor følges tett også i årene som kommer og i samarbeid med de regionale helseforetakene.

#### **5. Kartlegging av ordningen tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og i hvilken grad frivillige tiltak har vært vurdert / utprøvd:**

Formålet med kartleggingen er å få mer kunnskap om omfanget av og praktiseringen av ordningen, herunder i hvilken grad frivillige tiltak har vært vurdert eller prøvet ut. Behovet for økt kunnskap om TUD er blant annet beskrevet i forskningsplaner (2014-2019) fra Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (TvangsForsk).

TvangsForsk fikk i 2014 i oppdrag å koordinere gjennomføringen av tiltaket, og har knyttet datainnsamlingen til en pågående multisenterstudie som TvangsForsk koordinerer om samme tema. Prosjektet skal ferdigstilles i løpet av 2016. Det har vært nødvendig å prioritere hvilken type data som skal ha høyest prioritet å fremskaffe, og Helsedirektoratet og TvangsForsk mener at det viktigste i første omgang er å få kunnskap om omfang og varighet av TUD. Mer detaljert vil dette innebære: Antall nye TUD-vedtak per år (insidens), antall personer som til enhver tid er underlagt TUD (prevalens), samt hvor lenge de som pr. i dag er på TUD har vært underlagt ordningen.

Hvordan den andre delen av tiltaket, «I hvilken grad frivillige tiltak har vært vurdert / utprøvd», skal løses, har vært diskutert. Dette spørsmålet vil kreve en annen metodisk tilnæringsmåte. Det vil innebære et prosjekt som først vil kunne realiseres etter at omfangsdataene er samlet inn. Helsedirektoratet har derfor prioritert innsamling av data som vil belyse omfang av TUD-ordningen. Selv om vi har en del kunnskap om pasienter på TUD gjennom ACT-evalueringen, er det behov for ytterligere kunnskap. Det skal samles inn data fra Akershus universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus og Helse Bergen HF. Deltakerne i multisenterstudien er UNN og Helse Finnmark HF, Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Sørlandet HF. Det er samlet inn omfattende data om de enkelte pasientene som er underlagt TUD-ordningen ved de ulike stedene. Data omfatter blant annet pasientkarakteristika, behandling, sosioøkonomiske data og pasientadministrative data. Fordelene ved å være tilknyttet en multisenterstudie er at de ulike studiene vil kunne ha tilgang til hverandres data. For Helsedirektoratet betyr det å få tilgang til kvalitative data om TUD-ordningen samt til omfang utvalgte steder i landet.

Gjennomføringen av tiltaket vil bidra til å øke kunnskapen om hvor mange pasienter som er på TUD og hvor lenge de har vært på denne ordningen i to (norske) storbykommuner. Tiltaket vil sammen med de øvrige prosjektene multisenterstudien, gi bedre og bredere innsikt i praktiseringen av TUD i Norge. Med Helsedirektoratets tiltak vil datainnsamlingen gi et mer helhetlig og representativt bilde av TUD-ordningen i Norge.

**6. Kartlegging av bruk av eventuelle rettighetsinngripende tiltak i omsorgsboliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med:**

Høsten 2014 ble det inngått en avtale med Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) om gjennomføring av tiltaket. Helsedirektoratet har definert målgruppen for tiltaket, dvs. personer som bor i kommunale boliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med, til å være personer med alvorlige psykiske lidelser og ev. ruslidelser.

Det skal gjennomføres fokusgruppeintervjuer blant ansatte og brukere i ulike botilbud i et utvalg av kommuner over hele landet. Hensikten er å identifisere ulik lokal praksis, og antageligvis også ulik forståelse av gråsoner og lovhjemler for hva slags tiltak / begrensninger som kan gjennomføres i brukerens bolig. Ansatte og brukere skal intervjues separat da disse kan ha ulikt syn på og opplevelse av situasjonen.

Kartleggingsprosjektet vil bli lagt frem for godkjenning i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Prosjektet starter i 2015 og vil gå over to år, med avslutning i 2016. Ved prosjektslutt skal det foreligge en rapport som omhandler resultatene fra kartleggingen.

Kommunens helse- og omsorgstjenesten har en sentral rolle i forbindelse med forebygging av, og etablering av tvungent psykisk helsevern gjennom henvisning fra fastlege og legevakt, og er også ofte involvert i gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Kartleggingen vil kunne gi større innsikt i hvordan kommunale omsorgsboliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med håndterer brukere i krevende situasjoner. Hvilke kontrolltiltak som benyttes, hva slags forankring disse har i lovverket, og hvordan de oppleves. Mer kunnskap på dette området vil kunne gi bedre oppfølgingen av personer med alvorlig psykisk lidelse som bor i en kommunal bolig, og vil kunne redusere bruken av tvang.

**7. Etablere et nasjonalt prosjekt for å styrke etikkarbeidet i det psykiske helsearbeidet:**

Tiltaket gjennomføres av Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo. Den overordnede målsetningen er å bidra til redusert og riktigere bruk av tvang ved å bedre forståelsen av etiske utfordringer som helsepersonell opplever ved pasientmedvirkning og ved bruk av tvang, pasientenes og pårørendes syn på pasientmedvirkning og tvang, hvordan sikre god håndtering av etiske utfordringer i praksis og hvordan sikre beslutningsprosesser med pasienten og pårørende. I 2013 fikk SME tilskudd til å inkludere hvordan anbefalinger om brukermedvirkning og pårørendesamarbeid i utvalgte nasjonale retningslinjer og veiledere var implementert.

SME har i flere år levert bidrag med tanke på å styrke kvaliteten i det faglige arbeidet. Erfaringene så langt viser at prosjektet har samlet inn et stort datamateriale som gir ny og viktig kunnskap og som kan bidra til kvalitetsforbedring i praksis. Bruk av systematisk refleksjon over etiske dilemmaer kan med fordel spres til flere. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at det er mulig å redusere bruken av tvang innen psykisk helsevern, og at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet.

**8. Et av tiltakene i den nasjonale strategien har vært å utarbeide en felles veileder til kommunene og det psykiske helsevernet om forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester:**

Tiltaket omfatter mange store temaer og en rekke tjenester på spesialist- og kommunalt nivå, til barn og unge og voksne. Det er flere områder som er aktuelle for kunnskapsoppsummeringer i en slik veileder. Noen eksempler er kunnskapsgrunnet for bruk av tvangsinnleggelses, mekaniske tvangsmidler og skjerming, bruk av antipsykotiske legemidler samt betydningen av ulike miljøterapeutiske tiltak. Det er etablert en arbeidsgruppe med deltakere fra bruker- og fagfeltet som skal utarbeide veilederen, og mye av det som er utarbeidet gjennom strategien vil inngå i den.

Målet er fortsatt å utarbeide et godt produkt som kan bidra til å styrke det faglige arbeidet gjennom å øke frivilligheten og bedre kvaliteten i de psykiske helsetjenestene.

**9. Understøtte arbeidet knyttet til etablering av legemiddelfrie behandlingstilbud i helseregionene:**

Helsedirektoratet har utarbeidet en nettside om «legemiddelfrie behandlingstilbud» for å understøtte oppdraget de regionale helseforetakene har fått om å etablere egne enheter for legemiddelfri behandling i 2016. Nettsiden er publisert på <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/legemiddelfri-behandling-i-psykisk-helsevern>.

Helsedirektoratet har i tillegg bestilt- og vil i 2016 få en oppsummering fra Cochrane Collaboration om medisiner med antipsykotika. Den konkrete problemstillingen er om vedlikeholdsbehandling med antipsykotiske medikamenter for pasienter med schizofreni er bedre enn placebo eller ingen behandling. Denne kunnskapen skal bl.a. oppdatere legemiddelkapittelet i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.

## 2.3 Regionale og lokale planer

I tillegg til den nasjonale strategien, har det vært viktig å ha planer på regional/lokalt nivå. I strategidokumentet har Helse- og omsorgsdepartementet derfor stilt krav om at helseforetakene i samarbeid med kommunene i opptaksområdet skulle etablere lokale tvangsreducerende tiltaksplaner, og knytte disse til samarbeidsavtalene mellom HF og kommuner. Dette beskrives kun kort i denne rapporten.

De regionale og lokale planene har inneholdt:

- Kompetanseheving og undervisning om frivillighet i behandling, mestringsfremmende metoder, lavterskeltenkning, menneskerettigheter, etikk, lovbestemmelse, praksis, årsaker og effekter knyttet til bruk av tvang og husordensregler mv.
- Systematisk innføring av alternative metoder til tvang, herunder medisinfrie behandlingstilbud, brukerstyrte plasser, individuelle planer, inkl. rettighetskontrakter og kriseplaner.
- Regelmessig og reell involvering av brukere og pårørende i evaluering og bruk av behandlingsmetoder og rutiner for pasientoppfølging.
- Forpliktende, løpende samarbeid mellom kommuner og helseforetak.
- Regelmessig dialog med lokale statlige og kommunale aktører.
- Verdige og skånsomme transportordninger.

- Riktig og konsekvent dataregistrering.
- Hensiktsmessig utforming av bygg som understøtter åpenhet og tillit mellom tjenesten og pasientene.

De regionale planene har hatt fokus på anbefalinger og tiltak som kan gjøre en forskjell. Det har blitt lagt vekt på hva som har måttet være til stede for å gjennomføre vellykkede endringer.

Arbeidet for økt frivillighet har pågått i mange år som et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid. Det har både vært fokus på riktig bruk av tvang og omfanget av tvang. Dette budskapet er det viktig å ha med i fortsettelsen av dette arbeidet.

Et sentralt punkt i de regionale handlingsplanene har vært å sikre mest mulig frivillig behandling. Tvang skulle være siste utvei. Pasientgrupper som erfaringsmessig underlegges mye tvang omtales spesielt med tanke på forebygging og tidlig intervensjon. Når det var nødvendig å bruke tvang av hensyn til pasienten selv eller av hensyn til omgivelsene, skulle det skje i samsvar med gjeldende lover og forskrifter og på en slik måte som ivaretok verdigheten og rettssikkerheten til pasienten. Som et eksempel var målene i Helse Vest sin tiltaksplan:

- *Pasienten skal få behandling på rett tid og rett nivå.*
- *Brukar- og pårørandeinvolveringa skal vere sterkt forankra.*
- *Oppsøkjande og utoverretta verksemd skal stå sentralt.*
- *Tvangen skal kvalitetssikrast og dokumenterast.*
- *Kompetanse om tvangsførebyggjande tiltak og gjeldande lovverk skal setjast i system.*

Planene har også inneholdt tiltak som kan settes inn på ulike steder i pasientforløpet, som her hos Helse Sør-Øst:

- *Som forebyggende tiltak*
- *I innleggessituasjonen før pasienten kommer inn i spesialisthelsetjenesten*
- *I innleggessituasjonen - første døgnet i spesialisthelsetjenesten*
- *Underveis i behandlingen - i løpet av innleggelsen*
- *Etter utskrivelsen*

De regionale planene har blitt omtalt som «levende dokumenter», dvs. de skulle rulleres i henhold til oppnådd resultat, samt aktuelle regionale og nasjonale føringer.

Helse Vest RHF gjennomførte en internrevisjon i 2014 for å undersøke om Helse Vest hadde gode prosesser som sikret at tvangsbruken var i samsvar med regelverk, eksterne og interne retningslinjer. Hovedkonklusjonen var at institusjonene og foretakene i Helse Vest oppfylte disse målsetningene, men også at var klare indikasjoner på at det var systematiske forskjeller i regionen når det gjaldt hvor sannsynlig det var at pasientene ble tvangsinnlagt, og deretter utsatt for ulike tvangstiltak under behandlingen. Dessuten var det svært store mangler i forbindelse med registrering og rapportering av omfanget.

Helse Midt-Norge har startet arbeidet med en helhetlig plan for psykisk helse. Tvang i psykisk helsevern inngår som ett av temaene i planen.



Helse Sør-Øst vurderer at deres regionale plan for økt frivillighet har hatt et høyt faglig fokus fra den ble ferdig i 2011. Den regionale planen og de lokale planene er samstemte og er gjennomgått av RHF'ets fagråd for psykisk helsevern. Tall for bruk av tvang har vært fulgt opp og publisert på RHF'ets nettsider («benchmarking»). Tallene og de respektive planer har vært fulgt opp i styringsdialogen med ledere for klinikker i psykisk helsevern, foretak og divisjoner og ledelsen i helseforetakene har gjort det samme med sine ledere. En fagrevisjon ble gjennomført i 2014, og tematikken har vært jevnlig drøftet i møter med divisjonsledelsen.

Helse Nord har utarbeidet en ny regional utviklingsplan for psykisk helse og rus 2015-2025. Bakgrunnen for dette er at sammenheng mellom psykisk helse og rus er godt dokumentert, og gir utfordringer i behandling og samhandling. Helse Nord ønsker å imøtekomme disse utfordringene ved å utarbeide en felles plan for psykisk helse og rus på fagområdene psykisk helse for voksne, psykisk helse for barn og unge og rus (TSB). Arbeidet er organisert i et regionalt prosjekt og rapporten legges frem for styret i 2016.

## 2.4 Intern evaluering og eksterne innspill

Helsedirektoratet har vurdert strategien og behov for videre grep på området. I den forbindelse inviterte Helsedirektoratet i samarbeid med psykisk helserådgiverne i helseregionene, bruker- og fagfeltet til et høringsmøte våren 2015 for å få innspill til om, og eventuelt hvordan, strategien burde videreføres, og til hvilke temaer som bruker- og fagfeltet anså som de viktigste.

Tilbakemeldingene fra bruker- og fagfeltet var at det var stor enighet om at arbeidet for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i de psykiske helsetjenestene må fortsette. Blant annet ble det pekt på at erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at det er mulig å redusere bruken av tvang innen psykisk helsevern, og at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet. Videre var det enighet om at det er behov for en fortsatt nasjonal satsning på feltet for å sikre et likeverdig tjenestetilbud og en enhetlig praksis over hele landet.

### 2.4.1 Helsedirektoratets vurdering av omfanget av tvang opp mot oppnådde resultater

Det ligger i det forebyggende arbeidets natur at det kan ta lang tid før endringer skjer, og det er vanskelig å måle effekt av tiltak. Når det har skjedd en endring, kan det være vanskelig å avgjøre hva som konkret førte til denne. Mange av de nasjonale tiltakene tar sikte på å bygge opp kompetanse, kvalitetssikring, frembringe og utvikle kunnskap, bidra til forskning og skaffe til veie dokumentasjon. De nasjonale tiltakene må også tas i bruk, og kvalitetsarbeid, og endring av holdninger og relasjoner tar tid.

I St.meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet der Opptappingsplanen hadde sitt utspring, ble det staket ut en retning for struktur og organisering. Intensjonene om å bedre kvalitet og innhold i tjenestene ble etter manges mening ikke godt nok oppfylt. Det er imidlertid en alminnelig oppfatning om at kvalitet i tjenestene i psykisk helsevern har endret seg i positiv retning de siste 20 år. Dette stemmer overens med en gjennomgang som OECD foretok i 2013. Denne viser at Norge beveger seg mot et sterkt og helhetlig psykisk helsetjenestetilbud. Ut fra indikatorene for kvalitet på de psykiske helsetjenestene, viser Norge en imponerende fremgang på mange felt.

Økt frivillighet og redusert bruk av tvang er målet i strategien, men det er pr. i dag vanskelig å anslå et «riktig» nivå for bruk av tvang i Norge. Riktig tvangsbruk kan også redde liv og innebære god omsorg. Når det gjelder de geografiske forskjellene mellom og innen helseregioner som har holdt seg stabile over mange år, kan ikke disse aksepteres hvis de ikke kan forklares ut fra befolkningsgrunnlag og pasientsammensetning.

Tvangsbruken ser så langt ut til å være relativt stabil. Det kan likevel være endringer som ikke fanges opp av de målepunktene som benyttes. Dette gjelder hvorvidt man har fått en riktigere bruk av tvang.

Den totale satsingen på psykisk helse både i kommunene og i helseforetakene siden Opptrappingsplanen vil sannsynligvis ha en betydning for bruken av tvang. OECD rangerer Norge som et av de landene som har kommet langt i utbygging av tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Det er likevel viktig å påpeke at de senere årene har det vært en stagnasjon i årsverk i kommunene, og sett opp mot befolkningsveksten i samme periode innebærer dette i praksis en nedgang. Det samme gjelder i psykisk helsevern.

Kvaliteten på data om tvangsbruk har vært en særlig utfordring i mange år, til tross for vedtak om bruk av tvang inngår i rapporteringsplikten til NPR. Helseforetakene mener selv at rapporteringsarbeidet er viktig og det har vært gitt prioritet. Helsedirektoratet har fulgt situasjonen nøye i mange år og har sammen med RHF'ene lagt ned mye arbeid for å identifisere hvordan god datakvalitet skal sikres. Dette gjelder alle ledd i arbeidet fra registrering og rapportering skjer i helseforetakene til data mottas, kvalitetssikres og publiseres av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet kan ikke si seg fornøyd med at datakvaliteten fortsatt ikke er tilfredsstillende på alle områder, selv om kvalitet og kompletthet er noe bedret, selv om vi nå antar å ha forholdsvis gode tall på tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ved innleggelse (tvangsinnleggelser).

Målet i strategien er todelt, økt frivillighet eller reduksjon av tvang er ett av målene, dvs. vi ser etter frekvens, men målet er også bedret kvalitet i arbeidet, dvs. innhold, f.eks. på kvaliteten i behandlingen. Frekvens versus innhold er et tema som ofte undervurderes når statistikk presenteres. Selv om frekvensen ikke har sunket, kan det være betydelige endringer i hvordan tvangen utøves, men uten at dette fremkommer i tilsvarende statistiske mål.

Ulike typer aktivt oppsøkende behandlingsteam som f.eks. ambulante akutteam, ambulante rehabiliteringsteam, psykiatrisk ambulante rehabiliteringsteam og ACT-team er viktige virkemidler for å øke frivillighet og redusere bruk av tvang.

Evalueringen i 2014 av ACT-teamene har vist gode resultater, også for pasienter som er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Evalueringen viste at brukere som mottok tjenester fra tverrfaglige ACT-team samlet sett ikke har hatt færre døgninnleggelser, men færre oppholds-døgn pr. innleggelse og færre innleggelser med tvang. Antallet oppholds-døgn hadde nesten blitt halvert: fra 17.000 til under 9.000 oppholds-døgn. Antallet døgn på tvang har blitt mer enn halvert: Fra 11.500 døgn på tvang til 5.000 døgn på tvang. En undersøkelse, Bruker spør Bruker om ACT, gjennomført av Erfaringskompetanse og FOU-avdelingen ved Akershus universitetssykehus (2014) viste også at pasienter på tvungent helsevern uten døgnopphold var den gruppen av ACT-brukere som var mest

fornøyd med oppfølging fra ACT. Det var disse pasientene som hadde fått størst reduksjon i antall oppholdsdøgn på tvang.

Brukerstyrte døgnplasser verdsettes høyt av de brukerne som har fått tilbud om det fra sitt DPS, og viser seg også å redusere behovet for innlegger.

## 2.5 Arbeidet fremover

Nasjonalt strategi for bedre kvalitet og økt frivillighet i psykiske helsetjenester ble avsluttet som strategi i 2015, men mye av arbeidet vil fortsette. Datakvalitet, ubegrunnede geografiske forskjeller i bruk av tvang, tvang overfor barn og unge, somatisk helse hos pasienter med psykiske lidelser, riktig bruk av legemidler, regler knyttet til etablering og gjennomføring av tvungent vern, tjenesteutvikling og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er blant utfordringene som ble påpekt på høringsmøtet om strategien i 2015.

Helsedirektoratet vil fullføre tiltakene i strategien og arbeide videre med andre tiltak som skal rette seg mot reduksjon av tvang og økt frivillighet, herunder:

- Understøtte kvalitet i vedtakspraksis og mer ensartet praksis på tvers av kontrollkommisjoner
- Bistå regionale helseforetak i implementering av medikamentfrie behandlingstilbud.
- Utrede nye styringsmål / kvalitetsindikatorer for økt frivillighet for å sikre fremtidig oppfølging av tvangsområdet.
- Bistå i utredning og ev. iverksettelse av endringer i psykisk helsevernloven.
- Følge opp arbeidet med bedre datakvalitet.
- Tilskudd til nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i psykisk helsevern.
- Tiltak som retter seg mot økt frivillighet og forebygging i bruk av tvang i regi av brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten.

### 3. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne - Gjennomgang av pasientdata

*Analysen av data fra Norsk pasientregister viser at om lag 5 600 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 8 000 ganger i 2014. 17 prosent av alle nye innleggelser og 32 prosent av oppholds døgnene i det psykiske helsevernet for voksne var med dette basert på vedtak om tvungen tilbakeholdelse for observasjon eller tvungent psykisk helsevern dette året. For opphold med vedtak om tvungent psykisk helsevern opphørte tvungen innen 7 dager for 1 av 4 opphold mens 6 prosent av de tvungne oppholdene hadde varighet utover 6 måneder.*

*Antall tvangsinnleggelser i 2014 var på samme nivå som i 2010 men hadde økt med nærmere 4 prosent sammenlignet med nivået i 2012 og 2013. Antall tvangsinnlagte pasienter og døgn under tvungen tilbakeholdelse økte i omtrent samme takt. Økningen var større enn befolkningsveksten siste år i perioden, men for perioden 2010 – 2014 samlet er den befolkningskorrigerede raten for tvangsinnleggelser redusert fra 209 til 198 tvangsinnleggelser per 100 000 voksne innbyggere. Samtidig viser analysene betydelige og stabile geografiske forskjeller i omfanget av tvangsbruk.*

*1 av 3 tvangsinnleggelser gjaldt tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern, men totalt hadde 5 100 pasienter vært under vedtak om tvungent psykisk helsevern i løpet av 2014. Tvungent psykisk helsevern starter nesten alltid i forbindelse med et døgnopphold, men 2 400 av alle pasienter som i 2014 var under tvungent vern hadde vært under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold hele eller deler av året. Samtidig behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling) rapporteres for én av tre under tvungent psykisk helsevern. Det rapporteres videre om 7 100 tvangsmiddelvedtak og 4 500 skjermingsvedtak i 2014.*

*Komplettheten i innrapporterte tall for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, tvangsmidler, tvangsbehandling og skjerming er uviss, og sumtall på nasjonalt nivå må fortolkes som minimumsestimat.*

#### 3.1 Innledning

Bruk av tvang i psykisk helsevern reguleres i psykisk helsevernloven. Loven hjemler tvungen observasjon (tv obs) og tvungent psykisk helsevern (TPH) med og uten døgnopphold i institusjon. I tillegg åpnes for tiltak under gjennomføringen av det psykiske helsevernet, som tvangsbehandling, skjerming og tvangsmidler, se kapittel 1. Dette kapitlet tar sikte på å belyse omfanget av tvangsbruk i tjenestene, og presenterer indikatorer for alle ovenfor nevnte former av formell tvangsbruk. Analysene er basert på aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) og gjelder bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Gjennomgangen dekker først og fremst aktivitetsåret 2014, men vil i noen grad også belyse utvikling i perioden 2010 – 2014.

Tall fra NPR viser at til sammen 138 000 pasienter<sup>3</sup> ble behandlet i det psykiske helsevernet for voksne i 2014. 20 prosent av pasientene var også inne til døgnbehandling, og det ble foretatt 46 300

---

<sup>3</sup> Pasienter som bare hadde vært i behandling hos private avtalespesialister inngår ikke i dette tallet. Dette gjelder ytterligere 45 000 pasienter.

nye innleggelser ved døgnavdelingene dette året<sup>4</sup>. 61 prosent av døgnoppholdene startet ved en sykehusavdeling, og 59 prosent var en akuttinnleggelse med behov for øyeblikkelig hjelp. Omfanget av langtids døgnbehandling er lite og avtagende, og halvparten av døgnoppholdene i det psykiske helsevernet for voksne avsluttes i løpet av én uke.

### 3.2 Datagrunnlag og metode

Alle behandlingssteder i det psykiske helsevernet er rapporteringspliktige til NPR, og for enheter godkjent for tvungent psykisk helsevern er rapportering av tvangsbruk en del av denne rapporteringsplikten. Dette innebærer at innrapporteringen skal gi informasjon om alle vedtak som gjelder tvangsmidler og andre rettighetsinngripende tiltak med hjemmel i psykisk helsevernlovens kapittel 4. Data skal også gi informasjon om henvisningsformalitet og rettslig grunnlag for behandlingen, herunder vedtak om etablering og opphør av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern og samtidige tvangsbehandlingsvedtak. Som beskrevet i kapittel 8.1 har det vært knyttet betydelige utfordringer til denne innrapporteringen, og datagrunnlaget antas fortsatt å være noe ufullstendig. Bruk av disse dataene til analyseformål krever derfor systematisk gjennomgang og vurdering av kompletthet.

Ved tilrettelegging av data for analyser presentert i dette kapitlet, er vedtaksdatoer for alle innrapporterte vedtak om bruk av tvang kontrollert mot perioden som studeres. Vedtak uten relevans for perioden er identifisert og ekskludert fra grunnlaget. Gjennomgangen viser da at det for 2014 ble rapportert rettslig grunnlag ved innleggelse for 94 prosent av døgnoppholdene i det psykiske helsevernet for voksne. Grunnlaget for analyser som gjelder vedtak om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold synes med det å være godt. Det er imidlertid fortsatt knyttet usikkerhet til tidspunkt for opphør av vedtakene og beregninger som gjelder vedtakenes varighet vil derfor være mer usikre. Informasjon om henvisningsformalitet manglet for 15 prosent av innleggelsene og for 19 prosent av alle nye henvisningsperioder dette året. For øvrige tvangsformer kan ikke komplettheten i datagrunnlaget fastslås uten kontroll mot andre kilder, og innrapporterte volumtall må derfor brukes med forsiktighet og forstås som minimumsestimater på nasjonalt nivå. Komplettheten i innrapporteringen av tvangsbehandling- og tvangsmiddelvedtak ser imidlertid ut til å være økende. Dette innebærer at grunnlaget ikke er egnet til å følge med på utvikling over tid for disse tvangsformene, da det ikke er mulig å skille mellom endringer som gjelder forekomst og endringer som gjelder innrapporteringens kompletthet.

Tabell 3.1 gjelder private og offentlige institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne og gir en oversikt over innrapporterte aktivitetstall for 2013 og 2014. Dette representerer grunnlaget for analyseresultater for 2013 og 2014.

---

<sup>4</sup> Innleggelser er her å forstå som innleggelse fra egen bolig. *Overføringer* mellom poster, avdelinger eller institusjoner i det psykiske helsevernet vil ikke inngå i denne størrelsen.

Tabell 3.1 Aktivitetsdata for det psykiske helsevernet for voksne i 2013 og 2014<sup>1</sup>.

	2013	2014
Antall pasienter	133 591	138 211
Antall døgnpasienter	27 186	27 195
Antall oppholdsdøgn	1 143 539	1 112 541
Innleggelser		
Antall (ekskl. overføringer)	46 061	46 266
• Herav innleggelser til sykehus (andel)	60	61
• Herav akuttinnleggelser (andel)	59	59
• Herav uten informasjon om henvisningsformalitet (andel)	21	15
• Herav uten informasjon om rettslig grunnlag (andel)	8	6
Median varighet	7	7

1) Tallene gjelder offentlige helseforetak og private institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Behandling hos private avtalespesialister inngår ikke.

### 3.2.1 Beskrivelse av indikatorer

Omfanget av tvangsbruk i tjenestene er i kapitlet belyst ved sju indikatorer:

1. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (omtalt som tvangsinnleggelser)
2. Median varighet av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold
3. Døgn under tvang
4. Vedtak om tvangsmiddelbruk og skjerming
5. Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (omtalt som TUD-pasienter)
6. Pasienter under tvungent psykisk helsevern (omtalt som TPH-pasienter)
7. Pasienter under tvangsbehandling

Indikator 1 – 4 gjelder bruk av tvang overfor innlagte pasienter, indikator 5 gjelder pasienter som følges opp poliklinisk mens indikator 6 og 7 er samlemål som inkluderer alle pasienter under henholdsvis tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling, både i døgnavdelingen og i poliklinikkene. Analysene vil i tillegg se på forholdet mellom henvisningsformalitet og rettslig grunnlag ved innleggelse og på vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern.

**Tvangsinnleggelser** vil i den videre presentasjonen være definert ved innleggelser der tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er angitt som første rettslige grunnlag etter innleggesdatoen og innleggelser der tvang etableres i løpet av oppholdet. Gjeninnleggelse på tvang med døgn for pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, inngår i denne størrelsen med mindre innleggelsen er registrert med kode for frivillig døgnopphold. Overføringer mellom poster, avdelinger eller institusjoner i løpet av et døgnopphold regnes ikke som nye innleggelser. Dette gjelder også når vedtaket om tvang opprettholdes<sup>5</sup>. Tvangsinnlagte pasienter

<sup>5</sup> Overføringer med ny henvisning til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern regnes likevel som en ny innleggelse dersom pasienten først ble lagt inn for frivillig behandling. Dette representerer en endring i metode for tilrettelegging av data sammenlignet med rapport IS 2243 «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013», Helsedirektoratet, 2014. Denne endringen påvirker ikke det beregnede antallet tvangsinnleggelser, men gir en økning i innleggelser totalt. For 2013 tilsvarer denne økningen 434 innleggelser

vil tilsvarende være definert ved pasienter (jfr. unike personer) med minst én ny tvangsinnleggelse i aktivitetsåret som studeres.

**Døgn under tvang** gjelder tvungen tilbakeholdelse i døgnavdelingene og omfatter både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Døgn under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig døgnbehandling for TUD-pasienter inngår ikke i denne størrelsen. Døgn under tvang beregnes per opphold og omfatter perioden fra innleggsdato til dato for opphør av vedtak. Dersom opphør av vedtak ikke er registrert, regnes pasienten som tvangsinnlagt frem til utskrivning<sup>6</sup>. Årsstatistikken inkluderer det totale antall døgn under tvang i perioden fra 1. januar til 31. desember. **Median varighet av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold** beregnes med utgangspunkt i døgn under tvang for avsluttede opphold *med vedtak om tvungent psykisk helsevern*. Opphold med vedtak om tvungen observasjon uten videre etablering av tvungent psykisk helsevern inngår ikke i grunnlaget for beregningen.

Med **TUD-pasienter** og **TPH-pasienter** menes pasienter (jfr. unike personer) med nye eller løpende vedtak om tvungent psykisk helsevern i aktivitetsåret som studeres<sup>7</sup>. **TPH-pasienter** inkluderer alle pasienter under tvungent psykisk helsevern mens **TUD-pasienter** er avgrenset til å gjelde pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Informasjonen hentes både fra døgnoppholdene, da disse ofte vil gi informasjon om overføring til TUD ved utskrivning, og fra kontakter med dagavdelinger og poliklinikker. Vedtak om tvungent psykisk helsevern antas å være gyldige i inntil ett år etter vedtaksdato eller til pasienten er registrert med vedtak om opphør eller med frivillig behandling.

**Pasienter under tvangsbehandling** defineres ved pasienter med minst ett tvangsbehandlingsvedtak fattet i det året som studeres. For **tvangsmidler** skilles det i fremstillingen mellom de ulike tvangsmidlene; Mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolasjon og holding.

### 3.2.2 Estimering av nasjonale tall

I fremstillingen korrigeres indikator 1, 3 og 6 gjennomgående for mangelfull innrapportering dersom ikke annet fremgår. For innleggelser uten informasjon om rettslig grunnlag antas samme fordeling mellom frivillighet og tvang som for innleggelser der det rettslige grunnlaget er kjent. Grunnlagene korrigeres på institusjonsnivå og med separate nøkler for sykehus og DPS. Tilsvarende benyttes den gjennomsnittlige andelen tvangsinnlagte som estimat for antall tvangsinnlagte blant pasienter der det rettslige grunnlaget er ukjent for ett eller flere døgnopphold. Alle innleggelser til enheter som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern antas å være frivillige. Estimeringen utgjør med dette 3 - 5 prosent av det beregnede volumet av tvangsinnleggelser, TPH-pasienter og døgn under tvang. Andelen er høyere for Helse Midt-Norge og for Oslo universitetssykehus HF. Se også tabell 3.8 for en HF-spesifikk oversikt over antall innleggelser uten informasjon om rettslig grunnlag og kapittel 8.1 for en nærmere beskrivelse av pasientdatagrunnlaget.

---

sammenholdt mot tidligere publiseringer. Definisjonen er endret for bedre samsvar med uttrekk til kvalitetsindikatorene.

<sup>6</sup> Manglende registrering av opphør av vedtak vil overvurdere antall døgn under tvang. For vedtak som fattes i løpet av et døgnopphold kan ikke kompletthet testes på en god måte uten kontroll mot andre kilder og det vil derfor være noe usikkerhet knyttet til alle beregninger som gjelder døgn under tvang.

<sup>7</sup> Vedtak med vedtaksdato før årsskiftet inkluderes dersom disse fortsatt er gjeldende.

For indikator 4,5 og 7 er komplettheten i grunnlaget ukjent, og nasjonale estimater for det totale antallet TUD-pasienter, pasienter med vedtak om tvangsbehandling og vedtak om tvangsmidler og skjerming er derfor ikke beregnet. Nasjonalt anslag for TPH-pasienter vil også kunne være påvirket av eventuell underrapportering av TUD. For disse tvangsformene vil derfor alle tall gi en beskrivelse av hva som rapporteres inn til NPR, men trolig representerer dette minimumsestimat for det totale omfanget. Forskjeller mellom foretak og endringer fra år til år kan dermed heller ikke uten videre fortolkes som praksisforskjeller eller økt forekomst da komplettheten i grunnlaget ser ut til å være økende. Median varighet er beregnet med utgangspunkt i innrapporterte tall og gjelder opphold hvor det rettslige grunnlaget for behandlingen er kjent. For foretak og områder med mangelfull innrapportering er det uklart om dette grunnlaget er representativt.

For å ivareta sammenlignbarhet med kvalitetsindikatorer som publiseres på Helsenorge.no, er definerte kriterier for tilrettelegging og uttrekk av aktuelle vedtak noe endret fra tidligere års publiseringer. Dette påvirker beregninger av antall tvangsinnleggelses marginalt. Også beregninger som gjelder døgn under tvang påvirkes av denne omleggingen og bidrar til å nedjustere det nasjonale estimatet for døgn under tvang med om lag 3 prosent. Tall for 2013 er derfor beregnet på nytt for å ivareta sammenlignbarhet mellom 2013 og 2014. Tall for perioden 2010 – 2012 er hentet fra tidligere års tilrettelegginger og publisert i «*Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013*», Helsedirektoratet (2014).

### 3.3 Bruk av tvang i perioden 2010 – 2014

Gjennomgang av data for 2014 viser at omlag 5 600 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 8 000 ganger dette året. Tvungent psykisk helsevern ble etablert ved to av tre tvangsinnleggelses, mens de øvrige gjaldt tilbakeholdelse for tvungen observasjon der vilkårene for tvungent psykisk helsevern ble vurdert ikke å være oppfylt. Antall tvangsinnleggelses i 2014 var med dette på samme nivå som i 2010, men hadde økt med nærmere 4 prosent sammenlignet med 2013. Det totale antallet døgn under tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i døgnavdelingene økte i omtrent samme takt som antall tvangsinnleggelses fra 2013 til 2014. Median oppholdstid for opphold med vedtak om tvungent psykisk helsevern var i 2014 på 32 døgn hvorav 27 døgn var under vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Dette innebærer at vedtaket om tvungent psykisk helsevern noen ganger opphører før pasienten skrives ut fra døgnavdelingen. Til sammenligning er median oppholdstid for alle opphold i det psykiske helsevernet på 7 døgn.

Tall for 2014 viser videre at til sammen 5 100 pasienter hadde vært under vedtak om tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold i løpet av året og at vedtak om samtidig tvangsbehandling rapporteres for i underkant av en tredjedel av disse pasientene. Tvungent psykisk helsevern etableres oftest som døgnbehandling, og for nærmere halvparten av pasientene ble vedtaket opprettholdt, også etter at pasienten var skrevet ut fra døgnavdelingen (overføring til TUD). Vedtak om TUD er for 2014 rapportert for 2 400 av de 5 100 pasientene som hadde vært under tvungent vern dette året.

Med økt fokus på polikliniske og ambulante behandlingstilbud, er døgnkapasiteten i det psykiske helsevernet for voksne bygd ned over flere år. Nedbyggingen har i særlig grad vært knyttet til reduksjon i langtids døgnbehandling og i perioden 2010 – 2014 er antall oppholds-døgn redusert med



16 prosent<sup>8</sup>. Antall opphold og innleggelser har i mindre grad vært påvirket av nedbyggingen. Med samtidig økning i antall tvangsinnleggelser og døgn under tvang, innebærer redusert døgnkapasitet at en økende andel av døgnaktiviteten i det psykiske helsevernet for voksne er basert på vedtak om tvungen tilbakeholdelse. Tall for 2014 viser at dette gjaldt 32 prosent av oppholds døgnene og 17 prosent av innleggelsene dette året.

Andel tvangsinnleggelser og andel døgn under tvang varierer mellom diagnosegruppene. 46 prosent av alle tvangsinnleggelser i 2014 gjaldt pasienter der schizofreni var angitt som hoveddiagnose, og for disse pasientene var mer enn halvparten av oppholds døgnene i det psykiske helsevernet for voksne basert på vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Pasientgruppen utgjorde 8 prosent av alle pasientene og 20 prosent av døgnpasientene i det psykiske helsevernet for voksne dette året, men 62 prosent av alle døgn under tvang, 72 prosent av tvangsbehandlingsvedtakene, 36 prosent av tvangsmiddelvedtakene og 48 prosent av alle innrapporterte vedtak om skjerming gjelder denne gruppen av pasienter. 10 prosent av tvangsinnleggelsene gjelder pasienter der ruslidelse rapporteres som eneste diagnosekode, og denne gruppen assosieres spesielt med tvungen observasjon uten påfølgende vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Tabell 3.2 presenterer nøkkeltall for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne i perioden 2010 - 2014 slik dette er beregnet med utgangspunkt innrapporterte data til NPR. Tall som gjelder tvangsinnleggelser, tvangsinnlagte og døgn under tvang er gjennomgående korrigert for mangelfull innrapportering. Tall som gjelder andre tvangsformer er ikke korrigert på tilsvarende måte og må fortolkes som minimumsestimat. De ulike tallene vil bli nærmere omtalt under.

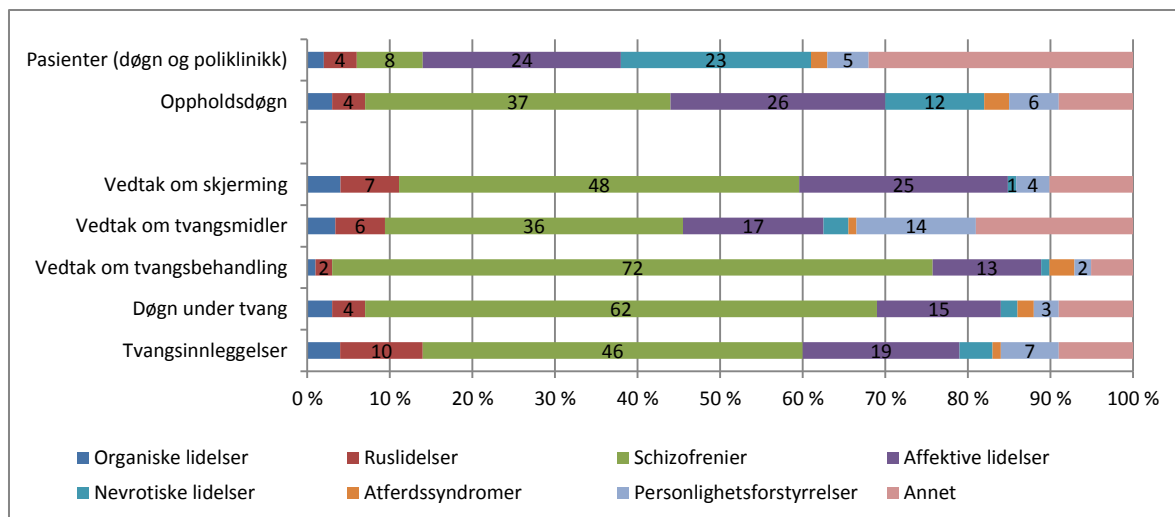
---

<sup>8</sup> IS-2348: "Samdata Spesialisthelsetjenesten 2014", Helsedirektoratet, 2015.

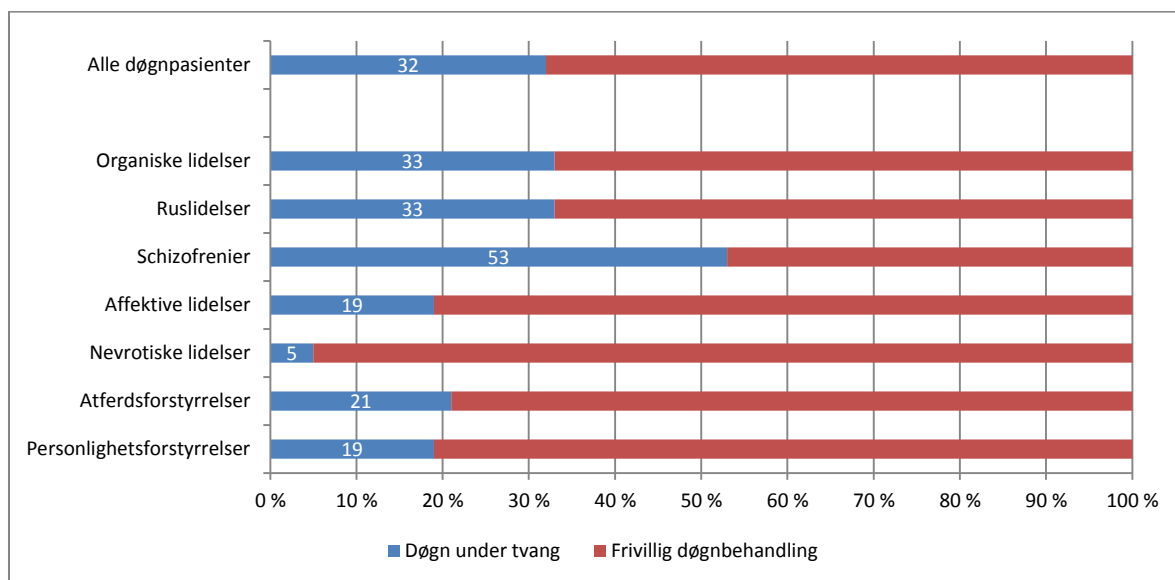
Tabell 3.2 Nasjonale nøkkeltall for bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 – 2014.

	2013	2014	Prosent endring 2010-2014	Prosent endring 2013-2014
<b>Tvangsinnleggelser</b>				
Totalt (tv obs og TPH) <sup>1</sup>	7 691	7 980	0,3	3,8
Tv observasjon uten etablering av TPH <sup>1</sup>	2 515	2 631	-11,3	4,5
Varighet, gjelder opphold med TPH (median antall døgn)	30	32		
Varighet tvang <sup>2</sup> , gjelder opphold med TPH (median antall døgn under tvang)	26	27		
Døgn under tvang (antall 1.jan - 31.des) <sup>1</sup>	337 386	351 177		4,1
Døgn under tvang (andel 1.jan - 31.des) <sup>1</sup>	30	32		
<b>Pasienter under tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern</b>				
Tvangsinnlagt i året <sup>1,3</sup>	5 452	5 596	2,1	2,6
TUD-pasienter <sup>3,4</sup>	2 192	2 422		
TPH-pasienter m/u døgnopphold <sup>1,3</sup>		5 147		
Tvangsbehandlet <sup>3,4</sup>	1 337	1 502		
<b>Tvangsmidler og skjerming</b>				
Antall pasienter tvangsmidler og skjerming <sup>3,4</sup>	2 204	2 514		
• Antall pasienter tvangsmidler <sup>3,4</sup>		1 415		
• Antall pasienter skjerming <sup>3,4</sup>		1 935		
Vedtak om skjerming <sup>4</sup>		4 507		
Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler <sup>4</sup>		2 802		
Vedtak om isolasjon <sup>4</sup>		1 483		
Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler <sup>4</sup>		1 080		
Vedtak om holding <sup>4</sup>		1 781		

- 1) Korrigert for mangelfull innrapportering.
- 2) Gjelder antall døgn under tvungen tilbakeholdelse for utskrivninger fra opphold med vedtak om tvungent psykisk helsevern. Eventuelle døgn under tvungen observasjon inngår.
- 3) Gjelder unike pasienter med vedtak om hhv tv obs/ TPH/ TUD/ tvangsmidler/ skjerming i året som studeres.
- 4) Tallet er ikke korrigert for mangelfull rapportering. Komplettheten i materialet er ikke kjent og økning over tid kan skyldes økt innrapportering. Endringstall beregnes derfor ikke.



Figur 3.1 Bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne i 2014. Ulike tvangsformer fordelt etter pasientens hoveddiagnose.



Figur 3.2 Døgn under tvungen tilbakeholdelse ved døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne i 2014. Andeler, fordelt etter pasientens hoveddiagnose<sup>1</sup>.

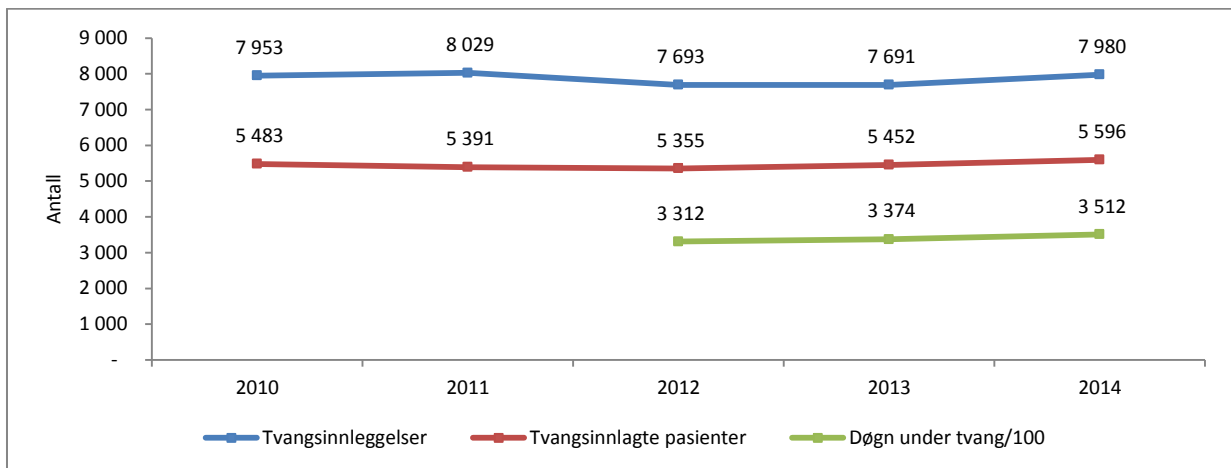
1) Andel døgn under tvang er korrigeret for mangelfull innrapportering.

### 3.3.1 Tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern – nasjonale tall

Figur 3.3 viser utvikling i antall tvangsinnleggelse, tvangsinnlagte pasienter og døgn under tvang i perioden 2010 – 2014, mens figur 3.4 viser hvordan utviklingen har vært dersom tallene justeres for befolkningsvekst i samme periode.

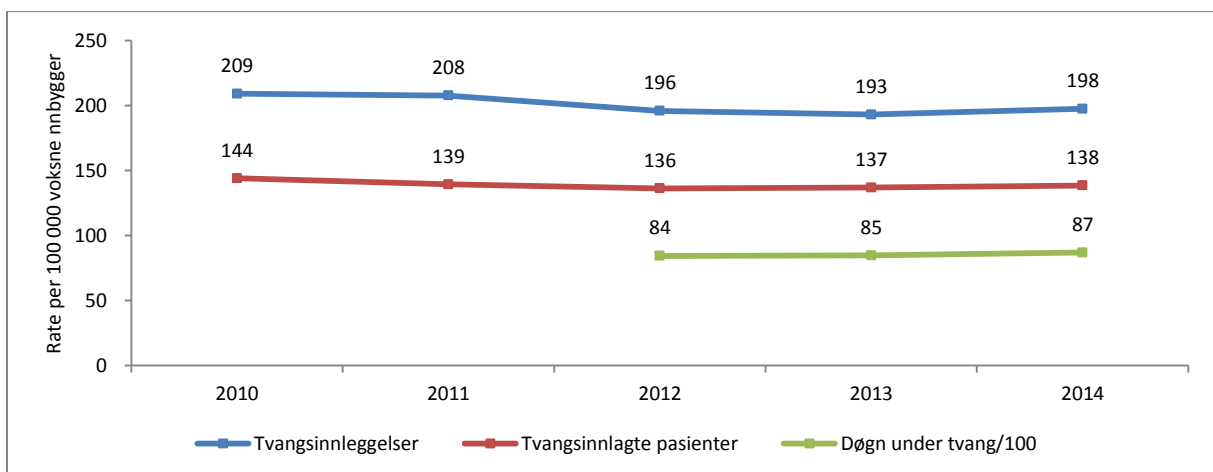
Etter en liten reduksjon i antall tvangsinnleggelse fra 2011 til 2013 viser utviklingen fra 2013 til 2014 igjen økning i tvangsinnleggelse fra 2013 til 2014. Økningen utgjør 3,8 prosent og var større enn befolkningsveksten i samme periode. Med dette øker også den befolkningskorrigerede raten for tvangsinnleggelse siste år i perioden som studeres. For perioden 2010 – 2014 samlet har likevel antall tvangsinnleggelse økt mindre enn befolkningsveksten, og raten er dermed redusert fra 209 tvangsinnleggelse per 100 000 voksne innbyggere i 2010 til 198 tvangsinnleggelse per 100 000

voksne innbyggere i 2014. Antall tvangsinnlagte pasienter og antall døgn under tvang ser ut til å øke noe mer enn antall tvangsinnleggelses. Det kan altså se ut til at man har en forsiktig dreining mot færre, men lengre tvungne opphold per pasient. Det kan imidlertid ikke utelukkes at dette resultatet skyldes forhold ved datagrunnlaget. For 2014 viser gjennomgangen at 77 prosent av pasientene som hadde vært tvangsinnlagt dette året hadde én tvangsinnleggelse. 200 pasienter hadde hatt fire eller flere tvangsinnleggelses i løpet av 2014.



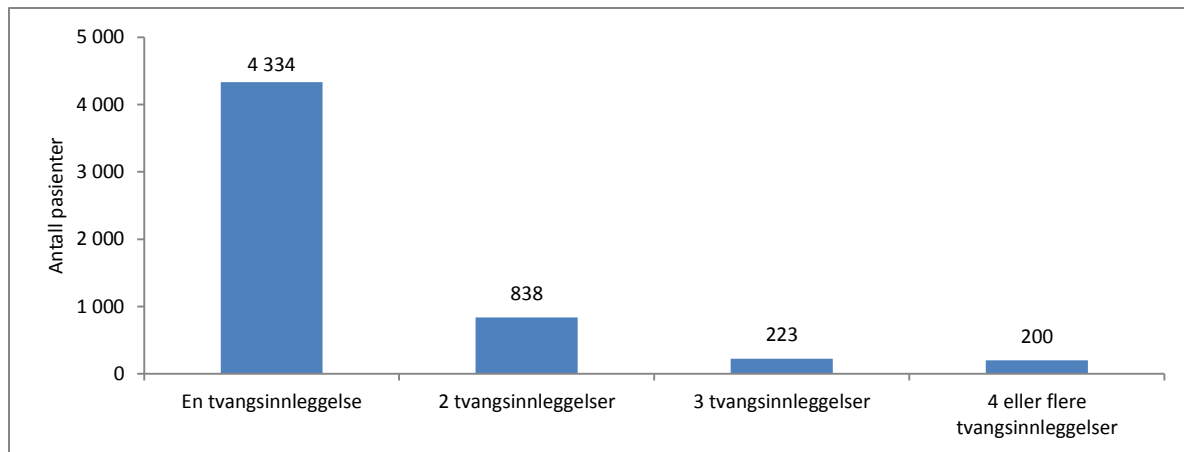
Figur 3.3 Tvangsinnleggelses, tvangsinnlagte pasienter og døgn under tvang i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 - 2014<sup>1,2</sup>.

- 1) Korrigeret for mangelfull innrapportering.
- 2) Tall for 2013 er estimert på nytt og med utgangspunkt i samme utvalg og metodikk som for 2014. Dette for å ivareta sammenlignbarhet i perioden.



Figur 3.4 Tvangsinnleggelses, tvangsinnlagte pasienter og døgn under tvang i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 - 2014. Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre<sup>1,2</sup>.

- 1) Korrigeret for mangelfull innrapportering.
- 2) Tall for 2013 er estimert på nytt og med utgangspunkt i samme utvalg og metodikk som for 2014. Dette for å ivareta sammenlignbarhet i perioden.

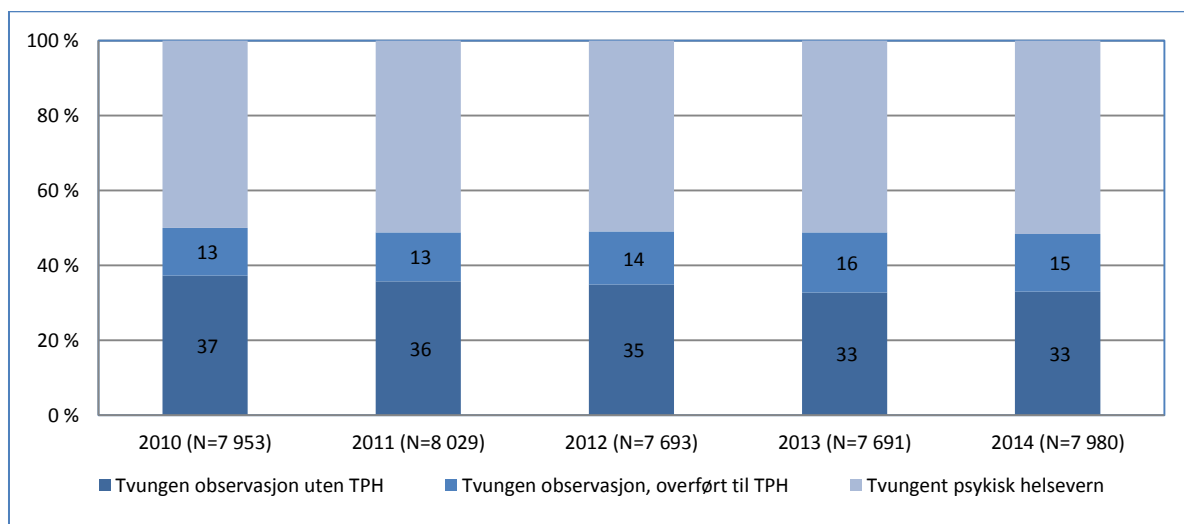


Figur 3.5 Tvangsinnleggelse per tvangsinnlagte pasient i det i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 (N = 5 596 pasienter)<sup>1</sup>.

1) Antall pasienter er korrigeret for mangelfull innrapportering.

I 2014 ble 48 prosent av tvangsinnleggelsene innledet med tvungen observasjon, og for 2 av 3 observasjonsopphold ble det ikke etablert tvungent psykisk helsevern. Andelen varierer fra 59 til 75 prosent for de offentlige helseforetakene, se tabell 3.8.

Bruken av tvungen observasjon har avtatt i perioden 2010 – 2014, og gjennomgangen av data viser også at tvungent psykisk helsevern oftere etableres etter tvungen observasjon i 2014 sammenlignet med i 2010. Estimerte tall for 2014 viser 2 631 innleggelse til tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern dette året. Tilsvarende tall for 2010 er estimert til 2 964 innleggelse. Denne endringen kan være et uttrykk for mer restriktiv praksis knyttet til bruken av tvungen observasjon. Utviklingen i perioden 2010 – 2014 er illustrert ved figur 3.6.



Figur 3.6 Innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010 - 2014, prosentvis fordeling<sup>1</sup>.

1) Antall tvangsinnleggelse (=N) er korrigeret for mangelfull innrapportering.

Tabell 3.3 Døgn under tvang for opphold med tvungen tilbakeholdelse. Prosentvis fordeling for avsluttede opphold i 2014.

Varigheten	Alle opphold med vedtak om tv obs og TPH	Bare opphold med vedtak om TPH
<1 uke	36	23
1-2 uker	18	12
2- 5 uker	18	24
5-14 uker	18	26
14-26 uker	6	9
1/2-1 år	3	4
Mer enn 1 år	1	2
Totalt	100	100
N <sup>1)</sup>	7604	5 112
Median varighet (antall døgn)	18	31
Median varighet under tvang (antall døgn)	12	27

1) Gjelder utskrivninger fra døgnopphold basert på tvang i 2014, ikke korrigert for mangelfull innrapportering.

Dersom alle opphold med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern vurderes samlet, viser beregninger basert på utskrivninger i 2014 at vedtaket om tvungen tilbakeholdelse ble opphevet i løpet av én uke for 36 prosent av oppholdene. En stor andel av disse oppholdene vil være tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern, men også for opphold med vedtak om tvungen psykisk helsevern opphørte tvungen innen sju dager for 1 av 4 opphold. Innen 27 døgn hadde vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold opphørt for halvparten av pasientene<sup>9</sup>. Vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ble opprettholdt utover 6 måneder for 6 prosent av oppholdene og hadde varighet utover ett år for 2 prosent av oppholdene<sup>10</sup>.

### Vilkår

For at en person skal kunne underlegges tvungent psykisk helsevern, må pasienten ha «alvorlig sinnslidelse», jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd. I tillegg må minst ett av fire alternative tilleggsvilkår være oppfylt, hvorav to er knyttet til behovet for behandling (behandlingsvilkåret, hhv forbedring og forverring) og to er knyttet til fare (farevilkåret, hhv fare for pasienten selv og fare for andre). Dette er nærmere omtalt i kapittel 1 (Lovgrunnlag). Debatten om bruk av tvang i psykisk helsevern har blant annet vært knyttet til spørsmålet om berettigelsen av behandlingsvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern.

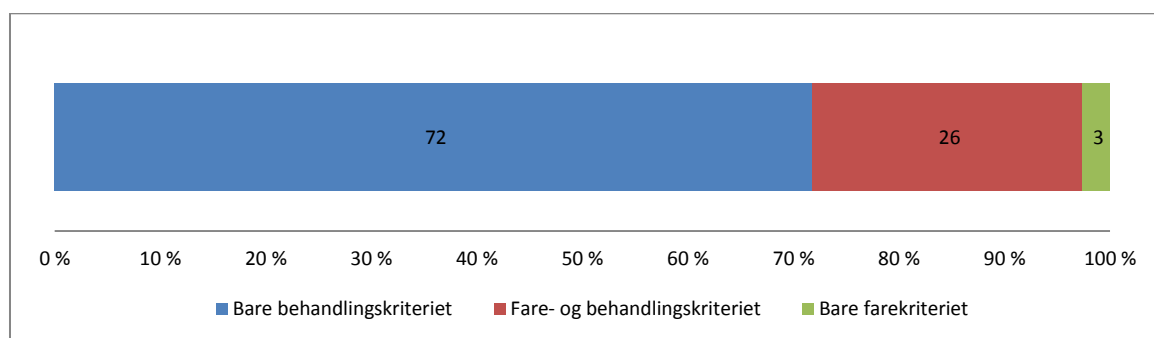
Rapportering av aktuelle tilleggsvilkår inngår som en del av rapporteringsplikten til NPR ved vedtak om tvungent psykisk helsevern, og gjennomgang av data for 2014 viser at det kan knyttes minst ett registrert tilleggsvilkår til 88 prosent av oppholdene hvor tvungent psykisk helsevern ble etablert. Figur 3.7 viser hvordan innrapporterte vilkår for 2014 fordeler seg mellom farevilkåret og

<sup>9</sup> Dette innebærer enten at pasienten var overført til frivillig behandling, at behandlingen var avsluttet eller at pasienten var skrevet ut til TUD.

<sup>10</sup> Eventuelle døgn under tvungen observasjon før tvungent psykisk helsevern etableres inngår.

behandlingsvilkåret. I henhold til innrapporteringen begrunnes vedtak om tvungen psykisk helsevern i farekriteriet for 30 prosent av innleggelsene. Forbedringsvilkåret benyttes noe hyppigere enn forverring, noe som nok skyldes at registreringen skjer ved starten av et opphold da begrunnelsen for tvangsvernet nettopp er bedringspotensiale. Fare for seg selv benyttes noe hyppigere enn fare for andre. Pasientdata for 2014 tilsier at anslagsvis 650 innleggelser ble begrunnet i at pasienten ble vurdert å utgjøre en fare for andre.

Andel opphold begrunnet i farevilkåret er betydelig lavere for 2014 enn vist i tilrettelegginger av data fra tidligere år. Bruk av ugyldige koder har vært et problem ved innrapportering av vilkår til NPR, og det er usikkert om datagrunnlaget fortsatt kan være påvirket av dette. Resultatet og komplettheten i grunnlaget for 2014 er derfor usikkert.



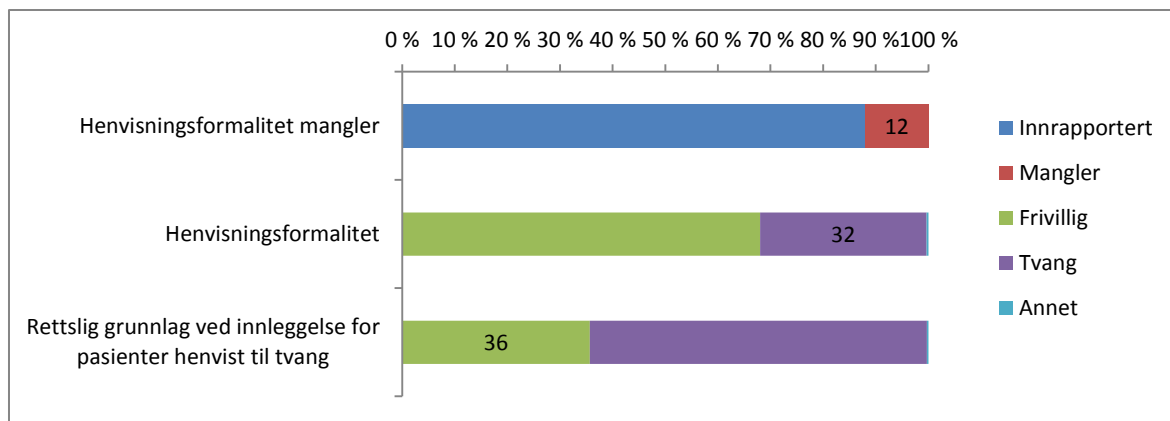
Figur 3.7 Vilkår for etablering av tvungen psykisk helsevern ved innleggelse i det psykiske helsevernet for voksne i 2014<sup>1</sup>.

1) Korrigert for mangelfull innrapportering gjelder dette 5 350 døgnopphold.

### Henvissingsformalitet

Ved etablering av tvungen psykisk helsevern må pasienten først være undersøkt og henvist av en lege som er uavhengig av den institusjonen pasienten henvises til. Dette vil ofte være fastlege eller legevakt. Deretter skal vedtaksansvarlig ved den institusjonen det søkes innleggelse til etter personlig undersøkelse av pasienten vurdere om vilkårene for tvungen observasjon/ tvungen psykisk helsevern er oppfylt, og treffe vedtak om å etablere eller ikke etablere tvang. Denne vurderingen skal skje innen 24 timer etter ankomst.

I datagrunnlaget for 2014 er forholdet mellom henvissingsformalitet og rettslig grunnlag ved innleggelse studert ved å se på rettslig grunnlag for *første døgnopphold* i nye henvissingsperioder (totalt 34 316 henvissingsperioder). 12 prosent av henvissingsperiodene manglet informasjon om henvissingsformalitet, men blant de øvrige var 32 prosent henvist til tvungen observasjon/ tvungen psykisk helsevern. For 64 prosent av disse ble det fattet vedtak om tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern ved innleggelse i det psykiske helsevernet for voksne. Dersom denne fordelingen er representativ, innebærer dette anslagsvis 3 900 innleggelser hvor henvisers anmodning om tvungen innleggelse ikke ble tatt til følge av vedtaksansvarlig i det psykiske helsevernet. Dette er pasienter som ble holdt tilbake i inntil 24 timer i påvente av vurdering. At pasienten ikke oppfyller definerte vilkår kan skyldes endringer i pasientens tilstand, men avvisning kan også skyldes mangel på kompetanse eller rutiner hos henvisende instans.



Figur 3.8 Henvisningsformalitet og rettslig grunnlag ved innleggelse for nye henvisningsperioder i 2014 (N= 34 316).

### 3.3.2 Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern - Geografiske forskjeller

Forskjeller i omfang av tvang kan gjelde variasjon mellom ulike geografiske områder eller variasjon mellom behandlingstilbud. Med den første innfallsvinkelen tar man utgangspunkt i befolkningens faktiske bruk av helsetjenester, uavhengig av behandlende institusjon, mens den andre innfallsvinkelen har som mål å sammenligne institusjoner for å avdekke eventuelle uønskede praksisforskjeller. Tilgjengelighet og utforming og organisering av behandlingstilbudet kan imidlertid påvirke bruken av helsetjenester og vice versa, og ulike behov i befolkningen vil ha betydning for begge innfallsvinkler.

Gjennomgangen som følger tar utgangspunkt i befolkningens bruk av helsetjenester og ser på forskjeller mellom bostedsområder. Analysene tar med det utgangspunkt i hvor pasienten bor, og ikke hvor pasienten er behandlet. Funksjonsfordeling mellom helseforetakene vil derfor ikke påvirke resultatene. I all hovedsak behandles likevel pasienter i det psykiske helsevernet ved det helseforetaket de sokner til. Eventuelle praksisforskjeller knyttet til tvangsbruk, vil derfor avspeiles i tallene. Tallene er standardisert i forhold til antall voksne innbyggere i foretakenes opptaksområde og korrigert for manglende innrapportering. Kompletteringen gjelder i all hovedsak Midt-Norge og i noen grad Oslo-området. Dette skyldes mangler i innrapporteringen fra Oslo universitetssykehus HF (29 prosent av innleggelsene mangler informasjon om rettslig grunnlag), Helse Møre og Romsdal HF (46 prosent mangler), St Olavs hospital HF (15 prosent mangler) og Helse Nord-Trøndelag HF (20 prosent mangler).

Figur 3.9 og 3.10 presenterer befolkningskorrigerte rater for antall pasienter under tvungent psykisk helsevern (jfr. TPH-pasienter, TUD er inkludert) og for antall tvangsinnleggelse i 2014. Raten for pasienter under tvungent psykisk helsevern varierer fra 62 per 100 000 voksne innbyggere i Helgeland til 199 i Lovisenbergs opptaksområde. Det er store forskjeller både mellom og innad i hver region. Rater beregnet for de større byene i hver region viser spesielt høye rater for Stavanger og Bergen.

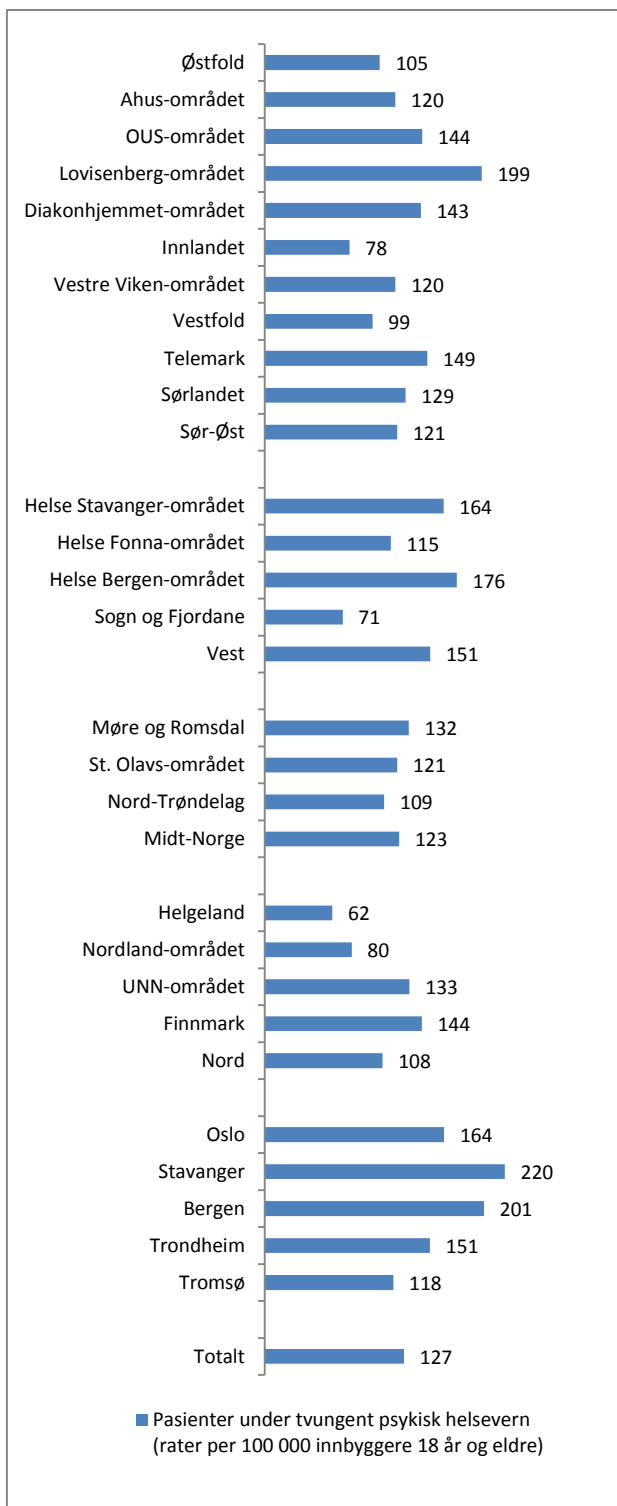
Også for tvangsinnleggelse viser data for 2014 store geografiske forskjeller. I all hovedsak er det slik at de områdene som har mange pasienter under tvungent psykisk helsevern også har høye rater for tvangsinnleggelse. For Troms og Finnmark er imidlertid det relative nivået for tvangsinnleggelse vesentlig høyere enn det relative nivået for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Figuren som illustrerer forskjeller i tvangsinnleggelsesrater viser også at tvungen observasjon brukes forskjellig.



Raten for tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern er lavere i hovedstadsområdet enn i landet for øvrig. Dette kan blant annet skyldes alternative tilbud for pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk, da tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern ofte ser ut til å gjelde denne pasientgruppen.

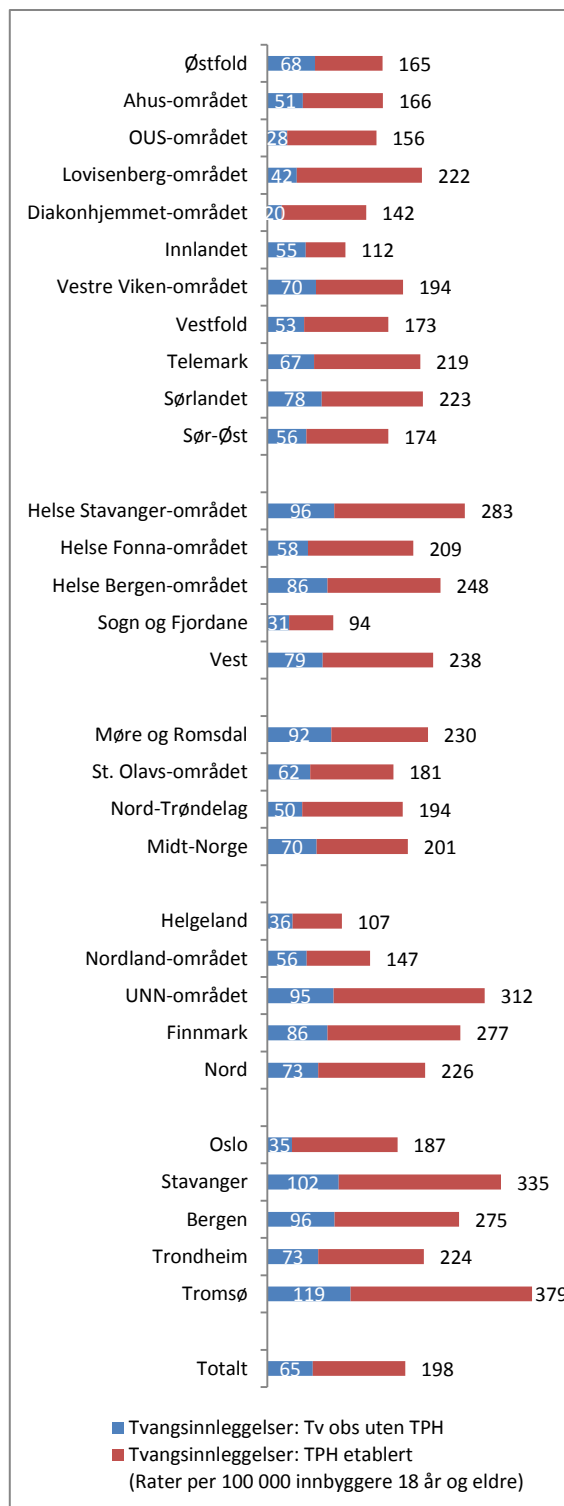
Figur 3.11 og 3.12 viser forskjeller i varighet av tvungent psykisk helsevern og i omfanget av tvungen døgnbehandling, målt ved andel døgn under tvang. Nasjonale tall viser at 32 prosent av oppholdsdøgnene i det psykiske helsevernet for voksne var basert på et vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i 2014, og at vedtak om tvungent psykisk helsevern ble opprettholdt utover 27 døgn for 50 prosent av de tvungne døgnoppholdene. Median varighet av tvungent psykisk helsevern varierer fra henholdsvis 8,5 og 12,5 døgn i Nord-Trøndelag og Fonna til 47 døgn i Innlandet. Både varigheten og andel døgn under tvang ser ut til å være lavere i Nord enn i Vest og Sør-Øst, men det er forskjeller også innad i regionene. Hovedstadsområdet utmerker seg med en noe høyere andel døgn under tvang enn i landet for øvrig.

Sammenstilling av rater for tvangsinnleggelse, døgn under tvang og pasienter med vedtak om tvungent psykisk helsevern viser at i 15 av 21 områder er beregnede rater for tvangsbruk i tjenestene entydige med hensyn til relativt plassering i forhold til landsgjennomsnittet. Alle indikatorene er da enten lavere eller høyere enn gjennomsnittet. De øvrige områdene har enten relativt mange tvangsinnleggelse men få døgn under tvang, eller motsatt. Dette synliggjør at tvangsinnleggelse alene ikke vil være et robust mål på tvangsbruk i tjenestene, men at områder med mange tvangsinnleggelse oftest også har mange pasienter og oppholdsdøgn under tvungent vern. Sammenstillingen er gjengitt i figur 3.13. I tabell 3.4 er tvangsinnleggesrater per område angitt slik disse er beregnet alle år i perioden 2010 -2014. Oversikten viser at forskjellene mellom områdene er store og vedvarende. Raten er redusert i flere områder mens den øker andre steder. Dette gjelder både fra 2013 til 2014 og i femårsperioden fra 2010 til 2014. Utviklingstallene vil imidlertid kunne være preget av endringer i datakvaliteten i perioden.



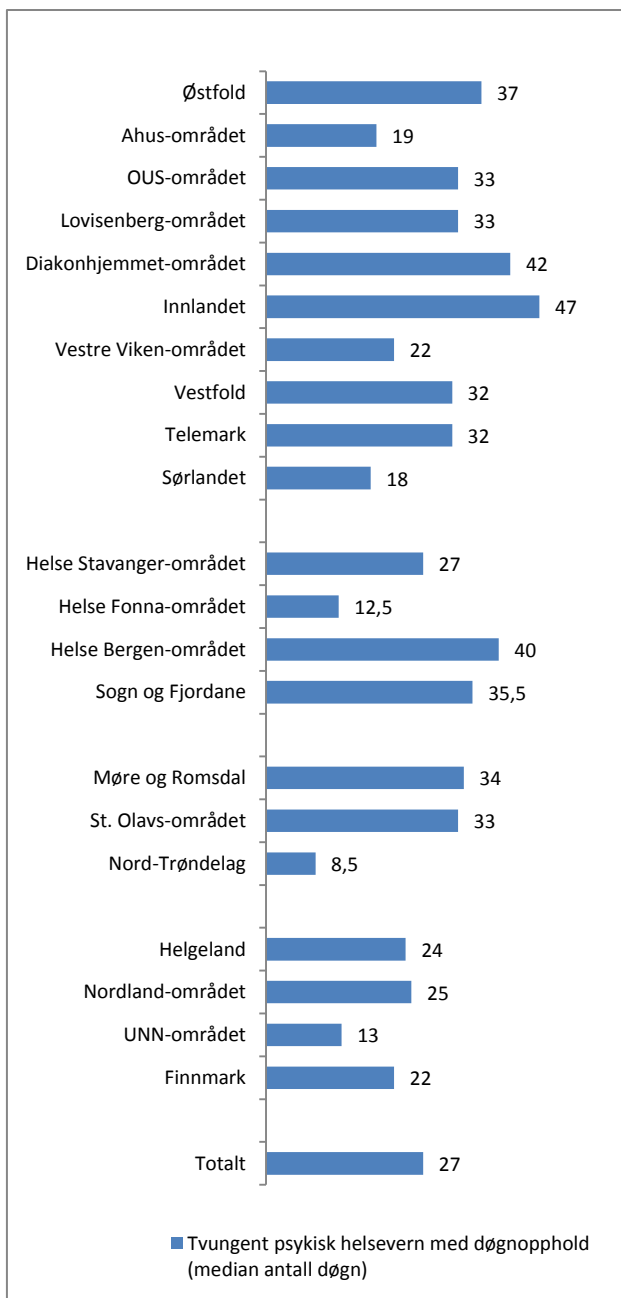
**Figur 3.9**  
Pasienter under tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold i 2014. Antall per 100 000 innbyggere 18 år og eldre og fordelt etter pasientens bosted<sup>1</sup>.

1) Korrigert for mangelfull innrapportering.



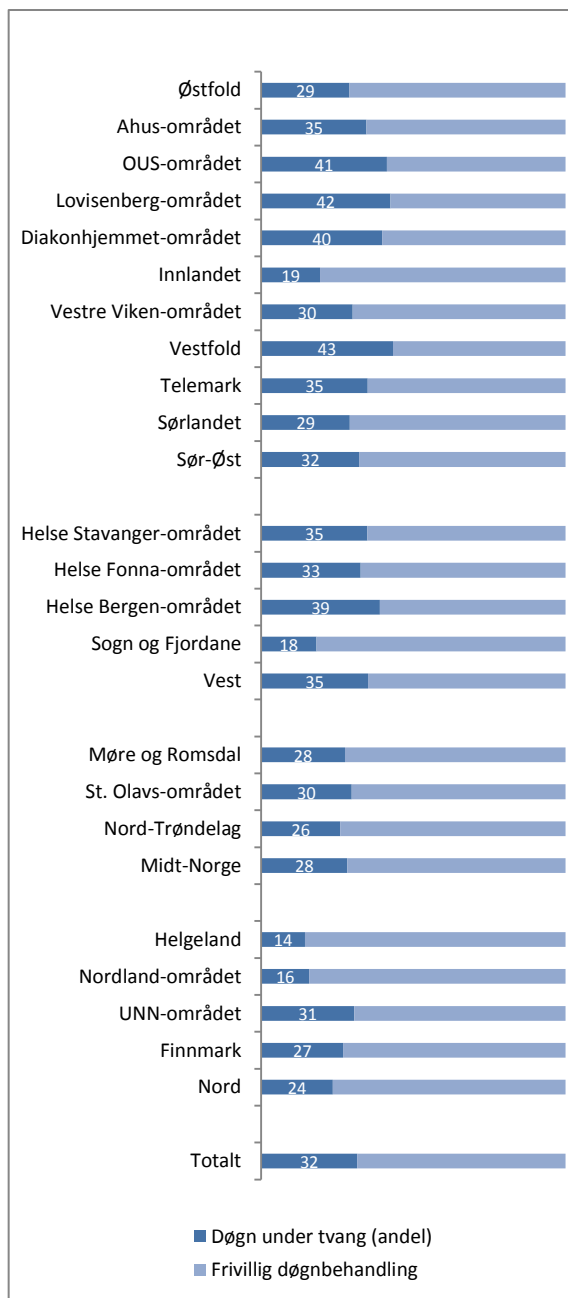
**Figur 3.10**  
Innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i 2014. Antall per 100 000 voksne innbyggere 18 år og eldre og fordelt etter pasientens bosted<sup>1</sup>.

1) Korrigert for mangelfull innrapportering.



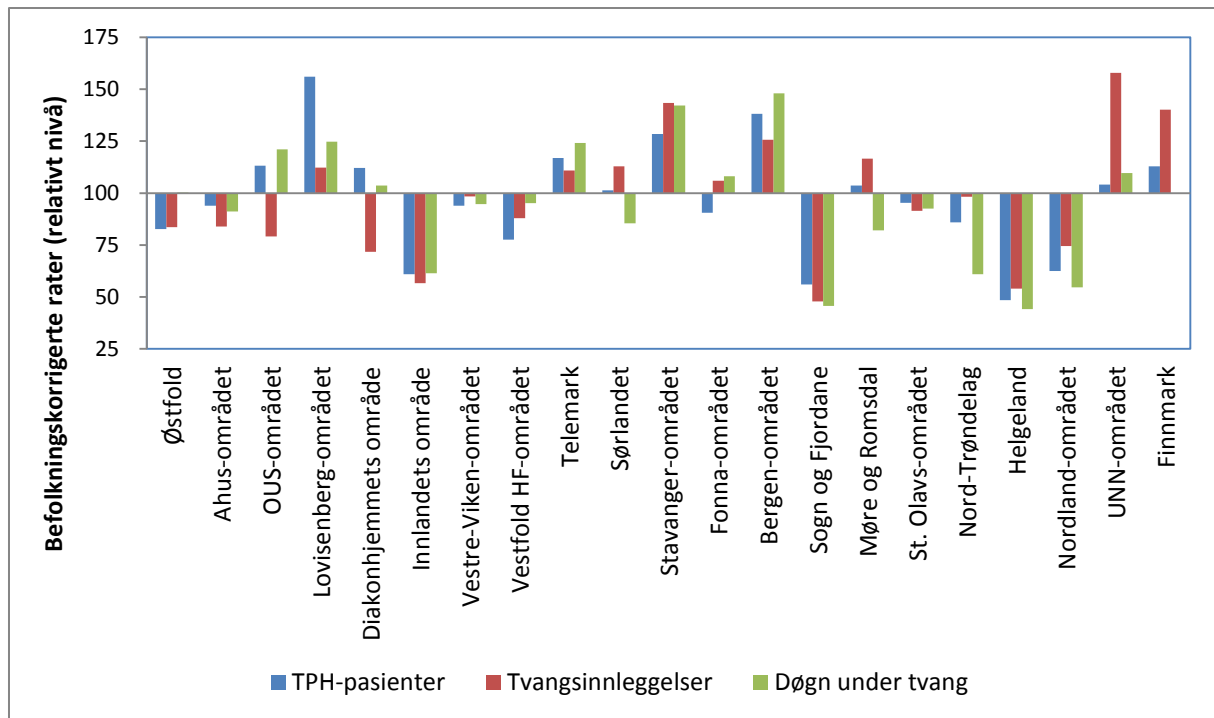
Figur 3.11 Median varighet av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne. Gjelder utskrivninger 2014 og fordelt etter pasientens bosted<sup>1,2</sup>.

- 1) Eventuelle døgn under tvungen observasjon før etablering av tvungent psykisk helsevern inngår.
- 2) Varigheten kan være undervurdert for Midt-Norge fordi innrapportering av rettslig grunnlag for døgnbehandling i denne regionen er særlig mangelfull.



Figur 3.12 Andel døgn under tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Gjelder døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne i 2014 og fordelt etter pasientens bosted<sup>1</sup>.

- 1) Korrigert for mangelfull innrapportering.



Figur 3.13 Befolningskorrigerte rater for bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014. Fordelt etter pasientens bosted og standardisert i forhold til landsgjennomsnittet (landsgjennomsnittet = 100)<sup>1</sup>.

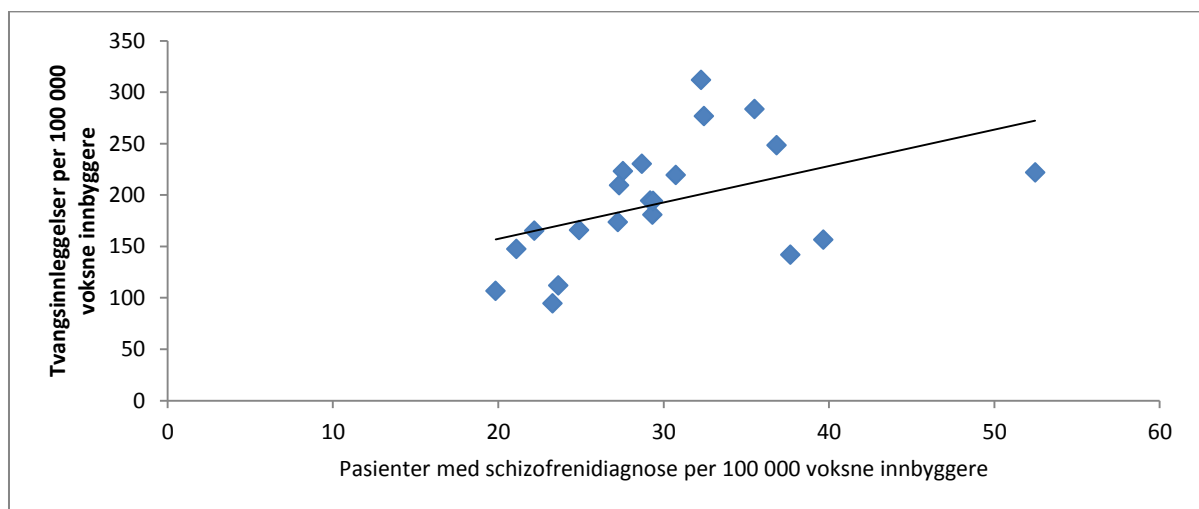
1) Alle rateberegninger er korrigert for mangelfull innrapportering.

Analysene synliggjør at det er store geografiske forskjeller i rater for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Det er også langt på vei de samme relative forskjellene som synliggjøres år etter år. Slike forskjeller vil sannsynligvis både kunne forklares ved forskjeller i befolkningen sykkelighet og ved praksisforskjeller. Bruken av tvang er i særlig grad knyttet til pasienter diagnostisert med schizofreni, og man kan derfor forvente at områder med høyere forekomst av schizofreni også bruker mer tvang i sine tjenester. Forekomsten av schizofreni i de ulike områdene er ikke kjent, men pasientdata gir informasjon om antall pasienter i behandling for schizofreni i psykisk helsevern. Gitt entydig diagnostisk praksis antas antall schizofrenipasienter å kunne benyttes som indikator for forekomst i det enkelte området. I figur 3.14 er sammenhengen mellom forekomst av schizofreni og bruk av tvang illustrert ved samvariasjon mellom befolningskorrigert pasientrate for pasienter med schizofrenidiagnose og rate for tvangsinnleggelseser. Figuren viser at antall tvangsinnleggelseser samvarierer med antall schizofrenipasienter og at det er flere tvangsinnleggelseser i områder med mange pasienter fra denne pasientkategorien (korrelasjon = 0,45). Dette tyder på at forskjeller i tvangsbruk i noen grad kan forklares ved forskjeller i befolkningen sykkelighet, men resultatet bør undersøkes nærmere.

Tabell 3.4 Antall tvangsinnleggelseser per 100 000 innbyggere 18 år og eldre i perioden 2010 – 2014. Fordelt etter pasientens bosted<sup>1</sup>.

Bosted	2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2010-2014	Prosent endring 2013-2014
Østfold	233	207	194	185	165	-29	-11
Ahus-området	160	186	176	166	166	3	0
OUS-området	160	148	129	130	156	-3	20
Lovisenberg-området	260	267	253	238	222	-15	-7
Diakonhjemmet-området	146	162	149	155	142	-3	-9
Innlandet	117	111	130	103	112	-5	9
Vestre Viken-området	178	161	162	185	194	9	5
Vestfold	194	167	181	154	173	-10	12
Telemark	247	220	242	248	219	-11	-11
Sørlandet	284	206	200	227	223	-21	-2
Helse Stavanger-området	238	276	262	264	283	19	7
Helse Fonna-området	271	247	230	235	209	-23	-11
Helse Bergen-området	242	240	207	222	248	2	12
Sogn og Fjordane	109	89	105	95	94	-13	0
Møre og Romsdal	Kan ikke beregnes			224	230		3
St. Olavs-området				196	181		-8
Nord-Trøndelag				246	194		-21
Helgeland	129	109	126	113	107	-17	-5
Nordland-området	145	140	152	127	147	2	16
UNN-området <sup>2</sup>	368	363	275	258	312	-15	21
Finnmark	218	249	241	260	277	27	6
Totalt	209	208	196	193	198	-5	2

- 1) Alle rater er korrigert for mangelfull innrapportering.
- 2) Høye rater tidlig i perioden forklares delvis ved registreringspraksis for frivillig innleggelse av TUD-pasienter.

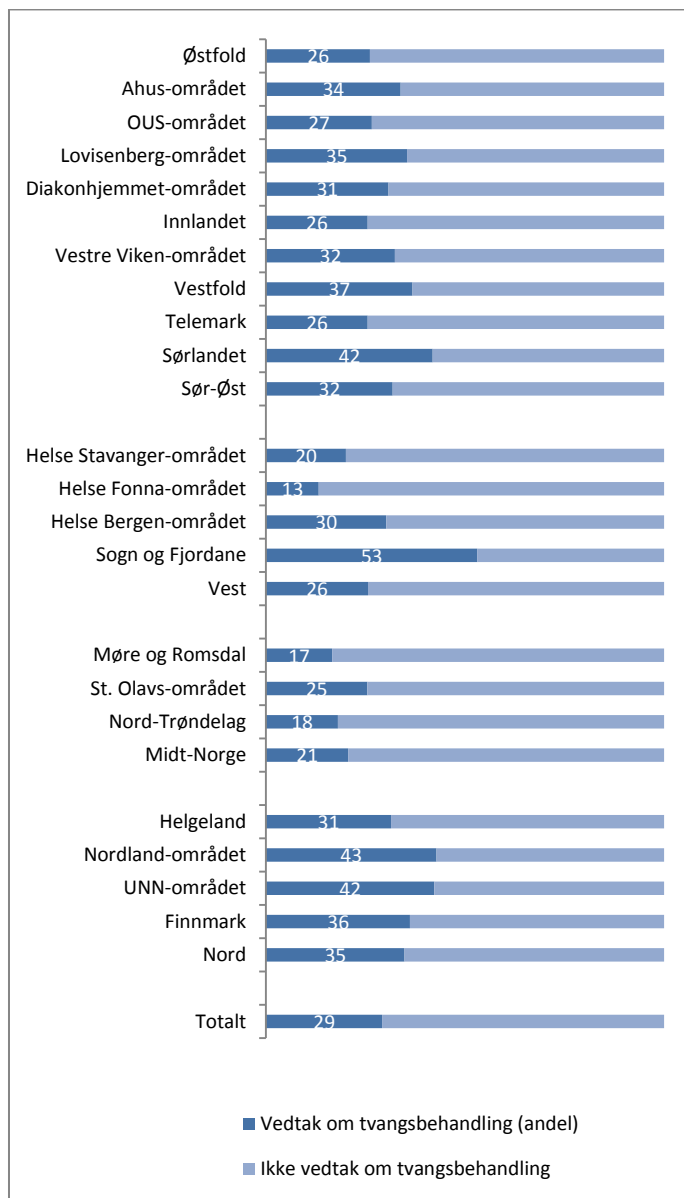


Figur 3.14 Samvariasjon mellom pasienter med schizofrenidiagnose og tvangsinnleggelseser, befolkningskorrigerte rater per bostedsområde i 2014. Korrelasjon = 0,45<sup>1</sup>.

- 1) Rate for tvangsinnleggelseser er korrigert for mangelfull innrapportering.

### 3.3.3 Tvangsbehandling

Den norske lovgivningen skiller mellom tvungen tilbakeholdelse (jf. phvl. § 3-3) og behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling)<sup>11</sup>. Dette innebærer at det stilles krav om et selvstendig vedtak om tvangsbehandling dersom pasienter under vedtak om tvungent psykisk helsevern også skal *behandles* uten eget samtykke. Bruk av tvangsbehandling er regulert i phvl. § 4-4, som forutsetter at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold. Tvangsbehandlingsvedtak vil oftest gjelde tvungen medikamentell behandling eller tvungen ernæring, men loven nevner også andre behandlingsformer som samtalerterapi, arbeidsterapi og miljøterapi som vedtakspliktige dersom behandlingen skjer uten pasientens samtykke.



Figur 3.15 TPH-pasienter med vedtak om tvangsbehandling i 2014, andel fordelt etter pasientens bosted<sup>1</sup>.

- 1) Må fortolkes som et minimumsanslag. Beregnet andel kan være påvirket av mangelfull innrapportering av tvangsbehandlingsvedtak.

<sup>11</sup> Salize m.fl., 2004/ Nordvoll (red), 2013/ OECD, 2013

Tall fra NPR for 2014 viser at det i 2014 ble fattet 2 513 vedtak om tvangsbehandling fordelt på 1 502 pasienter. 94 prosent av vedtakene gjaldt tvangsbehandling med legemidler. Samme år rapporteres løpende vedtak om tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold for om lag av 5 100 pasienter. Dersom innrapporterte tall er komplette innebærer dette at det gjøres vedtak om tvangsbehandling for mindre enn én av tre pasienter under tvungent psykisk helsevern. Figur 3.15 viser geografiske forskjeller i andel TPH-pasienter under tvangsbehandling. Det er uklart i hvilken grad forskjellene skyldes manglende innrapportering av tvangsbehandlingsvedtak. Grunnlagstall per helseforetak er gjengitt i tabell 3.9. Andel pasienter med vedtak om tvangsbehandling må i alle fall holdes opp i mot det faktiske ratetallet for pasienter under tvungent vern da høy andel med samtidig tvangsbehandlingsvedtak også kan være et uttrykk for streng praksis for etablering av tvungent psykisk helsevern.

### 3.3.4 Tvangsmidler og skjerming

*Tvangsmidler* skal bare benyttes når dette er absolutt nødvendig for å forhindre skade på personer eller materielle verdier, jf. phvl. § 4-8. Psykisk helsevernloven hjemler fire former for tvangsmidler; Mekaniske tvangsmidler, farmakologiske tvangsmidler, isolasjon og holding<sup>12</sup>, se kapittel 1. Isolasjon brukes bare i mindre grad i norske psykiatriske sykehus, og ser langt på vei ut til å være erstattet med *skjerming*<sup>13</sup>, som er et til dels særnorsk fenomen. Skjerming innebærer at pasienten holdes borte fra medpasienter, gjerne i en egen del av avdelingen, men med personale til stede. Tiltaket er ikke definert som et tvangsmiddel, og begrunnes i hensynet til behandlingen eller til andre pasienter. Mange pasienter beskriver likevel opplevelse av tvang og avmakt i skjermingssituasjoner<sup>14</sup>.

Informasjon om tvangsmiddelvedtak og skjerming har ikke vært komplett i innrapporteringen til NPR, og det er derfor gjennomført flere manuelle kartlegginger for å følge med på bruken av disse formene for tvang i psykisk helsevern. For perioden 2001 – 2007 ble denne kartleggingen utført av SINTEF<sup>15</sup>, mens kartlegging for 2009 og 2012 er utført av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helseregion Sør-Øst (SIFER)<sup>16</sup>. Resultater fra disse nasjonale kartleggingene er sammenstilt i figur 3.16, som viser antall vedtak for hvert av de fire typene tvangsmiddel samt vedtak om skjerming. Med forbehold om sammenlignbarhet mellom de to datakildene, tyder utviklingen i perioden 2001 -2012 på en økning i det totale antallet vedtak, med en samtidig forskyvning av praksis fra farmakologiske og mekaniske tvangsmidler og over på mer bruk av skjerming, isolasjon og kortvarig fastholding. Innsamlingen fra 2012 viser at det ble fattet til sammen 8 182 vedtak om bruk av tvangsmiddel og 3 318 skjermingsvedtak for til sammen 2 602 pasienter dette året. 74 prosent av alle vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming ble rapportert fra akutt- og sikkerhetsavdelingene.

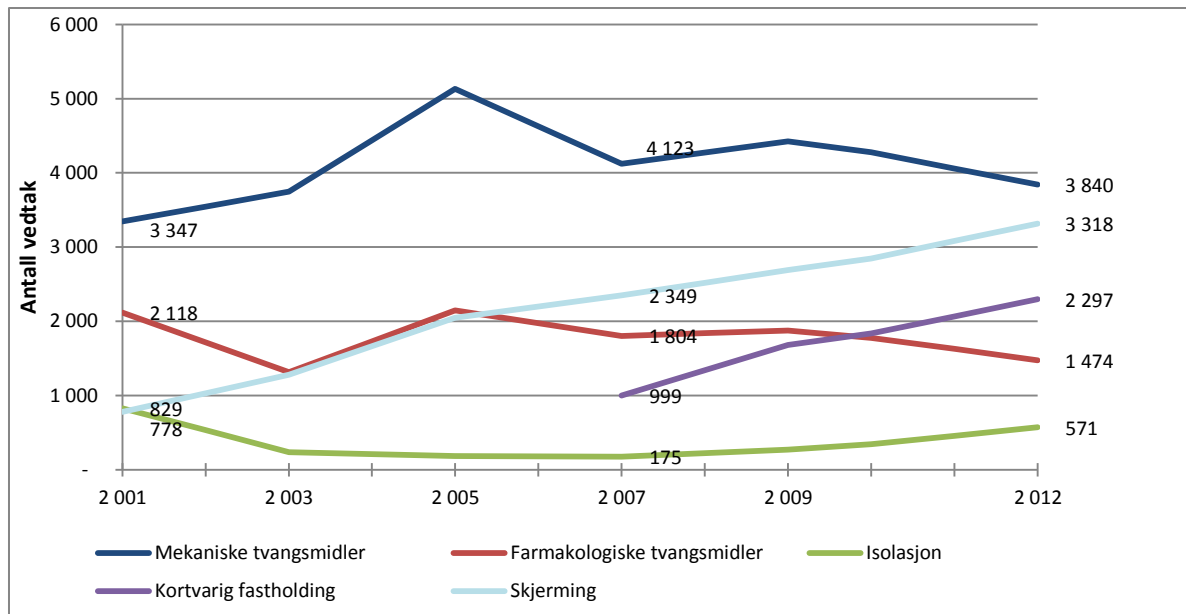
<sup>12</sup> Mekaniske tvangsmidler omfatter i hovedsak ulike former for belter, farmakologiske tvangsmidler er korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt mens isolasjon innebærer å bli innelåst på et rom uten personale til stede.

<sup>13</sup> Høyer og Drange, 1994

<sup>14</sup> Norvoll (red), 2013

<sup>15</sup> Bremnes m.fl., 2009

<sup>16</sup> Knutzen m.fl., 2015



Figur 3.16 Vedtak om tvangsmidler og skjerming fordelt på type vedtak. 2009, 2012 og 2014<sup>1</sup>.

1) Kilde: SINTEF (årene 2001 – 2007)/ SIFER (årene 2009 og 2012)

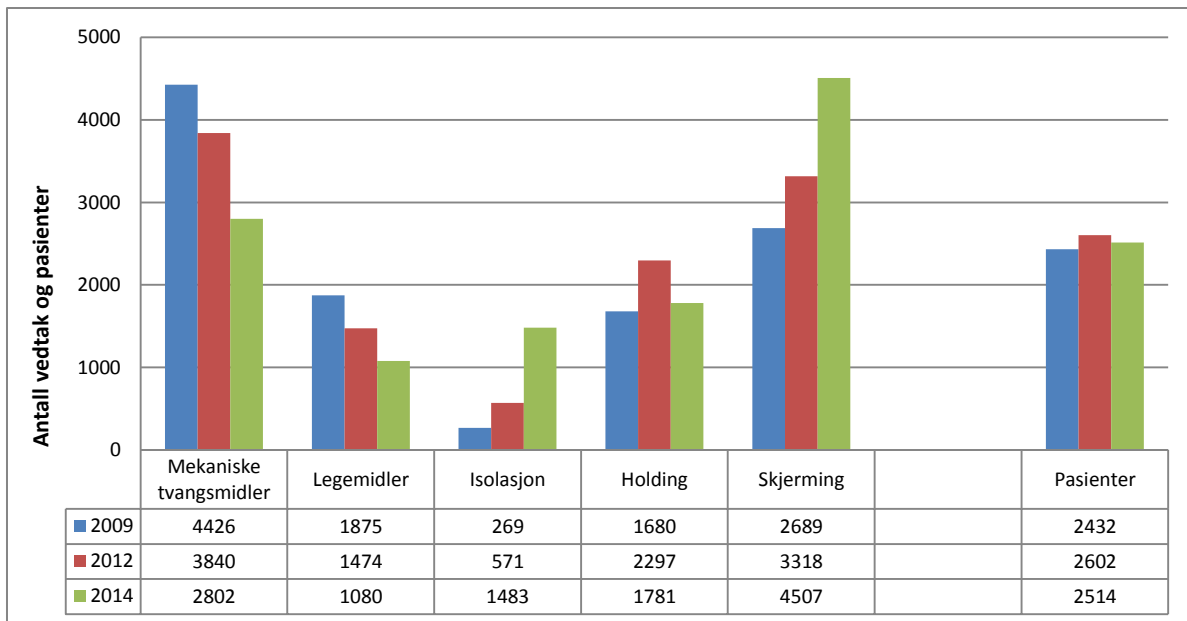
I figur 3.17 og 3.18 er informasjon tvangsmidler og skjerming i 2014 lagt inn slik dette er rapportert inn til NPR for dette året. Det innrapporterte volumet er sammenholdt mot nasjonale tall for 2009 og 2012 slik dette er tilrettelagt og publisert fra SIFER.

Tall til NPR for 2014 viser at det dette året ble tatt

- 2 802 vedtak om mekaniske tvangsmidler
- 1 080 vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler
- 1 483 vedtak om isolasjon
- 1 781 vedtak om holding
- 4 503 vedtak om skjerming

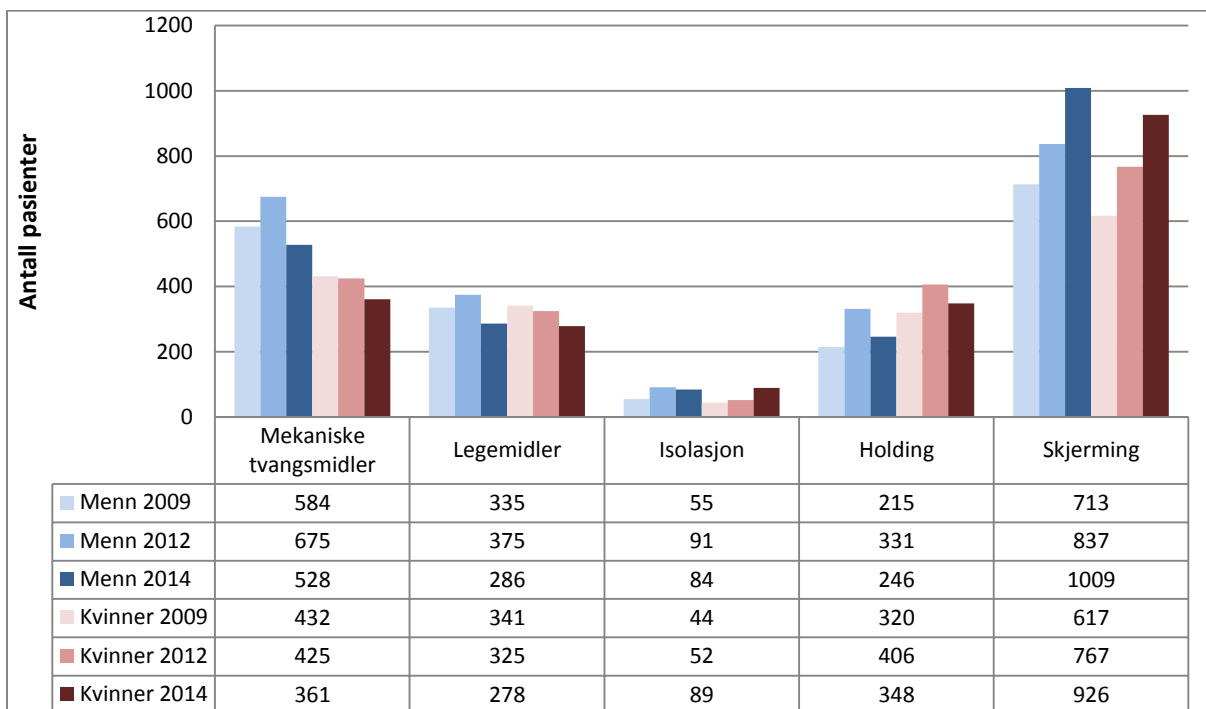
Innrapporteringen gjelder 2 514 pasienter, hvorav 1 415 hadde ett eller flere vedtak om tvangsmiddelbruk. For mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler og holding utgjør antall innrapporterte vedtak for 2014 70 – 75 prosent av vedtak kartlagt for 2012. Vedtakene fordeler seg også mellom færre pasienter. Dette tyder på at innrapporteringen fortsatt er mangelfull. For skjerming tyder innrapporteringen på betydelig og fortsatt vekst. Også for isolasjon er antall innrapporterte vedtak betydelig høyere i 2014 enn det som ble kartlagt for 2012. Gjennomgang av data viser at denne veksten er knyttet til et fåtall pasienter med svært mange, men kortvarige opphold i isolat. Se også tabell 3.10 for en oversikt over innrapporterte vedtak per helseforetak.





Figur 3.17 Antall vedtak om tvangsmidler og skjerming i 2009, 2012 og 2014, fordelt etter type vedtak og antall pasienter<sup>1,2</sup>.

- 1) Data for 2014 er hentet fra NPR. Komplettheten i grunnlaget er ikke kjent.
- 2) Kilde 2009 og 2012: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst, 2015.



Figur 3.18 Pasienter med vedtak om tvangsmidler og skjerming, fordelt etter kjønn og type vedtak. 2009, 2012 og 2014<sup>1,2</sup>.

- 1) Data for 2014 er hentet fra NPR. Komplettheten i grunnlaget er ikke kjent.
- 2) Kilde 2009 og 2012: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst, 2015.

### 3.4 Pasienter med vedtak om tvang i psykisk helsevern

Tabellene 5.5 – 5.7 og figur 3.19 viser kjønns- alders- og diagnosefordeling (ICD-10) for pasienter behandlet i det psykiske helsevernet for voksne i 2014. Fremstillingen tar sikte på å identifisere eventuelle forskjeller mellom ulike pasientpopulasjoner, og skiller mellom døgnpasienter og pasienter som i 2014 hadde vært underlagt ulike typer av tvang; Tvangsinnlagte, TUD-pasienter, pasienter med vedtak om tvangsbehandling og pasienter med ett eller flere vedtak om tvangsmiddelbruk (inkl. skjerming). For tvangsinnlagte skiller det mellom pasienter under tvungent psykisk helsevern (innlagt TPH) og pasienter under tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern (innlagt tv obs).

Hoveddiagnosen er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for, og inndelingen tar utgangspunkt i ICD-10. Det er særlig kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som er av interesse, og fremstillingen deler hoveddiagnosene i følgende tilstandsblokker:

- F00 – F09 Organiske, inklusive symptomatiske lidelser
- F10 – F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
- F20 – F29 Schizofreni, schizofrenityp lidelse og paranoide lidelser
- F30 – F39 Affektive lidelser
- F40 – F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser
- F50 – F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
- F60 – F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne
- F70 – F79 Psykisk utviklingshemming
- F80 – F89 Utviklingsforstyrrelser
- F90 – F98 Atferdsforstyrrelser etc oppstått i barne- og ungdomsalder

Kategorien «Annet» inkluderer F99 fra kapittel V i tillegg til registrering av hovedtilstand fra kapittel VI (G00 – G99) og kapittel XXI (Z00-Z99). For pasienter hvor rusrelatert lidelse (F10 – F19) er rapportert sammen med bidiagnose fra øvrige tilstandsblokker i kapittel V Psykiske lidelser, er bidiagnosen gitt prioritet i tilretteleggingen. Dette for å synliggjøre omfanget av alvorlige psykiske lidelser i gruppen av pasienter underlagt tvang. Forekomsten av rusproblematikk behandles særskilt. Pasienter med rus som hoved- eller tilleggsproblematikk omfatter pasienter i psykisk helsevern med rusrelatert lidelse som hoved- eller bidiagnose og pasienter i psykisk helsevern som også har vært under behandling i TSB siste år.

Gjentatte analyser basert på pasientdata fra NPR har vist at det er flere kvinnelige enn mannlige døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne, mens tvangsinnleggelse i størst grad gjelder menn. Dette gjelder både innleggelse til tvungen observasjon og innleggelse til tvungent psykisk helsevern. For utvalget av pasienter på TUD er overrepresentasjonen av menn enda tydeligere enn for de tvangsinnlagte pasientene. Data for 2014 viser at 58 prosent av TUD-pasientene var menn. Også tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk gjelder flere menn enn kvinner.

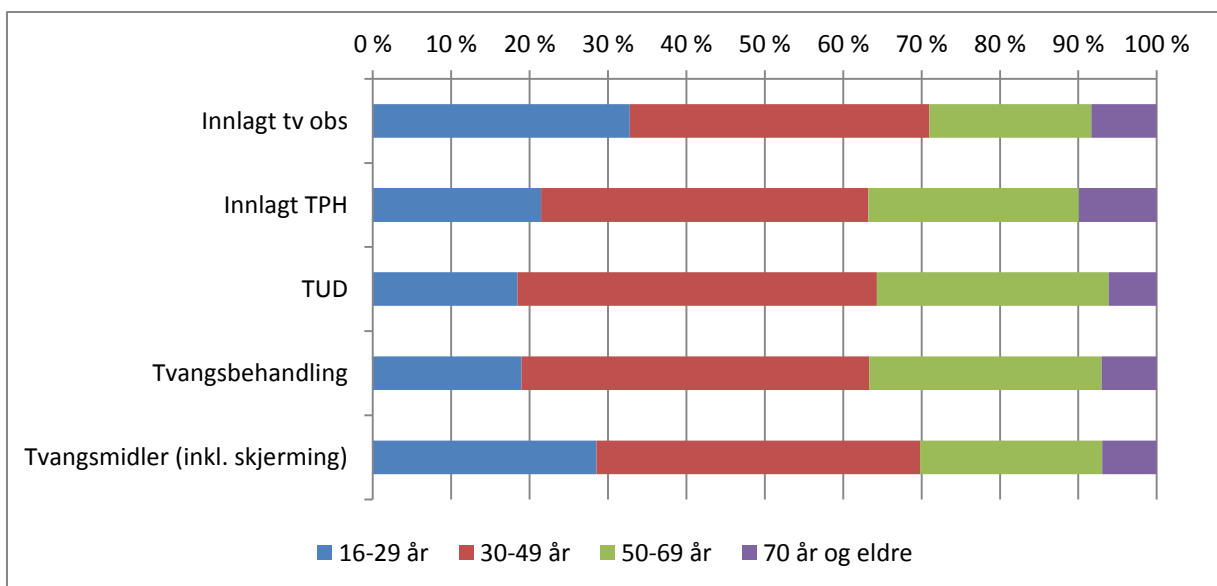
Tabell 3.5 Kjønnfordeling for ulike grupper av pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2014.

Kjønn	Alle døgnpasienter	Pasienter under tvungen behandling					
		Alle tvangsinnlagte	Innlagt tv obs	Innlagt TPH	TUD	Tvangsbehandling	Tvangsmidler
Menn	47	54	55	53	58	52	52
Kvinner	53	46	45	47	42	48	48
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
N	27 195	5 433	1 799	3 634	2 422	1 502	2 514

Tabell 3.6 Aldersfordeling for ulike grupper av pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2014.

Alder	Alle døgnpasienter	Pasienter under tvungen behandling					
		Alle tvangsinnlagt	Innlagt tv obs	Innlagt TPH	TUD	Tvangsbehandling	Tvangsmidler
16-29 år	27	25	33	21	18	19	29
30-39 år	19	22	21	22	24	23	23
40-49 år	19	19	17	19	22	21	19
50-59 år	16	15	14	16	19	19	14
60-69 år	10	9	7	11	10	11	9
70 år +	9	9	8	10	6	7	7
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
N	27 195	5 433	1 466	3 634	2 422	1 502	2 514

Aldersfordelingen for tvangsinnlagte pasienter skiller seg lite fra aldersfordelingen for øvrige døgnpasienter, men figur 3.19 illustrerer at aldersfordelingen varierer noe mellom de ulike gruppene av pasienter under tvang. Tvungen observasjon er mer vanlig for de yngste pasientene, og også vedtak om tvangsmiddelbruk retter seg i større grad mot yngre pasienter. For 2014 var mer enn halvparten av pasientene med vedtak om tvangsmiddelbruk eller skjerming yngre enn 40 år. Tilsvarende fordeling gjelder også for pasienter under tvungen observasjon.



Figur 3.19 Aldersfordeling for ulike grupper av pasienter under tvang i det psykiske helsevernet for voksne i 2014.

Schizofrenilidelser er den vanligste hoveddiagnosen blant tvangsinnlagte pasienter, og data for 2014 viser at 42 prosent av pasientene med minst ett tvungent opphold dette året var diagnostisert med en slik lidelse. Analysene viser videre at dette i stor grad gjelder pasienter i langvarig tvungen døgntilrettelagt behandling med etablering av tvungent psykisk helsevern. For tvang uten døgntilrettelagt behandling var psykoselidelser angitt som hovedtilstand for 3 av 4 pasienter.

Rusrelatert lidelse som hoved- eller tilleggsproblematikk identifiseres for 29 prosent av døgntilrettelagte pasientene i psykisk helsevern i 2014, men dette forekommer hyppigere for pasienter som legges inn til tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern. For 2014 var andelen 44 prosent, og 23 prosent av pasientene lagt inn for tvungen observasjon hadde ruslidelse (F10-19) som eneste diagnoseinformasjon. For pasienter med vedtak om tvangsmiddelbruk identifiseres samtidig ruslidelse for 36 prosent av pasientene. Også nevrotiske lidelser og personlighetsforstyrrelser assosieres først og fremst med tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern.

**Tabell 3.7 Diagnosefordeling (hovedtilstand) og forekomst av rusrelatert lidelse for ulike grupper av pasienter i det psykiske helsevernet for voksne i 2014.**

Hovedtilstand	Alle døgntilrettelagte pasienter	Pasienter under tvungen behandling					
		Alle tvangsinnlagte	Innlagt tv obs	Innlagt TPH	TUD	Tvangsbeh	Tvangsmidler
Organiske lidelser (F0)	3	5	7	4	2	1	4
Rusrelaterte lidelser <sup>1</sup> (F1)	10	11	23	5	3	3	12
Schizofrenier (F2)	20	42	16	55	76	69	40
Affektive lidelser (F3)	27	21	19	22	11	17	24
Nevrotiske lidelser (F4)	18	5	11	2	1	1	3
Atferdssyndromer (F5)	2	1	1	1	1	2	1
Personlighetsforstyrrelser (F6)	6	5	10	3	2	2	6
Psykisk utviklingshemming (F7)	1	1	1	1	0	0	1
Utviklingsforstyrrelser (F8)	1	1	1	1	1	1	1
Atferdsforstyrrelser etc oppstått i barne- og ungdomsalder (F9)	1	1	2	0	0	1	1
Annet	11	7	10	6	3	3	7
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Rus som hoved- eller bidiagnose <sup>2</sup>	29	34	44	29	32	27	36
N	27 195	5 433	1 799	3 634	2 422	1 502	2 514
Diagnose ikke angitt (antall)	304	51	17	34	7	25	32

- 1) Ingen annen tilstandskode fra kap V Psykiske lidelser er rapportert for disse pasientene.
- 2) Inkluderer også pasienter som hadde vært i behandling i TSB siste år.

### 3.5 Bruk av tvang i psykisk helsevern i 2014 – Grunnlagstall per helseforetak

Tabellene 3.8 – 3.10 gir en oversikt over innrapporterte tvangstall for 2014. Fremstillingen viser summerte tall per helseforetak og for private institusjoner i det psykiske helsevernet. Antall pasienter tilsvarer unike pasienter innenfor hvert foretak, og pasienter behandlet ved flere foretak vil inngå i grunnlaget for alle foretak hvor pasienten har vært i behandling. Det nasjonale tallet vil derfor

være noe lavere enn summen av pasienter per foretak. Tilsvarende gjelder også for innleggelser da overføringer mellom foretak er ekskludert i nasjonale tall. På foretaksnivå ekskluderes overføringer mellom poster, avdelinger og behandlingssteder innenfor foretaket.

Tabell 3.8 Rettslig grunnlag ved innleggelse. Innrapporterte pasientdata for 2014, angitt ved antall og per helseforetak.

Helseforetak	Innleggelser totalt	Rettslig grunnlag ved innleggelse						Døgn under tvang (median)
		Frivillig	Tv obs uten TPH	Tv obs m TPH	TPH	Annet	Mangler	
Sykehuset Østfold HF	2 617	2 236	155	55	160	4	7	36
Akershus universitetssykehus HF	3 190	2 459	239	119	366	5	2	18
Oslo universitetssykehus HF	1 552	721	43	29	285	24	450	33
Sykehuset Innlandet HF	3 281	2 923	169	63	116	7	3	46
Vestre Viken HF	3 249	2 515	268	124	324	15	3	22
Sykehuset i Vestfold HF	1 526	1 186	104	64	161	10	1	32
Sykehuset Telemark HF	1 519	1 206	89	39	176	9	0	32
Sørlandet sykehus HF	2 976	2 439	180	50	284	19	4	18
Diakonhjemmets sykehus	539	358	27	12	142	0	0	38
Lovisenberg diakonale sykehus	1 210	845	59	38	264	3	1	33
Andre private med driftsavtale Sør-Øst	2 035	1 981	1	0	8	1	44	
Helse Stavanger HF	2 748	1 998	265	105	352	24	4	29
Helse Fonna HF	1 758	1 435	81	28	182	32	0	12
Helse Bergen HF	3 398	2 553	301	164	355	21	4	38,5
Helse Førde HF	845	763	26	14	39	2	1	33
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	137	61	7	14	55	0	0	41
Betanien DPS	398	380	0	0	0	2	16	
Jæren DPS	673	516	66	20	70	1	0	8
Solli sykehus	401	401	0	0	0	0	0	
Voss DPS, NKS Bjørkeli	182	182	0	0	0	0	0	
Helse Møre og Romsdal HF	2 530	1 048	108	32	132	34	1 176	31,5
St. Olavs Hospital HF	3 417	2 496	129	45	207	29	511	34
Helse Nord-Trøndelag HF	1 320	856	48	20	128	1	267	8,5
Private med driftsavtale Helse Midt-Norge	34	3	0	0	0	0	31	
Helgelandssykehuset HF	257	249	0	0	0	0	8	
Nordlandssykehuset HF	1 595	1 369	81	28	111	4	2	25
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	2 875	2 233	190	90	340	20	2	15
Helse Finnmark HF	735	729	0	0	0	2	4	
Private med driftsavtale Helse Nord	489	223	0	0	0	1	265	
SUM pasientopphold <sup>1</sup>	46 266	35 657	2 511	1 171	3 933	249	2 745	27
Korrigert for missing	46 266	38 027	2 630	1 227	4 123	259		

- 1) Summen av innleggelser per helseforetak er høyere enn antall innleggelser totalt (overføringer mellom foretakene er ekskludert i nasjonale tall).
- 2) Fordelingen er basert på innleggende foretak. Gjelder døgn under tvang for avsluttede opphold med vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Tabell 3.9 Tvangsbehandling og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Vedtak og pasienter i innrapporterte pasientdata for 2014, angitt per helseforetak.

Helseforetak	Antall vedtak				Antall pasienter	
	Tvangsbehandling med legemidler	Tvungen ernæring	Annen tvangsbehandling	Totalt	Tvangsbehandlingsvedtak	TUD
Sykehuset Østfold HF	108	0	0	108	58	99
Akershus universitetssykehus HF	261	7	0	268	153	218
Oslo universitetssykehus HF	151	10	7	168	110	112
Sykehuset Innlandet HF	82	4	0	86	56	92
Vestre Viken HF	227	26	0	253	142	206
Sykehuset i Vestfold HF	79	0	0	79	63	78
Sykehuset Telemark HF	82	4	0	86	54	103
Sørlandet sykehus HF	188	28	0	216	125	178
Diakonhjemmets sykehus	70	0	0	70	38	74
Lovisenberg diakonale sykehus	181	14	0	195	108	209
Andre private med driftsavtale Sør-Øst	0	0	14	14	6	4
Helse Stavanger HF	127	2	10	139	78	154
Helse Fonna HF	28	1	0	29	21	99
Helse Bergen HF	257	20	1	278	161	267
Helse Førde HF	49	0	0	49	32	31
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	5	0	0	5	5	1
Betanien DPS	53	0	0	53	23	43
Jæren DPS	23	1	0	24	15	23
Solli sykehus	10	0	0	10	7	19
Voss DPS, NKS Bjørkeli	0	0	0	0	0	0
Helse Møre og Romsdal HF	47	1	0	48	40	116
St. Olavs Hospital HF	115	2	3	120	79	139
Helse Nord-Trøndelag HF	31	2	0	33	26	77
Helgelandssykehuset HF	0	0	0	0	0	0
Nordlandssykehuset HF	57	1	0	58	48	53
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	121	2	1	124	96	139
Helse Finnmark HF	0	0	0	0	0	0
						2
Totalt <sup>1</sup>	2 352	125	36	2 513	1 502	

- 1) Summen av pasienter per helseforetak er høyere enn antall pasienter totalt (unike personer uavhengig av behandlingssted) fordi samme pasient kan være behandlet flere steder.

Tabell 3.10 Tvangsmidler og skjerming. Vedtak og pasienter i innrapporterte pasientdata for 2014, angitt per helseforetak.

Helseforetak	Pasientdata 2014						SIFER Kartlegging 2012 <sup>2</sup>		
	Antall vedtak						Antall pasienter	Antall vedtak totalt	Antall pasienter
	Skjerming	Mekaniske tvangsmidler	Isolering	Korttidsvirkende legemidler	Holding	Totalt			
Sykehuset Østfold HF	158	159	1	38	62	418	112	424	137
Akershus universitetssykehus HF	441	243	1	113	54	852	279	1 135	313
Oslo universitetssykehus HF	475	412	38	74	103	1102	166	1 082	174
Sykehuset Innlandet HF	203	75	370	74	268	990	141	669	200
Vestre Viken HF	266	378	1	147	139	931	214	745	157
Sykehuset i Vestfold HF	200	118	2	34	0	354	129	401	135
Sykehuset Telemark HF	35	66	0	53	49	203	55	243	85
Sørlandet sykehus HF	121	68	1	52	72	314	119	380	111
Diakonhjemmets sykehus	48	24	0	18	8	98	46	177	85
Lovisenberg diakonale sykehus	184	48	18	56	72	378	129	529	150
Andre private med driftsavtale Sør-Øst	2	0	0	0	0	2	2	14	4
Helse Stavanger HF	861	510	948	154	520	2993	285	2 033	250
Helse Fonna HF	140	88	4	38	30	300	91	400	111
Helse Bergen HF	622	287	25	97	159	1190	306	1 267	204
Helse Førde HF	29	8	0	7	32	76	28	143	32
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	33	2	53	32	3	123	18	Inngår i tall for Helse Bergen HF	
Jæren DPS	94	10	5	3	10	122	45	224	36
Helse Møre og Romsdal HF	119	44	5	14	5	187	87	320	95
St. Olavs Hospital HF	110	30	0	9	31	180	85	619	117
Helse Nord-Trøndelag HF	74	24	0	17	20	135	50	182	42
Nordlandssykehuset HF	89	67	3	5	10	174	55	204	70
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	203	141	8	45	134	531	145	309	94
Totalt <sup>1</sup>	4507	2802	1483	1080	1781	11653	2 514	11 500	2 602

- 1) Summen av pasienter per foretak er høyere enn antall pasienter totalt (unike personer uavhengig av behandlingssted) fordi samme pasient kan være behandlet flere steder.
- 2) Kilde: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst, 2015.

## 4. Kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Systemet består av utvalgte statistikker (indikatorer) som skal hjelpe til å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten. Målsettingen er å vise kvalitet i helsetjenesten, og i en helsetjeneste i utvikling. Per i dag er det publisert to nasjonale kvalitetsindikatorer som omhandler bruk av tvang i psykisk helsevern. Disse gjelder tvangsinnleggelse og henvisningsformalitet og er tilgjengelig på [www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer](http://www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer)

*Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne* angir antall og andel av innleggelse i psykisk helsevern for voksne som er tvangsinnleggelse. Tvangsinnleggelse er definert som innleggelse med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Ved beregning av andel er det kun innleggelse der det rettslige grunnlag for opphold<sup>17</sup> er rapportert som er med i prosentueringsgrunnlaget. Dermed vil det totale antallet innleggelse i psykisk helsevern være høyere enn beregningsgrunnlaget for indikatoren. Dersom opphold uten informasjon om rettslig grunnlag ikke gjelder tvangsinnleggelse vil andel tvangsinnleggelse være overestimert. Antall tvangsinnleggelse må fortolkes som et minimumsanslag av de faktiske forhold inntil innrapportering av rettslig grunnlag er komplett

Kvalitetsindikatorer basert på årsdata for 2014 viste at antallet tvangsinnleggelse, på landsbasis var 7 629 (17,9 prosent av alle innleggelse i psykisk helsevern med registrert formalitet). Dette tilsvarer 96 prosent av det nivået som estimeres nasjonalt når det korrigeres for manglende innrapportering av rettslig grunnlag (jfr. analyser presentert i kapittel 3). For de fire helseregionene var de respektive tallene: Helse Nord 816 (14,8 prosent av innleggelsene), Helse Sør-Øst 3 990 (17,5 prosent), Helse Midt-Norge 835 (18,9 prosent) og Helse Vest 1 988 (20 prosent). Antatt underrapportering gjelder Helse Midt-Norge (kvalitetsindikatoren tilsvarer 72 prosent av estimert antall tvangsinnleggelse) og Helse Sør-Øst (99 prosent av estimert nivå korrigert for manglende innrapportering). Årsdata for 2015 er ikke tilgjengelige, men ved utgangen av andre tertial i 2015 var det en reduksjon i antall tvangsinnleggelse sammenlignet med tilsvarende periode i 2014 (se tabell 4.1). Helse Midt-Norge RHF har imidlertid utfordringer knyttet til rapportering av tertialvise data, og etterregistrering kan også påvirke tallene for alle regioner. Utvikling på landsnivå vil derfor være uviss inntil årsdata for 2015 foreligger.

---

<sup>17</sup> Formelt grunnlag for døgnoppholdet. Dette kan være: frivillig, tvang (etter flere ulike lovhemler), ved dom, eller gjennomføring av straff i institusjon eller sykehus.



Tabell 4.1 Tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne per 2.tertial 2014 og 2015, basert på uttrekk av pasientdata til bruk i kvalitetsindikatorer.

RHF	Alle innleggelser i psykisk helsevern		Endring 2014 – 2015 Antall (prosent)	Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern		Endring 2014 – 2015 Antall (prosent)
	t.o.m. 2. tertial 2014	t.o.m. 2. tertial 2015		t.o.m. 2. tertial 2014	t.o.m. 2. tertial 2015	
Helse Sør-Øst	15 440	14 366	-1 074 (-7 %)	2 568	1 904	-664 (-26 %)
Helse Vest	6 603	6 759	156 (2 %)	1 325	1 037	-288 (-22 %)
Helse Midt-Norge <sup>1</sup>	.	.	.	.	.	.
Helse Nord	3 878	3 889	11 (0 %)	525	398	-127 (-24 %)
Sum	25 921	25 014	-907 (-3 %)	4 418	3 339	-1079 (-24 %)

1) Helse Midt-Norge har utfordringer knyttet til rapportering av tertialtall.

*Henvisningsformalitet ved henvisning til psykisk helsevern for voksne* angir andel henvisninger til psykisk helsevern for voksne, hvor hjemmel for henvisning til psykisk helsevern ble innrapportert til NPR. Indikatoren gjelder alle nye henvisninger til det psykiske helsevernet. Både henvisninger som har ført til helsehjelp som døgnbehandling, poliklinisk behandling eller dagbehandling, og henvisninger der pasienten fortsatt venter på helsehjelp, er inkludert i datagrunnlaget for indikatoren..

I 2. tertial 2015 var andelen henvisninger med registrert henvissingsformalitet på landsbasis, på 82,3 prosent. Dette var på tilsvarende nivå som samme periode i 2014.

Det var stor variasjon mellom regionene. Helse Vest RHF rapporterte høyest andel med 88,1 prosent, mens Helse Midt-Norge RHF rapporterte lavest andel med 47,5 prosent. Midt-Norge RHF scorer lavt på denne indikatoren, noe som kan skyldes teknisk løsning for rapportering av tallene.

Helsedirektoratet vurderer utvikling av nye kvalitetsindikatorer for bruk av tvang i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vedtak om bruk av skjerming, tvangsmidler eller andre vedtak om bruk av tvang under opphold i psykisk helsevern er indikatorer som vurderes.

For å utvikle gode og relevante indikatorer er det helt sentralt at helseforetak og behandlingssted rapporterer enhetlig og utfyllende til Norsk Pasientregister (NPR), slik at datagrunnlaget for helsestatistikk og kvalitetsindikatorer i størst mulig grad er komplett. Gode data gjør det mulig å gi sektoren gode og relevante indikatorer både nasjonalt, regionalt og lokalt.

## 5. Kontrollkomisjonenes virksomhet og fylkesmennenes behandling av klager over behandling uten eget samtykke

I 2014 kontrollerte kontrollkomisjonene 4 024 vedtak om tvungent psykisk helsevern, mot 3 740 vedtak året før. Dette gir en økning på 7,6 prosent. Kommisjonene kontrollerte i 2014 i tillegg 4 166 vedtak om tvungen observasjon, mot 3 812 året før. Dette gir en økning på 9,3 prosent. Det er store forskjeller i vedtaksraten mellom helseforetakene.

Det ble i 2014 fremmet 289 klager på vedtak om, eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 333 klager året før. Av klagerne fikk igjen 24 stykker, eller ca. 8 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 17 prosent medhold.

Kontrollkomisjonene behandlet i 2014 2 511 klager på opprettelse eller videreføring av tvungent psykisk helsevern, mot 2 355 klager året før. Av klagerne fikk 5 prosent medhold, ett prosentpoeng mindre enn året før. Holdes klager som blir trukket eller avvist utenfor, fikk 9 prosent medhold.

Det er store forskjeller mellom foretaksområdene, både i antall vedtak om tvungent observasjon og tvungent psykisk helsevern, i antall og andel vedtak om tvungent vern som blir påklaget, og i andel av klagerne som får medhold. Noen av disse forskjellene kan skyldes tilfeldige variasjoner fra ett år til et annet. De kan imidlertid også være uttrykk for ulik praktisering av psykisk helsevernloven.

I 2014 var det totalt 1 634 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, 15 prosent flere enn året før. Av disse var 60 prosent på tvungent vern uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Det er for denne gruppen antall under tvang øker. Antall pasienter som fortsatt er innlagt under tvang går ned.

Fylkesmennene behandlet i 2014 totalt 1 058 klager om behandling uten eget samtykke i det psykiske helsevernet. Fylkesmennene opphevet 5 prosent av vedtakene pga. saksbehandlingsfeil. I 3 prosent av sakene fikk klager helt eller delvis medhold.

### 5.1 Innledning

I 2014 utførte de 56 kontrollkomisjonene 1 836 (2013: 1 986) anmeldte og 488 (433) uanmeldte kontrollbesøk ved institusjonene, totalt 2 324 (2 419), noen færre enn året før.

Vi vil i dette kapitlet se på noen sider ved hvordan kontrollkomisjonene utøver sin virksomhet. I hvilken grad påvirker kommisjonenes arbeid omfanget av tvangsutøvelse innen det psykiske helsevernet? Kan det avdekkes eventuelle forskjeller i praktiseringen av psykisk helsevernloven? Data fra kommisjonene vil i tillegg kunne supplere den informasjonen vi har gjennom data fra Norsk pasientregister.

### 5.2 Datagrunnlag og metode

Fra 2008 innrapporteres dataene fra kontrollkomisjonene elektronisk til Helsedirektoratet. Data fra kommisjonene er i varierende grad komplette. Opplysninger om etablering av tvungent vern/tvungen observasjon og om klagerne på disse vedtakene antas å være rimelig komplette. Det

knytter seg større usikkerhet til tallene for klager på «gjennomføringstiltak» etter psykisk helsevernloven kapittel 4, som vedtak om skjerming og vedtak om bruk av tvangsmidler.

For 2009 mangler det data fra en kommisjon. Denne kommisjonen hadde imidlertid bare ansvar for institusjoner der formell tvang i liten grad blir praktisert, og rapporterte for 2008 få/ingen tilfeller. For 2010 foreligger data fra alle kommisjoner. For 2011 mangler data for en kommisjon. Heller ikke denne kommisjonen hadde ansvar for institusjoner der tvang i særlig grad ble benyttet. For 2012 mangler data fra 3 kommisjoner, herunder de to kommisjonene i Sogn og Fjordane og kommisjonen for Helgeland. I tillegg er data fra kommisjonen i Telemark mangelfulle. Institusjonene på Helgeland utøver i liten grad tvungent vern. For Sogn og Fjordane og Telemark benyttet vi tall for 2011 for å beregne utviklingstall og rater nasjonalt og regionalt. For 2013 mangler data for kommisjonen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Øst-Finnmark og Helgeland. For de to førstnevnte benyttes tall fra 2012 for å beregne utviklingstall og rater nasjonalt og regionalt i 2013. For 2014 mangler tall fra Vest-Hedmark, Gudbrandsdalen og Sykehuset Namsos. I tillegg mangler registrering av dokumentkontroller ved etablering av observasjon og tvunget vern fra OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. Tall for 2013 er her benyttet til å beregne nivået.

### 5.2.1 Geografiske forskjeller

For å studere variasjoner i kommisjonenes og institusjonenes praktisering av tvangsanvendelse, er det ønskelig å bryte data ned på geografiske områder, slik at en kan beregne befolkningsbaserte rater. I en del tilfeller er tallene så små at det ikke gir mening å bryte dem ned på lavere nivå enn samlet for landet, eller eventuelt, fordelt etter helseregion, siden tilfeldige variasjoner vil kunne påvirke resultatene. Analyser på lavere nivå enn helseregion vil derfor bare bli benyttet på opplysninger om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern (TPH).

Ut fra kommisjonenes ståsted vil vel det ideelle være å publisere tall for den enkelte kommisjon. Imidlertid vil det ofte være en arbeidsdeling mellom kommisjonene innen samme område, eksempelvis slik at en kommisjon har oppsyn med DPS-ene, og en annen kommisjon har oppsyn med sykehusene. Ettersom tvangen særlig utøves ved sykehusene, vil vi på denne måten få et skjevt bilde. I de fleste tilfeller har vi derfor valgt å aggregere tallene til helseforetaksområder. Helseforetakene er i de fleste tilfeller langt på vei «selvforsynte» med døgntjenester innen det psykiske helsevernet for voksne. Helgeland og Lofoten/Vesterålen mottar imidlertid sykehustjenester fra Nordlandssykehuset. Disse områdene er derfor slått sammen til Nordland (ekskl. Ofoten). Finnmark og Ofoten mottar på samme måte sykehustjenester fra UNN. Vi har derfor slått disse sammen til Troms og Finnmark. I tillegg er områdene internt i Oslo (med unntak av Alna, Grorud og Stovner) slått sammen. Et fåtall institusjoner har ikke noe klart områdeansvar. Disse er tatt med under den kommisjon de tilhører. Dette påvirker bare i liten grad tallene. Tallene for Voss DPS og Bjørkely psykiatriske senter er tatt ut av kommisjonsdataene for Sunnhordaland, og lagt til kommisjonsdata for Bergen.

Omfanget av tvang innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge er begrenset. Tallene er derfor standardisert i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre.

### 5.3 Behandling av saker etter phvl. § 2-1 annet ledd

Ved undersøkelse eller behandling med opphold i institusjon for barn som har fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for

kontrollkommisjonen. Det er for 2014 registrert 29 slike saker, mot 24 saker året før. I en av sakene fikk pasienten medhold.

#### **5.4 Etterprøving av begjæring i henhold til phvl. § 2-2 fjerde ledd**

Etter phvl. § 2-2 første ledd, kan person som søker psykisk helsevern, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5 i inntil tre uker fra etableringen av vernet. Etter § 2-2 fjerde ledd, kan den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, den nærmeste pårørende eller den som handler på pasientens vegne. Gjelder beslutningen barn som har fylt 12 år, og barnet selv ikke er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen. I 2014 behandlet kommisjonene 81 slike saker mot 52 saker året før. Institusjonen fikk medhold i 37 av disse sakene (2013: 40 saker) og avslag i 42 (2013: 4 saker).

#### **5.5 Dokumentgjennomgang og kontrollvirksomhet ved vedtak etter phvl. kap 3**

##### **5.5.1 Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern**

I følge psykisk helsevernloven § 3-2 kan det fattes vedtak om tvungen observasjon, og i følge § 3-3 kan det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal i følge psykisk helsevernlovens § 3-8 underretning om dette sendes kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvise seg om at riktig framgangsmåte har vært fulgt, og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene.

Data om etablering av tvungen observasjon/ tvungent vern er foreløpig mangelfulle i Norsk pasientregister. I forbindelse med årsmeldingene er det innsamlet informasjon om antall dokumentkontroller for hhv. tvungen observasjon og tvungent vern. Siden dokumentkontrollene skal omfatte samtlige vedtak, kan disse dermed gi oss viktig informasjon om antall tvangsinnleggelses som har funnet sted.

Tabell 5.1 gir tall for omfanget av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i perioden 2008 til 2014, fordelt på helseregioner.

Tabell 5.1 Vedtak om tvungen observasjon og om tvungent psykisk helsevern i følge kontrollkommisjonene. Angitt per helseregion for perioden 2008-2014.

År	Helse Sør-Øst	Helse Vest <sup>2</sup>	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet
Tvungent psykisk helsevern					
2008	2 656	1 110	604	404	4 774
2009	1 936	866	447	431	3 680
2010 <sup>1</sup>	2 200	1 104	314	362	3 980
2011	2 518	957	294	341	4 110
2012 <sup>3</sup>	2 375	893	315	287	3 870
2013 <sup>4</sup>	2 323	831	292	294	3 740
2014 <sup>5</sup>	2 368	993	348	315	4 024
Pst endring 2013-2014	1,9	19,5	19,2	7,1	7,6
Tvungen observasjon					
2008	2 088	893	174	361	3 516
2009	2 133	840	308	429	3 710
2010 <sup>1</sup>	2 116	701	318	364	3 499
2011	1 846	653	340	326	3 165
2012 <sup>3</sup>	2 149	787	345	329	3 610
2013 <sup>4</sup>	2 257	901	369	285	3 812
2014 <sup>5</sup>	2 461	892	393	420	4 166
Pst endring 2013-2014	9,0	-1,0	6,5	47,4	9,3

- 1) For en kommisjon er antall kontroller av TPH nedjustert med 144 for 2010, mens antall vedtak om observasjon er oppjustert tilsvarende.
- 2) For 2008 og 2009 er antall kontroller av TPH i Helse Vest nedjustert med 394 kontroller, mens tallet på kontroller av tvungen observasjon er oppjustert tilsvarende, basert på NPR-data for 2009. For 2010 er vedtak om tvungent vern nedjustert med 344 og vedtak om tvungen observasjon oppjustert tilsvarende, basert på NPR-data for 2010.
- 3) Tallene for Helse Sør-Øst, for Helse Vest og totalt er korrigert for 2012 (basert på tall fra 2011) pga. manglende rapportering fra kommisjonene i Telemark, Sogn og Fjordane og en av kommisjonene under Lovisenberg.
- 4) Tallene for Helse Nord er korrigert for 2013 (basert på tall for 2012) pga. manglende rapportering fra kommisjonene for Øst-Finnmark og UNN.
- 5) Tallene for Helse Sør-Øst er korrigert for 2014 (basert på tall for 2013) for manglende rapportering fra Lovisenberg I, OUS/Ullevål I, Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen. Tallene for Midt-Norge er tilsvarende justert pga. mangelfull rapportering fra Namsos og Sentralt fagteam ved St Olav.

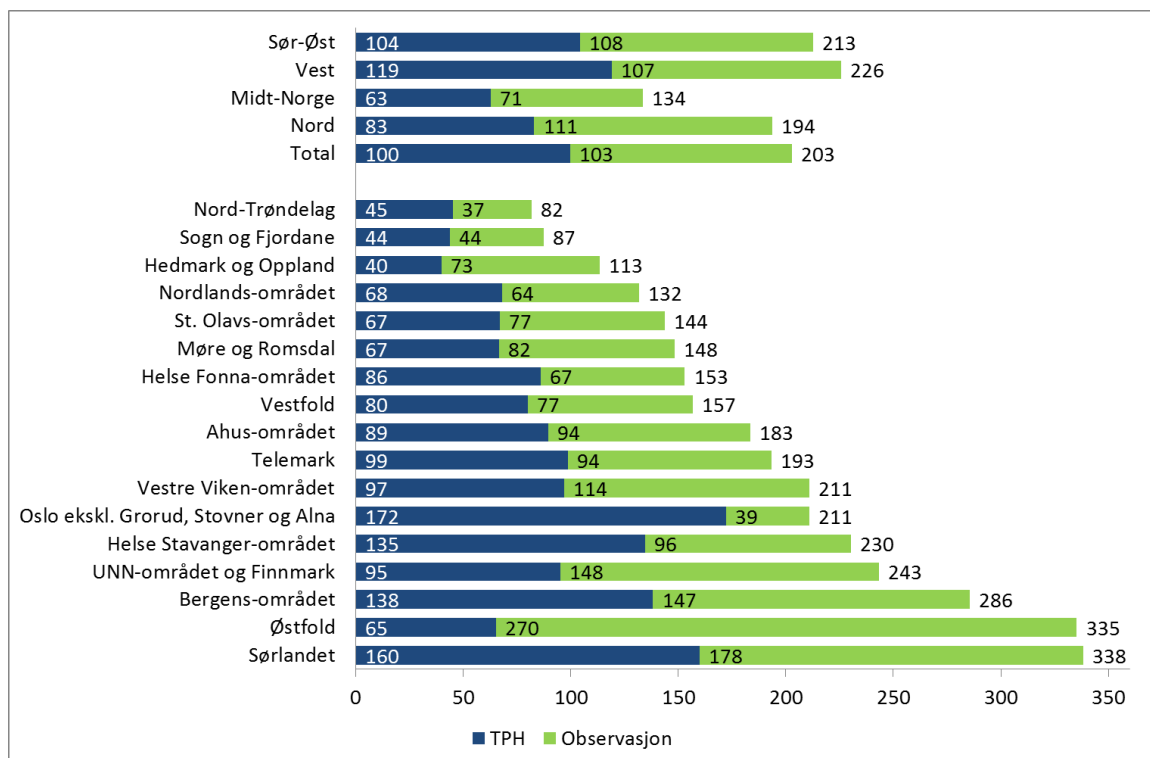
I følge kontrollkommisjonenes årsmeldinger var det en økning i antall vedtak om tvungent vern, fra 3 740 i 2013 til 4 024 i 2014. Dette gir en økning på 7,6 prosent. Det var en økning i alle regioner. Fra 2013 til 2014 var det samtidig en økning i antall vedtak om tvungen observasjon på 9,3 prosent, fra 3 812 til 4 166 vedtak. Av de til sammen 4 024 vedtakene om tvungent vern i 2014, gjaldt 526 vedtak om tvungent vern uten døgnopphold mot 209 saker året før.

I tabell 5.2 har vi brutt ned tallene for 2014 på ulike distrikter, og beregnet befolkningsbaserte rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre. I tillegg til rå-ratene, har vi også beregnet ratene i prosent av nivået på landsbasis. Eksempelvis har Ahus-området en rate for TPH-vedtak på 89 vedtak per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Raten på landsbasis er 100. Ahus ligger dermed på 90 prosent av landsgjennomsnittet, eller 10 prosent under dette. Områdeinndelingen er omtalt foran. I figur 5.1 er ratene framstilt grafisk.

**Tabell 5.2 Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i følge kontrollkommisjonene. Helseforetaksområder 2014.**

Bosted	Vedtak om tvungent psykisk helsevern <sup>1</sup>			Vedtak om tvungen observasjon <sup>1</sup>		
	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgjennomsnittet	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgjennomsnittet
Sør-Øst	2 368	104	105	2 461	108	105
Vest	993	119	119	892	107	104
Midt-Norge	348	63	63	393	71	69
Nord	315	83	83	420	111	107
Total	4 024	100	100	4 166	103	100
Østfold	147	65	65	609	270	262
Ahus-området	352	89	90	370	94	91
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	751	172	173	169	39	38
Hedmark og Oppland	123	40	40	226	73	71
Vestre Viken-området	353	97	97	415	114	110
Vestfold	143	80	80	137	77	74
Telemark	135	99	99	129	94	92
Sørlandet	364	160	161	406	178	173
Helse Stavanger-området	365	135	135	259	96	93
Helse Fonna-området	118	86	86	92	67	65
Bergens-området	473	138	139	504	147	143
Sogn og Fjordane	37	44	44	37	44	42
Møre og Romsdal	137	67	67	168	82	79
St. Olavs-området	163	67	67	186	77	74
Nord-Trøndelag	48	45	45	39	37	36
Nordlands-område	115	68	68	108	64	62
UNN-området og Finnmark	200	95	95	312	148	144

1) Data mangler for en kontrollkommisjon ved OUS, en ved Lovisenberg, Vest-Hedmark, Gudbrandsdalen, Sentral fagteam St Olav og Namsos. Data fra 2013 er benyttet for å estimere tallene.



Figur 5.1 Dokumentkontroller av vedtak om tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon 2014. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Det er store forskjeller, både i ratene for vedtak om TPH, tvungen observasjon og sum TPH plus observasjon. Fra totalt 82 vedtak per 100 000 innbyggere 18 år og eldre i Nord-Trøndelag, til 338 på Sørlandet. Vi kan ellers merke oss den høye andelen observasjonsvedtak for Østfold.

Slike forskjeller kan gjenspeile flere forhold. De kan gjenspeile ulike ressurser innenfor spesialisthelsetjenesten og ulike holdninger til bruk av tvang innenfor spesialisthelsetjenesten eller det vi kan kalle «behandlingskulturen». De kan imidlertid også skyldes egenskaper ved lokalsamfunnet, herunder tjenestetilbud utenfor institusjon, befolkningens holdninger til psykiske lidelser, og forekomst av slike lidelser. Forskjellene er imidlertid såpass store at de siste faktorene neppe alene kan forklare forskjellene.

Bare i et fåtall saker ser det ut til at dokumentkontrollen førte til en omgjøring av vedtaket. Av i alt 8 190 kontroller av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, har vi bare registrert 41 saker der kommisjonen har kommet til at vernet skulle opphøre. Data om utfallet av behandlingen er imidlertid mangelfulle, og dekker bare 3 708 av de 8 190 kontrollene. Selv om vi tar høyde for dette, utgjør omgjøringene bare 1 prosent av sakene.

### 5.5.2 Unntak fra konverteringsforbudet

I følge phvl. § 3-4 kan den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår. Forbudet gjelder likevel ikke hvor utskrivning innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. I forbindelse med kontroll etter § 3-8 første ledd skal kontrollkommisjonen ved skriftlig redegjørelse gjøres særskilt oppmerksom på at det er truffet en beslutning om overføring.

Kontrollkomisjonene har i løpet av 2014 mottatt 168 redegjørelser for unntak fra konverteringsforbudet, mot 161 redegjørelser året før.

### 5.5.3 3-måneder kontroll og kontroll etter ett år under tvungent psykisk helsevern.

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkomisjonen, når det har gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om det er behov for tvungent vern, jf. psykisk helsevernlovens § 3-8 annet ledd. Tilsvarende skal tvungent psykisk helsevern opphøre etter ett år hvis ikke kontrollkomisjonen samtykker i at vernet forlenges. Kommisjonen kan samtykke i forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen, regnet fra årsdagen for etableringen, jf. psykisk helsevernlovens § 3-8 tredje ledd. Omfanget av slike kontroller kan gi oss en pekepinn om antall pasienter som er under tvungent vern over en lengre tidsperiode.

#### 3-måneders kontroll

Tabell 5.3 viser antall kontroller etter 3 måneder under tvungent vern. I tillegg til absolutt-tallene, har vi også satt inn rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Denne kontrollen er en engangskontroll. Den omfatter altså bare pasienter der det opprinnelig ble fattet vedtak om tvungent vern i perioden 01.10.2012 - 31.9.2013. Oversikten omfatter heller ikke tilfeller der pasienten har klaget. Tallene må derfor sees i sammenheng med klageomfanget (se avsnitt 5.6.1 nedenfor).

Tabell 5.3 Omfang av etterprøving etter tre måneder under tvungent vern. 2009-2014.

År	Helse Sør-Øst <sup>1</sup>		Helse Vest <sup>2</sup>		Helse Midt-Norge <sup>3</sup>		Helse Nord <sup>4</sup>		Landet	
	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold
2009	429		150		113		60		752	
2010	465		209		148		56		878	
2011	448	51	139	4	133	32	55	24	775	111
2012	446	85	217	36	147	33	89	16	899	170
2013	424	69	299	50	127	37	87	5	937	161
2014	475	89	211	85	158	23	91	9	935	206
Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre 2014	20,9	3,9	25,3	10,2	28,5	4,1	24,0	2,4	23,1	5,1

- 1) Telemark mangler tall for 2011 og 2012. Tallene er korrigert ut fra oppgaven for 2013. Tallene for 2014 er justert for Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen, basert på data for 2013
- 2) Sogn og Fjordane mangler data for 2011-2013.
- 3) Kommisjonen for Brøset har ikke rapportert data for 2012. Tallene er korrigert ut fra oppgave for 2011. Tallene for Namsos er justert for 2014, basert på data for 2013.

I perioden 01.10.2013-31.9.2014 ble det fattet vedtak om tvungent vern for 935 pasienter som fortsatt var under tvungent vern tre måneder senere (og som ikke hadde klaget på det tvungne vernet), om lag samme antall som året før. Raten er lavere for Helse Sør-Øst og høyere for Helse Vest enn for de øvrige regionene. Kontrollkomisjonene omgjør bare unntaksvis vedtaket, på landsbasis i kun 51 saker (5 prosent).



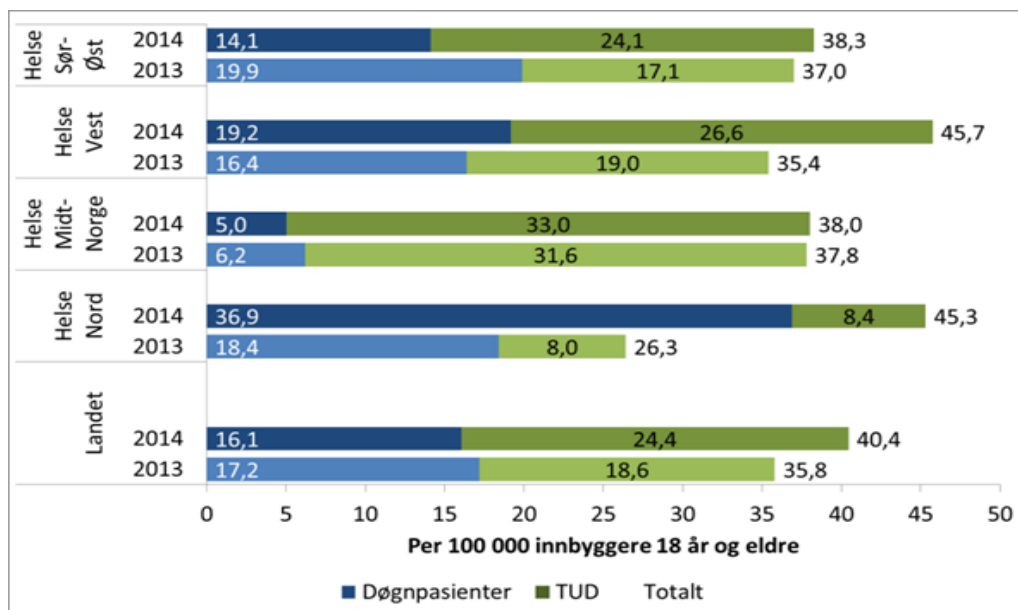
## 12-måneders kontroll

Tabell 5.4 viser kontrollkomisjonenes vedtak i forbindelse med samtykke til å forlenge det tvungne vernet ut over ett år. Slikt vedtak skal fattes årlig. Oversikten omfatter altså alle som i 2014 hadde vært under tvungent vern i ett år eller mer. Figur 5.2 viser de tilsvarende ratene per 100 000 innbyggere 18 år og eldre i 2013 og 2014.

Tabell 5.4 Saker om samtykke til forlengelse av tvungent vern ut over ett år. Antall kontroller 2009 - 2014.

Region	2009	2010	2011		2012		2013		2014	
	Totalt	Totalt	Totalt	Herav uten døgno-pphold	Totalt	Herav uten døgno-pphold	Totalt	Herav uten døgno-pphold	Totalt	Herav uten døgno-pphold
Helse Sør-Øst <sup>1</sup>	687	688	739	278	794	300	829	383	869	548
Helse Vest <sup>2</sup>	257	280	314	58	280	146	291	156	382	222
Helse Midt-Norge <sup>3</sup>	218	198	205	160	166	132	207	173	211	183
Helse Nord <sup>4</sup>	115	148	124	97	98	13	99	30	172	32
Landet	1 277	1 314	1 382	593	1 338	591	1 426	742	1 634	985

- 1) Tallene er for 2011 og 2012 korrigert for manglende rapportering fra Telemark, basert på data for 2013. Tallene for 2014 er justert for Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen, basert på data fra 2013.
- 2) Tallene for 2011 og 2012 er korrigert for manglende rapportering for Sogn og Fjordane, basert på data for 2013.
- 3) Tallene for 2014 er justert for manglende rapportering fra Namsos, basert på data fra 2013.
- 4) Tallene er korrigert for Unn for 2013, basert på data fra 2012.



Figur 5.2 Saker om forlenging av tvungent vern ut over ett år. Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseregioner 2013 og 2014.

I 2014 var det totalt 1 634 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, drøyt 200 eller 15 prosent flere enn året før. Av disse var imidlertid 60 prosent på tvungent vern uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Det er i denne gruppen økningen har kommet. Mens antall pasienter på tvungent vern uten døgnopphold har økt med sirka 300, har antall pasienter som fortsatt er innlagt blitt redusert med sirka 100. Helse Midt-Norge har en lavere rate for pasienter

fortsatt under døgnbehandling enn de øvrige regionene, men en langt høyere rate for pasienter uten fortsatt døgnopphold.

Ettårskontrollen fører ikke i særlig grad til at det tvungne vernet opphører. I kun 29 saker (to prosent av kontrollene) ble det tvungne vernet opphevet.

## 5.6 Kontrollkomisjonenes behandling av klager

### 5.6.1 Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon/tvungent vern

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring om tvungent vern/tvungen observasjon, kan påklage vedtak til kontrollkomisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt.

#### **Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon**

Kontrollkomisjonene behandlet i 2014 i alt 289 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 333 året før. Vi har ovenfor sett at det ble fattet vedtak om observasjon i 4 166 saker. Klagenes tilsvarende dermed ca. 7 prosent av vedtakene. Av klagerne fikk igjen 24 stykker, eller ca. 8 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 17 prosent medhold. Av alle vedtak om tvungen observasjon ble dermed 0,6 prosent omgjort av kommisjonene gjennom klagebehandling. I 43 prosent av sakene fikk klageren avslag. I 48 prosent av sakene ble klagen trukket, og i 5 saker ble klagen avvist.

#### **Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern.**

Tabell 5.5 viser antall klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern for perioden 2008 til 2014. Selv om tallene ikke er direkte sammenlignbare (det kan klages flere ganger på samme vedtak, og også på vedtak fattet tidligere år) har vi for sammenligningens skyld også tatt med antall vedtak om tvungent vern og antall klager i prosent av antall vedtak.

I 2014 ble det fremmet 2 511 klager på tvungent vern. Av disse ble 55 fremmet av nærmeste pårørende og 2 456 av pasienten. Antall klager på tvungent vern har på landsbasis økt med syv prosent fra 2013 til 2014. Økningen har kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Samtidig har antall vedtak om tvungent vern økt noe. Klageprosenten har dermed gått ned fra 63 til 62 prosent.

Tabell 5.5 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern. Helseregioner 2008-2014.

	Helse Sør - Øst	Helse Vest	Helse Midt - Norge	Helse Nord	Landet
<b>Klager på TPH</b>					
2008	1 105	444	322	116	1 987
2009	1 172	318	296	114	1 900
2010	1 107	403	266	139	1 915
2011	1 379	510	231	118	2 238
2012 <sup>1</sup>	1 338	427	223	128	2 116
2013 <sup>2</sup>	1 426	574	223	132	2 355
2014 <sup>3</sup>	1 605	552	213	141	2 511
Pst endring 2013-2014	12,6	-3,8	-4,5	6,8	6,6
<b>Vedtak om TPH totalt</b>					
2008	2 656	1 110	604	404	4 774
2009	1 936	866	447	431	3 680
2010	2 200	1 104	314	362	3 980
2011	2 518	957	294	341	4 110
2012 <sup>1</sup>	2 375	893	315	287	3 870
2013 <sup>2</sup>	2 323	831	292	294	3 740
2014 <sup>4</sup>	2 368	993	348	315	4 024
Pst endring 2013-2014	1,9	19,5	19,2	7,1	7,6
<b>Klager i prosent av vedtak</b>					
2008	42	40	53	29	42
2009	61	37	66	26	52
2010	50	37	85	38	48
2011	55	53	79	35	54
2012	56	48	71	45	55
2013	61	69	76	45	63
2014	68	56	61	45	62

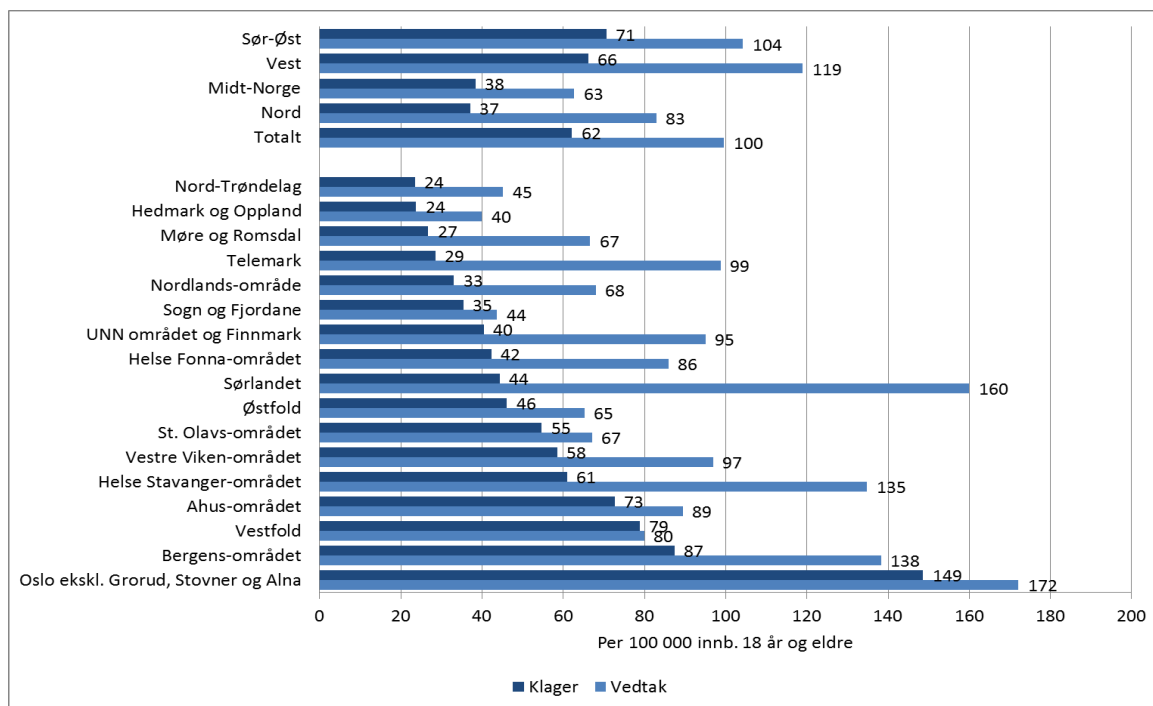
- 1) Tallene for Helse Sør-Øst, Helse Vest og totalt er justert for manglende rapportering fra Telemark og Sogn og Fjordane, samt en kommisjon ved Lovisenberg (bare vedtak) basert på oppgaver fra 2011.
- 2) Tallene for Helse Nord og totalt er justert for manglende rapportering fra kontrollkommisjonen ved UNN i 2013, basert på oppgaver fra 2012.
- 3) Tallene er justert for manglende rapportering fra Vest-Hedmark, Gudbrandsdalen, Sentral fagteam St Olav og Namsos.
- 4) Tallene for Helse Sør-Øst er korrigert for 2014 (basert på tall for 2013) for manglende rapportering fra Lovisenberg I, OUS/Ullevål I, Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen. Tallene for Midt-Norge er tilsvarende justert pga. mangelfull rapportering fra Namsos og Sentralt fagteam ved St Olav.

I tabell 5.6 har vi brutt ned tallene for 2014 på geografiske områder. Vi har også beregnet rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, og raten i prosent av raten på landsbasis. Eksempelvis har Østfold en klagerate på vedtak om TPH på 46 per 100 000 innbyggere. Klageraten på landsbasis er 62. Østfold ligger dermed på 74 prosent av landsgjennomsnittet, eller 24 prosent under dette gjennomsnittet. Figur 5.3 framstiller klagerate og samlet vedtaksrater grafisk.

Tabell 5.6 Klager på vedtak om tvungen psykisk helsevern og vedtak om tvungen psykisk helsevern 2014. Antall og rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Bosted	Klager på TPH <sup>1</sup>			Vedtak om TPH			Klager i prosent av vedtak
	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgjennomsnitt	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgjennomsnitt	
Sør-Øst	1 605	71	114	2 368	104	105	68
Vest	552	66	106	993	119	119	56
Midt-Norge	213	38	62	348	63	63	61
Nord	141	37	60	315	83	83	45
Total	2 511	62	100	4 024	100	100	62
Østfold	104	46	74	147	65	65	71
Ahus-området	286	73	117	352	89	90	81
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	648	149	239	751	172	173	86
Hedmark og Oppland	73	24	38	123	40	40	59
Vestre Viken-området	213	58	94	353	97	97	60
Vestfold	141	79	127	143	80	80	99
Telemark	39	29	46	135	99	99	29
Sørlandet	101	44	71	364	160	161	28
Helse Stavanger-området	165	61	98	365	135	135	45
Helse Fonna-området	58	42	68	118	86	86	49
Bergens-området	299	87	141	473	138	139	63
Sogn og Fjordane	30	35	57	37	44	44	81
Møre og Romsdal	55	27	43	137	67	67	40
St. Olavs-området	133	55	88	163	67	67	82
Nord-Trøndelag	25	24	38	48	45	45	52
Nordlands-område	56	33	53	115	68	68	49
UNN området og Finnmark	85	40	65	200	95	95	43

- 1) Tallene for Helse Sør-Øst er korrigert for 2014 (basert på tall for 2013) for manglende rapportering fra Lovisenberg I, OUS/Ullevål I, Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen. Tallene for Midt-Norge er tilsvarende justert pga. mangelfull rapportering fra Namsos og Sentralt fagteam ved St Olav.



Figur 5.3 Klagerate og samlet vedtaksrate for tvungent psykisk helsevern i 2014. Per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Det er betydelige forskjeller i klageratene, fra 24 klager per 100 000 innbyggere i Nord Trøndelag til 149 i Oslo. Det er også betydelige forskjeller i andel klager i prosent av antall vedtak om tvungent vern. Mens 99 prosent av vedtakene blir påklaget i Vestfold, blir bare 28-29 prosent påklaget i Telemark og på Sørlandet. Områder med høy rate for vedtak har gjennomgående også høy rate for klager (Pearsons  $r=0,69$ ).

#### Utfallet av klagebehandlingen på vedtak om tvungent psykisk helsevern

Tabell 5.7 viser utfallet av klagebehandlingen i perioden 2008-2014. Sum vedtak etter utfall avviker noe fra sum vedtak totalt. Årsaken til dette er ikke kjent. I tabellen har vi derfor også ført opp prosentueringsbasis (sum vedtak etter utfall).

I 2014 fikk 5 prosent av klagerne medhold, ett prosentpoeng mindre enn året før. Holdes klager som ble trukket eller avvist utenfor, fikk ni prosent medhold. Andel klager som fikk avslag eller ble avvist økte fra 52 til 53 prosent, mens andel av klagene som ble trukket gikk ned fra 43 til 42 prosent. Utfallet av kommisjonenes behandling varierer imidlertid fra år til år. Andelen av klagene på landsbasis som får medhold varierer fra 5 til 9 prosent. Andel klager som får avslag eller blir avvist varierer tilsvarende fra 47 til 55 prosent, mens andel klager som blir trukket varierer fra 39 til 47 prosent.

Tabell 5.7 Utfall av kontrollkomisjonenes behandling av klager over vedtak om tvungent psykisk helsevern i perioden 2008-2014.

	Prosentvis fordeling			Klager totalt	Prosentueringsbasis
	Medhold	Avslag/avvisning	Klagen trukket		
<b>Helse Sør-Øst</b>					
2008	9	51	39	1 105	1 140
2009	5	52	43	1 172	1 160
2010	5	47	48	1 107	1 115
2011	6	42	52	1 379	1 305
2012 <sup>1</sup>	7	52	42	1 338	1 285
2013	5	50	45	1 426	1 436
2014 <sup>3</sup>	5	53	42	1 605	1 532
<b>Helse Vest</b>					
2008	8	55	37	444	390
2009	7	60	32	318	290
2010	8	51	41	403	403
2011	9	48	43	510	488
2012 <sup>1</sup>	17	40	43	427	386
2013	6	55	39	574	565
2014	6	52	42	552	541
<b>Helse Midt-Norge</b>					
2008	7	42	51	322	331
2009	7	59	34	296	274
2010	7	56	38	266	259
2011	6	63	31	231	229
2012	12	54	35	223	191
2013	6	61	33	223	227
2014 <sup>3</sup>	3	54	42	213	223
<b>Helse Nord</b>					
2008	3	48	48	116	116
2009	4	58	38	114	114
2010	4	62	35	139	138
2011	9	57	34	118	118
2012	7	61	32	128	128
2013 <sup>2</sup>	9	38	53	132	102
2014	5	60	35	141	141
<b>Landet</b>					
2008	8	50	41	1 987	1 977
2009	6	55	39	1 900	1 838
2010	5	50	44	1 915	1 915
2011	7	47	47	2 238	2 140
2012 <sup>1</sup>	9	50	41	2 116	1 990
2013 <sup>2</sup>	6	52	43	2 355	2 330
2014 <sup>3</sup>	5	53	42	2 511	2 437

- 1) Tallene for Helse Sør-Øst, Helse Vest og totalt er justert for manglende rapportering fra Telemark og Sogn og Fjordane, basert på oppgaver fra 2011.
- 2) Tallene for Helse Nord og totalt for 2013 er justert for manglende rapportering fra kommisjonen ved UNN, basert på oppgaver for 2012.
- 3) Tallene for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge for 2014 er justert for manglende rapportering for Vest-Hedmark, Gudbrandsdalen, Brøset og Namsos, basert på oppgaver for 2013.

Det å trekke klagen må sees i sammenheng med psykisk helsevernlovens § 6-4, der det heter at en ved avslag fra kommisjonen ikke kan fremme ny klage før etter seks måneder. Det er vel derfor grunn til å anta at noen av klagen ble trukket når klageren ser at saken går mot avslag. Samtidig er det grunn til å tro at en del klager trekkes fordi sykehuset meddeler at det uansett går mot en utskrivning

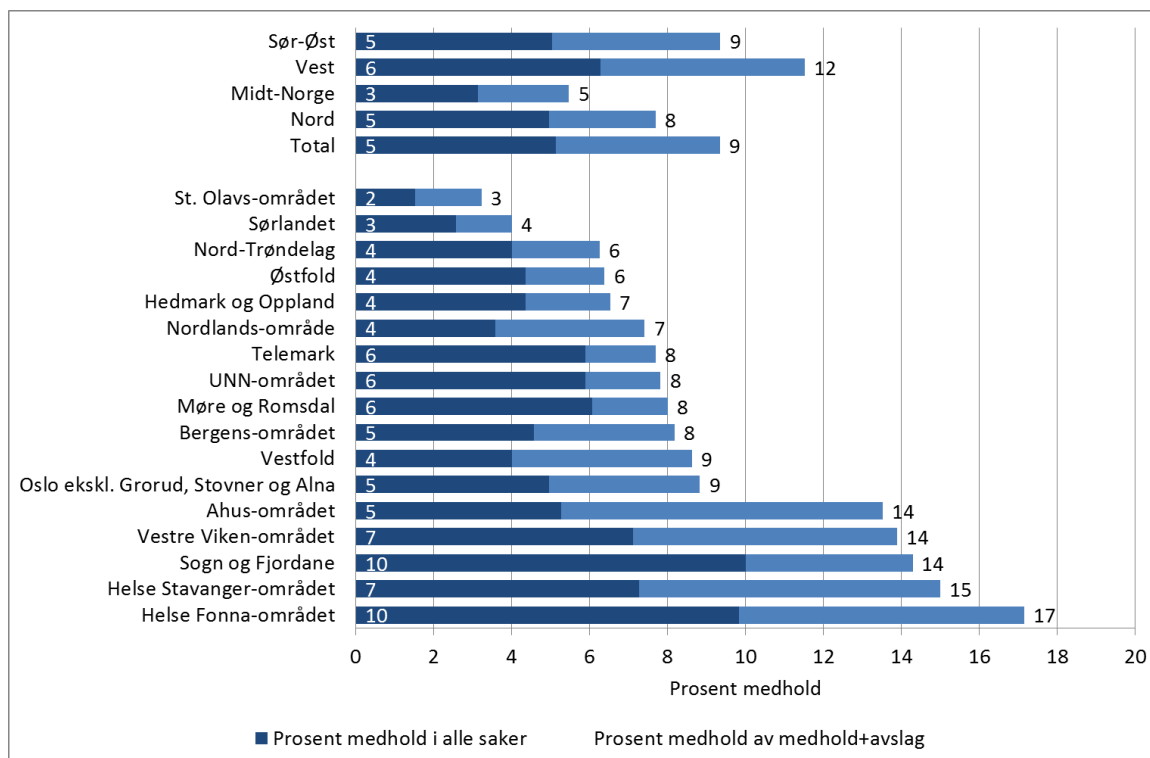
fra tvungent vern. Om de trukne sakene regnes med, fikk i 2014 95 prosent av klagerne, direkte eller indirekte, avslag på klagen. Om de trukne sakene holdes utenfor, fikk klager medhold i 9 prosent av sakene.

I tabell 5.8 har vi brutt ned tallene for 2014 på distrikter og helseregioner. Andel klager som fikk medhold er fremstilt grafisk i figur 5.4. Medholdsprosenten er beregnet inklusive (mørke blå søyler) og eksklusive klager som ble avvist eller trukket (mørkeblå pluss lyseblå søyle) ut fra samtlige klager (inklusive saker som senere har blitt trukket). I figuren er distriktene sortert etter stigende andel medhold.

**Tabell 5.8 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Prosentvis fordeling av utfallet. Helseregioner og distrikter 2014.**

Bosted	Prosentvis fordeling				Klager totalt	Prosentueringsbasis	Klager per 100 000 innb. 18 år og eldre	Klager som får medhold per 100 000 innb. 18 år og eldre
	Medhold	Avslag	Avvist	Trukket				
Sør-Øst <sup>1</sup>	5	49	4	42	1 605	1 532	71	3,4
Vest	6	48	4	42	552	541	66	4,1
Midt-Norge <sup>1</sup>	3	54	0	42	213	223	38	1,3
Nord	5	60	0	35	141	141	37	1,8
Total <sup>1</sup>	5	50	3	42	2 511	2 437	62	3,1
Østfold	4	64	9	23	104	69	46	1,3
Ahus-området	5	34	5	56	286	285	73	3,8
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	5	51	4	40	648	605	149	6,9
Hedmark og Oppland <sup>1</sup>	4	62	3	30	73	69	24	1,0
Vestre Viken-området	7	44	2	46	213	211	58	4,1
Vestfold	4	42	4	50	141	125	79	2,8
Telemark	6	71	10	14	39	51	29	2,2
Sørlandet	3	62	0	36	101	117	44	1,3
Helse Stavanger-området	7	41	0	52	165	165	61	4,4
Helse Fonna-området	10	48	2	41	58	61	42	4,4
Bergens-området	5	51	6	38	299	285	87	3,8
Sogn og Fjordane	10	60	0	30	30	30	35	3,5
Møre og Romsdal	6	70	0	24	55	66	27	1,9
St. Olavs-området	2	45	1	52	133	132	55	0,8
Nord-Trøndelag <sup>1</sup>	4	60	0	36	25	25	24	0,9
Nordlands-område	4	45	0	52	56	56	33	1,2
UNN-området	6	69	0	25	85	85	40	2,4

1) Tallene er justert for manglende rapportering for Vest-Hedmark, Gudbrandsdalen, Brøset og Namsos, basert på oppgaver for 2013.



Figur 5.4 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Prosent av klagenes som fikk medhold. Helseregioner og distrikter 2014.

Det er betydelige forskjeller mellom områdene i omgjøringsprosenten, fra 2 og 3 prosent ved St. Olav til 10 og 17 prosent i Helse Fonna, avhengig av beregningsmåten.

Slike forskjeller kan gjenspeile flere forhold. Antall saker er i enkelte distrikter såpass lavt at tilfeldige variasjoner fra ett år til et annet vil kunne påvirke utfallet av kommisjonsbehandlingen. En annen mulig forklaring vil være knyttet til pasientadferd; hvis mange klager på tvangsvedtaket kan det tenkes at flere også vil få avslag, ved at flere klager oppfattes som «ubegrunnet».

### 5.6.2 Klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon/tvungent vern og klager på vedtak om oppheving av tvungen observasjon/tvungent vern

Det ble i 2014 fremmet 14 klager på vedtak om ikke å etablere tvungent observasjon/tvungent vern. 9 av disse var fra nærmeste pårørende, 4 fra pasienten og 1 fra begjærende myndighet. Ingen klager fikk medhold.

Det ble samme år fremmet 20 klager på vedtak om opphør av tvungen observasjon, 13 fra nærmeste pårørende og 4 fra pasienten og 3 fra begjærende myndighet. 9 klager ble avslått og 8 ble trukket. 1 av klagenes fikk medhold.

### 5.6.3 Klager på vedtak om bruk av skjerming og tvangsmidler

Bruk av tvangsmidler kan bare skje når det vurderes som uomgjengelig nødvendig for å hindre at pasienten selv eller andre blir skadet, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Det er også et krav at andre midler må ha vist seg å være utilstrekkelige for å hindre slik skade.

Tvangsmidler kan, når vilkårene for slik bruk er oppfylt, benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og overfor pasienter som er underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk



helsevern. Mekaniske tvangsmidler og isolasjon kan imidlertid ikke brukes overfor pasienter under 16 år (jf. § 4-8 annet ledd).

Bruk av skjerming er regulert i phvl. § 4-3, som forutsetter at tiltaket må være nødvendig på grunn av pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd. Som hovedregel må det treffes vedtak dersom tiltaket skal opprettholdes utover 24 timer. I de mest inngripende tilfellene er fristen 12 timer.

Det skal føres protokoll over bruk av skjerming og tvangsmidler, og begge typer vedtak kan påklages til kontrollkommissjonen av pasienten selv eller av pasientens nærmeste pårørende.

Tabell 5.9 viser antall registrerte klagesaker på bruk av skjerming og tvangsmidler i perioden 2008-2014. I tabellen har vi for 2014 også angitt antall kommisjoner som har rapportert en eller flere klagesaker.

**Tabell 5.9 Registrerte klagesaker på bruk av skjerming og tvangsmidler i perioden 2008-2014, samt for 2014 antall kommisjoner som har rapportert en eller flere klager.**

Vedtaksstype	Antall klager							Antall kommisjoner 2014
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Skjerming	280	197	94	119	93	165	185	31
Mekaniske tvangsmidler	63	448	40	37	44	59	55	16
Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolering)	1	182	4	0	1	1	0	0
Korttidsvirkende legemidler	43	63	4	4	6	5	11	6
Kortvarig fastholding	13	87	3	13	22	9	21	10

For bruk av skjerming var det over perioden 2008-2010 en påfallende nedgang i antall klager. Fra 2012 til 2014 finner vi igjen en økning. For tvangsmidlene er tallet på klager betydelig høyere for 2009 enn for de øvrige årene. Noen av disse endringene kan skyldes registreringsfeil. Bare et fåtall av de 56 kommisjonene har imidlertid for 2014 registrert en eller flere klager på bruken av tvangsmidler, og tallet på klager er svært lavt, sammenholdt med den registrerte bruken av tvangsmidler og skjerming. Vi er derfor usikre på om disse resultatene gjenspeiler en underrapportering av klager, eller om resultatene gjenspeiler at pasientene i ettertid ser det som formålsløst å klage på bruken av tvangsmidler.

#### 5.6.4 Klager på andre kapittel 4-vedtak.

Det er for 2014 registrert 99 klager på vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen (phvl. § 4-5 annet ledd). I 10 saker fikk klager medhold, i 54 saker ble klagen avslått, mens i 33 saker ble klagen trukket.

Det ble samme år fremmet 13 klager på vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (phvl. § 4-6). I 1 sak fikk klager medhold, i 5 saker ble klagen avslått, mens i 6 saker ble klagen trukket.

Det ble også fremmet 7 klager på vedtak om beslag (phvl. § 4-7). 2 klager fikk medhold, 3 avslag, mens 2 klager ble trukket. Det er ikke registrert klager på vedtak om urinprøve (phvl. § 4-7a, annet ledd).

## 5.7 Fylkesmannens behandling av klager over behandling uten eget samtykke

I følge psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasient under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Vedtaket kan påklages til fylkesmannen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.

Fylkesmennene behandlet totalt 1 058 klager på tvangsbehandling. Dette gir en økning på 9 prosent fra året før (973 klager). I disse sakene ble det fattet totalt 1 060 vedtak. Av disse gjaldt 1 021 saker tvangsmedisinering, 38 saker tvangsernæring og 1 sak annen tvangsbehandling. Antall vedtak vedrørende tvangsmedisinering holdt seg stabil i perioden 2009-2012 (fra 821 til 848 saker per år), men har altså økte fra 2013 og fremover.

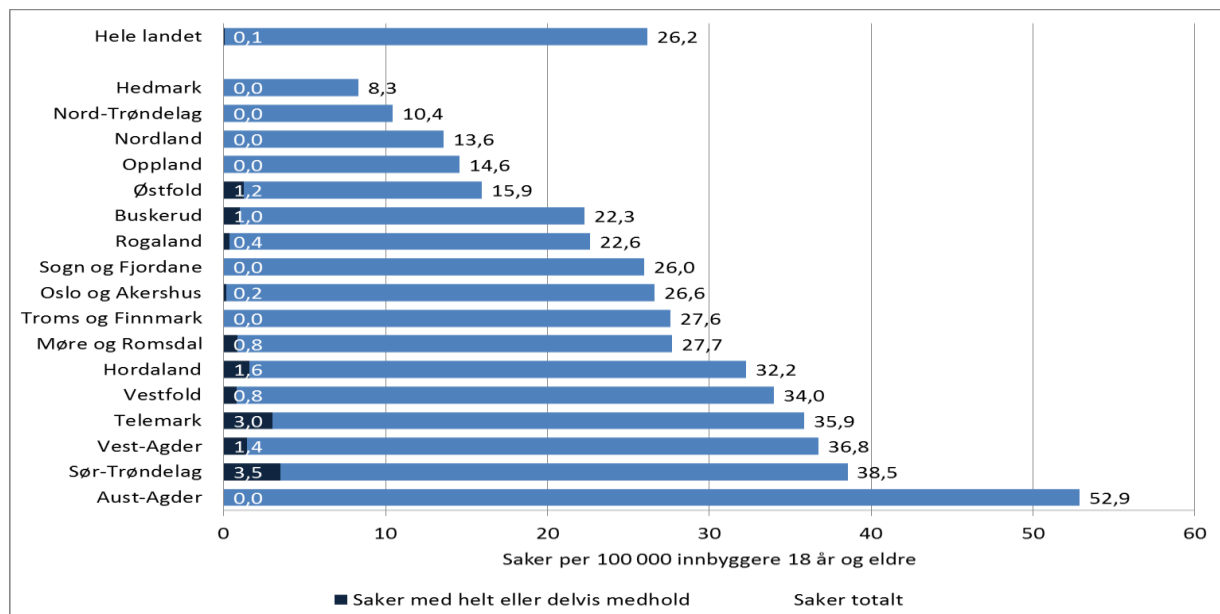
Tabell 5.10 presenterer data fra fylkesmennenes behandling av klager over tvangsbehandling, fordelt etter hvilket fylke behandlingen finner sted. Tabellen viser prosentvis fordeling av vedtakene ut fra om klager ikke fikk medhold, helt eller delvis medhold, og andel vedtak som ble opphevet pga. saksbehandlingsfeil som gjør at saken må behandles på nytt av førsteinstans. Fylkesmannen har i disse tilfellene ikke vurdert om klagen skal etterkommes. Det kan først gjøres etter at førsteinstansen har behandlet saken på nytt. I tabellen har vi også satt opp vedtaksraten (klager i forhold til innbyggertall 18 år og eldre) og raten for klager der klager får helt eller delvis medhold.

Figur 5.5 viser samlet klagerate (klager per 100 000 innbyggere 18 år og eldre), og raten over klager der klager fikk helt eller delvis medhold. Fylkene er sortert etter stigende klagerate.

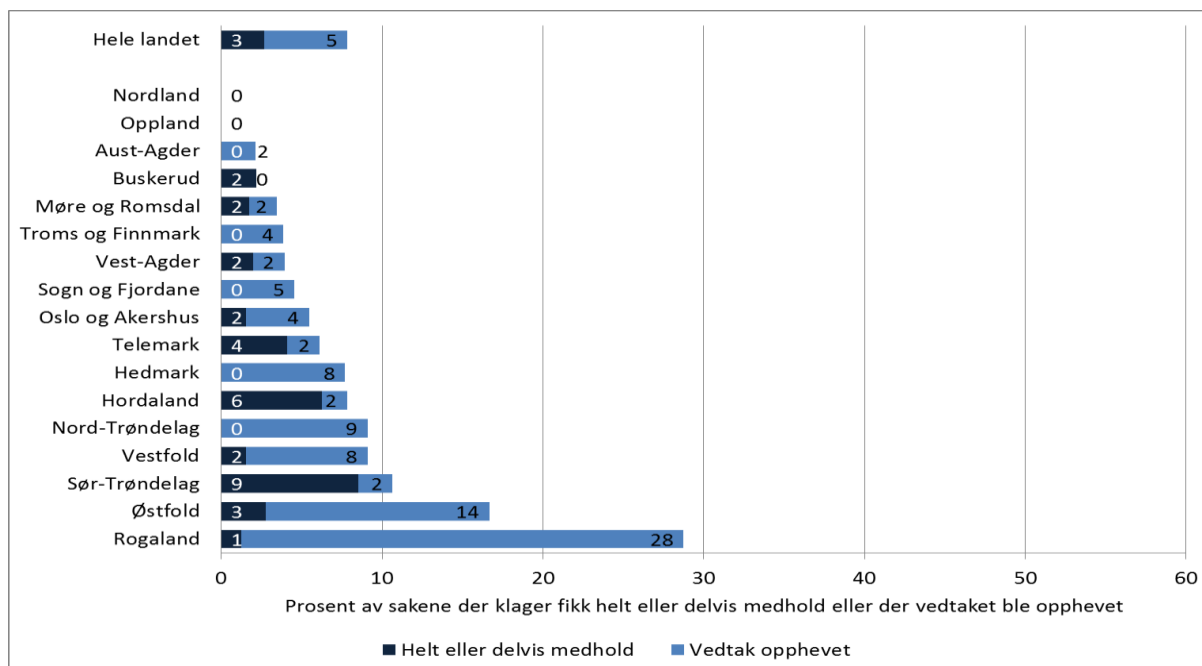
Figur 5.6 viser andel av klagene der klageren fikk helt eller delvis medhold. Vi har også satt inn andel vedtak som ble opphevet pga. saksbehandlingsfeil eller lignende.

Tabell 5.10 Klager på vedtak om behandling uten eget samtykke. Antall klager, prosentandel der det er gitt helt eller delvis medhold og andel av disse hvor vedtaket er opphevet. Fylke. 2014.

Fylke	Utfall i prosent av antall vedtak				Antall vedtak	Antall saker	Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre	
	Ikke medhold	Helt eller delvis medhold	Vedtak opphevet	Totalt			Saker totalt	Saker med helt eller delvis medhold
Østfold	83	3	14	100	36	36	15,9	1,2
Oslo og Akershus	95	2	4	100	257	257	26,6	0,2
Hedmark	92	0	8	100	13	13	8,3	0,0
Oppland	100	0	0	100	22	22	14,6	0,0
Buskerud	98	2	0	100	48	48	22,3	1,0
Vestfold	91	2	8	100	66	65	34,0	0,8
Telemark	94	4	2	100	49	49	35,9	3,0
Aust-Agder	98	0	2	100	47	47	52,9	0,0
Vest-Agder	96	2	2	100	51	51	36,8	1,4
Rogaland	71	1	28	100	80	80	22,6	0,4
Hordaland	92	6	2	100	128	128	32,2	1,6
Sogn og Fjordane	95	0	5	100	22	22	26,0	0,0
Møre og Romsdal	97	2	2	100	58	57	27,7	0,8
Sør-Trøndelag	89	9	2	100	94	94	38,5	3,5
Nord-Trøndelag	91	0	9	100	11	11	10,4	0,0
Nordland	100	0	0	100	26	26	13,6	0,0
Troms og Finnmark	96	0	4	100	52	52	27,6	0,0
Hele landet	92	3	5	100	1060	1058	26,2	0,1



Figur 5.5 Fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke innenfor det psykiske helsevernet. Saker totalt og saker der klager fikk helt eller delvis medhold. Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Fylker 2014.



Figur 5.6 Fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke innenfor det psykiske helsevernet. Prosentandel av vedtakene der klager fikk helt eller delvis medhold og prosent der vedtaket ble opphevet. Fylker 2014.

Det er store forskjeller i klageraten mellom fylkene, fra 8,3 klager per 100 000 voksne innbyggere i Hedmark til en rate på 52,9 i Aust-Agder. Vi minner imidlertid om at sakene er fordelt etter hvilket fylke klagerne er behandlet, ikke etter bosted. De fylkene som hadde en høy klagerate i 2014 hadde også gjennomgående en høy klagerate i 2013 (korrelasjonskoeffisienten= 0,96). Vi vet ikke om disse forskjellene skyldes egenskaper ved behandlingssystemet (bruker en i noen fylker mere tvangsbehandling med påfølgende klager), eller om forskjellene skyldes ulik tendens til å avfinne seg med tvangsbehandling blant pasientene.

Fylkesmennene fattet totalt 1 060 vedtak i klager på tvangsbehandling i det psykiske helsevernet. Fylkesmennene opphevet fem prosent av vedtakene pga. saksbehandlingsfeil. I 28 saker (tre prosent) fikk klager helt eller delvis medhold. Andelen vedtak der klager får helt eller delvis medhold varierer mellom fylkene, fra ingen klager i Hedmark, Oppland, Nord-Trøndelag og Nordland, til ni prosent av klagene i Sør-Trøndelag og seks prosent i Hordaland. Pga. lav prosentueringsbasis i flere fylker, vil imidlertid dette kunne skyldes tilfeldige variasjoner fra år til år. På fylkesnivå finner vi ingen sammenheng mellom andel klager som fikk medhold i 2013 og 2014 ( $r=-0,03$ ).

## 6. Kontrollkommisjonenes velferdskontroll i 2014

### 6.1 Innledning

I dette kapittelet oppsummeres kontrollkommisjonenes merknader vedrørende velferdskontroll for 2014. Kontrollkommisjonene har i årsrapporten et fritekstfelt hvor Helsedirektoratet blant annet etterspør kommisjonenes merknader vedrørende velferdskontroll, jf. psykisk helsevernloven § 6-1 annet ledd.

Kontrollkommisjonenes innspill vil være av interesse for andre sentrale helsemyndigheter, helseforetak, brukerorganisasjoner og andre som er opptatt av å styrke rettsikkerheten og velferden til pasienter i det psykiske helsevernet. I tillegg vil det være nyttig for kontrollkommisjoner å se hen til andre kommisjoners velferdskontroll.

Enkelte problemstillinger reises av flere kontrollkommisjoner. Dette gjelder blant annet spørsmål om bruk av tiltak etter psykisk helsevernlovens kapittel 4, fysisk utforming av institusjonen, husordensregler og aktivitetstilbud. Som i 2011-2013 er det dessuten knyttet merknader til overføring av pasienter, saksbehandling, behandlingen ved institusjonene og relasjonene mellom personalet og pasienter.

Totalt 11 kommisjoner har rapportert om konkrete saker til Fylkesmannen i 2014, jf. psykisk helsevernloven § 63. Flere kommisjoner gir også tilbakemelding om at de bistår institusjonene i tolking av psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven.

### 6.2 Problemstillinger/ merknader

#### 6.2.1 Bruk av tiltak etter psykisk helsevernloven kapittel 4

Kontrollkommisjonen for Sandviken sykehus rapporterte om ett tilfelle av feil bruk av skjerming til Fylkesmannen i 2014. Fylkesmannen opprettet i den forbindelse tilsynssak hvor det ble konkludert med brudd på kravet til forsvarlighet. Årsaken var kollektiv feiltolking fra institusjonens side, og kommisjonen ba derfor om at tilsynssaken ble utvidet til å gjelde alle avdelingene ved institusjonen.

Kontrollkommisjonen for Diakonhjemmet sykehus har hatt særlig fokus på klager fra pasienter på akuttavdeling angående graden av medisinerings. Praksisen synes imidlertid å være noe endret nå, ved at en i større grad avventer medisinerings.

Kontrollkommisjonen for Oslo universitetssykehus, Ullevål III, varslet i 2014 om ett tilfelle av isolasjon ved Regional Sikkerhetsavdeling til Fylkesmannen. Videre tas opp at det ved Regional Sikkerhetsavdeling er to pasienter som er underlagt løpende bruk av tvangsmidler over tid. I følge kommisjonen gjøres det ikke i tilstrekkelig grad fortløpende vurdering av om tvangsmiddelbruken skal opprettholdes ovenfor disse pasientene. Problemet er tatt opp med sykehuset, men kommisjonen har likevel hatt bemerkninger også etter dette.

Kontrollkommisjonen Østfold I opplyser at de har meldt bekymring til Fylkesmannen angående utstrakt bruk av beltelegging for særlig tre pasienter til Fylkesmannen. Bekymringen gjelder både antallet beltelegginger og at bruken ser ut til å øke.

Kontrollkommisjonen for Vestre Viken HF, Blakstad sykehus, Kontrollkommisjonen Nedre Buskerud, Kontrollkommisjonen Sunnhordaland, Hardanger og Voss, Kontrollkommisjonen Psykiatrisk klinikk,

SSSF Førde, Kontrollkommisjonen Oslo universitetssykehus, Ullevål III, og Kontrollkommisjonen Diakonhjemmet sykehus har alle tatt opp problemstillinger angående rutinemessig gjennomgang av pasientenes eiendeler, og flere saker er meldt fylkesmannen. Enkelte kommisjoner gir uttrykk for at det er ønskelig med en gjennomgang av reglene om dette, for å se om det er behov for endringer.<sup>18</sup>

### 6.6.2. Fysiske forhold ved institusjonene

Kontrollkommisjonen for psykisk helsevern i Telemark melder om bekymringsfulle bygningsmessige forhold og mangler ved Alderspsykiatrisk avdeling og Psykiatrisk Rehabiliteringsavdeling i Skien. Manglene gjelder enkelte rom og pasientenes tilgang på bad og dusj. Sykehusledelsen har redegjort for planlagte utbedringer, men økonomiske forhold gjør at utbedringer neppe kan ferdigstilles på lang tid. Både Fylkesmannen og Sykehuset Telemark HF (STHF) er informert om saken.

Kontrollkommisjonen Oslo universitetssykehus, Ullevål III, informerer om at det heller ikke i 2014 er gjort utbedringer på bygningsmassen eller uteområdene ved Regional Sikkerhetsavdeling. De problemene kommisjonen tidligere har meldt vedrørende dette er dermed som før.

Kontrollkommisjonen Østfold I gir tilbakemelding på at en der har hatt problemer med dårlig innelima forårsaket av gammelt bygg. Pasienter flyttes nå til andre lokaler. Kontrollkommisjonen Haukeland sykehus, Psykiatrisk klinikk, melder på sin side at de tidligere rapporterte bygningsmessige problemene ved Martens nå er utbedret.

Kontrollkommisjonen Diakonhjemmet sykehus har hatt fokus på at de fysiske omgivelsene ikke skal provosere frem uønsket atferd, og at det gis mulighet for at pasientene kan trekke seg tilbake eller gå ut i skjermet område selv om vedkommende ikke har fri utgang.

### 6.2.3 Overføring av pasienter / andre institusjoner

Kontrollkommisjonen Oslo universitetssykehus, Ullevål III, melder at det fortsatt er et problem at mange pasienter blir værende på Regional Sikkerhetsavdeling også etter at de er vurdert overføringsklare til lavere nivå. Kommisjonen reiser nå spørsmål om godkjenningsordningen fungerer (phvl. § 3-5 første ledd), ettersom Regional Sikkerhetsavdeling opprinnelig ble godkjent som en kortidspost. Per i dag fungerer imidlertid avdelingen som en langtidspost for mange pasienter.

Kontrollkommisjonen Diakonhjemmet bemerker at pasientene på tvungent vern uten døgnopphold ofte klager over botiltaket de er på, heller enn det tvungne vernet som sådan. Kommisjonen er særlig bekymret for pasienter som fyller farekriteriet og er plassert på bemannede botiltak av kommunen. I følge kommisjonen er pasientenes opphold på disse tiltakene ofte basert på et i beste fall uklart samtykke. Grensen mellom tvang og frivillighet er også uklar i andre situasjoner, eksempelvis når det legges opp krisepplaner med regelmessig bruk av tiltak som skjerming. Kommisjonen bemerker også at de private tiltakene ofte er bemannet med ufaglærte, og heller ikke underlagt tilsyn.

Kontrollkommisjonen Sogn og Fjordane tar opp at de har tre pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern som bor i enmannsinstitusjoner. To av disse drives av private foretak og det tredje er i kommunal regi. Pasientene her er formelt under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, men fra kommisjonens side bemerker en at bevegelsesfriheten er sterkt begrenset sammenlignet med andre i samme kategori.

---

<sup>18</sup> Når denne rapporten publiseres har Helse- og omsorgsdepartementet til behandling regelendringer knyttet til rutinemessig ransaking.

#### 6.2.4 Saksbehandling

Kontrollkommisjonen Sandviken sykehus tar opp at det har vært nødvendig å avholde ekstraordinære klagesaksmøter på grunn av stort antall klager i 2014, og Kontrollkommisjonen Universitetssykehuset Nord-Norge bemerker at antallet henvendelser vedrørende forståelsen av psykisk helsevernloven forut for vedtak og tiltak har økt.

Kontrollkommisjonen Sykehuset i Vestfold, Psykiatrisk Fylkesavdeling melder at de gjennom året har fått mange juridiske og praktiske spørsmål fra ulike vedtaksansvarlige. Spørsmålene er søkt besvart på en slik måte at det ikke har gått på bekostning av habilitet ved eventuell senere klagesak.

Kontrollkommisjonen Oslo universitetssykehus, Ullevål III, opplyser at de i 2014 har hatt svært mange anmerkninger til de tvangsvedtak som er truffet. Bemerkningene har til dels dreid seg om at tvangen har vært ulovhjemlet, at vedtakene ikke har vært i overenstemmelse med psykisk helsevernloven og at det har vært iverksatt tvang uten at kommisjonen har fått seg forelagt noe vedtak. Den utførte tvangen har heller ikke alltid vært ført i protokoll. Det bemerkes ellers at svikt i rutiner i form av for sent fremsatte søknader om årsforlengelse har ført til uhjemlet bruk av tvang.

Kontrollkommisjonen Nordhordland, Midhordland og Sotra har videreformidlet til sine institusjoner at de har plikt til å hjelpe pasientene med å sette frem klager til kommisjonen. En har også informert om at det som klar hovedregel ikke kan kreves at klager fremsettes skriftlig. Denne kommisjonen har ellers vært særlig opptatt av personer med dårlig botilbud. I den forbindelse har en fått tilbakemelding fra Fylkesmannen om at en der krever initiativ fra pasientene selv eller pårørende for å gå inn i problematikken.

Kontrollkommisjon Østfold III har meldt om ett tilfelle av uryddig føring av medisinkort til Fylkesmannen i 2014, og Kontrollkommisjonen Øst-Finnmark bemerker at det lenge har vært utrykt bekymring for institusjonenes manglende nedtegnelse i tvangsprotokollene. Problemet ble meldt Fylkesmannen, som har avholdt møte med gjennomgang av regler og praksis.

Kontrollkommisjonen Sunnmøre opplyser at de i 2014 har hatt flere møter med avdelingsledelsen vedrørende mangler ved føringen av tvangsprotokollene. Etter at problemet ble tatt opp med Fylkesmannen har imidlertid problemet bedret seg noe.

Kommisjonen for Vestre Viken HF, Blakstad Sykehus, opplyser at de har tatt opp mangelfullt begrunnede tvangsvedtak med institusjonen. Det er også merknad vedrørende tvangsinnleggelses fra poliklinikk av pasienter som er underlagt frivillig psykisk helsevern, herunder konverteringer og to uavhengige leger. Kommisjonen melder også om at de har tatt opp klager blant annet over støy og uro på akuttavdelingen, ikke tilpasset mat mv.

#### 6.2.5 Aktivitetstilbud

Kontrollkommisjonen Oslo universitetssykehus, Ullevål III tar opp at mangel på tilpasset aktivitetstilbud er et av de forhold som er særlig problematisk ved Regional Sikkerhetsavdeling. Det bemerkes at det er stor avstand mellom de aktivitetene som rent faktisk tilbys og fagrådets anbefaling.

Kontrollkommisjonen Østfold I gir opplyser at pasientene opplever at de har lite mulighet for aktivitet når behandlingsopplegget er avsluttet. Bemanningssituasjonen gjør dessuten at det kan være vanskelig for pasienter uten fri utgang å benytte uteområdet. Kontrollkommisjonen Vestre Viken HF, Blakstad sykehus har også mottatt klager over manglende treningsmuligheter.

### 6.2.6 Husordensregler /restriksjoner uten vedtak /rutiner

Kontrollkommisjonen Oslo universitetssykehus, Ullevål III, gjorde institusjonen oppmerksom på at det er forutsatt i psykisk helsevernloven § 63 at aktuell kommisjon skal få seg forelagt endringer av husordensreglementet.

Ved konkret gjennomgang av husordensreglementet ved Regional Sikkerhetsavdeling ble en enig med om flere endringer da enkelte av bestemmelse var for strenge. Endringene gjaldt telefonbruk, røyking og post. I forbindelse med gjennomgangen ber kommisjonen om direktoratets vurdering av adgangen til å regulere tilgangen til spill og filmer for pasientene i husordensreglementet.<sup>19</sup>

Kontrollkommisjonen Nedre Buskerud opplyser å ha tatt opp for strenge husordensregler, og har også bedt Fylkesmannen vurdere spørsmål om begrensing i livsutfoldelse og matinntak som del av behandlingsplan.

Kontrollkommisjonen Østfold I tar opp praksisen med at enkelte behandlere begrenser pasientenes tilgang til eget rom i løpet av dagen. Pasientene selv opplever restriksjonen som bruk av tvang og fratakelse av privatliv. Kommisjonen ber derfor direktoratet om en vurdering av om praksisen er i samsvar med gjeldende rett.

### 6.2.7 Pasienters klage på behandling og ansatte i det psykiske helsevernet

Oslo universitetssykehus, Ullevål III, fremhever at det i løpet av 2014 har blitt synliggjort at bemanningen ved Regional Sikkerhetsavdeling etter de ansattes oppfatning er så vidt presset at det kan stilles spørsmål om det går ut over forsvarligheten i det behandlingstilbudet som gis til pasientene.

Kontrollkommisjonen Sunnmøre har meldt bekymring til Fylkesmannen angående bemanningssituasjonen ved mottaksplassene i Voksenpsykiatrisk avdeling. Bekymringen gjaldt særlig overlegetekningen. Det er opprettet tilsynssak hos Fylkesmannen som følge av meldingen.

Kontrollkommisjonen Sørlandet sykehus, Arendal 2, har rapportert til Fylkesmannen at plassene ved døgnpostene ikke har blitt fylt opp, til tross for at det har vært behov. Årsaken har vært at behandlerne har gått mer i dybden i sin behandling og at de derfor ikke har hatt mer kapasitet. Kontrollkommisjonen Nedre Buskerud opplyser om overbelegg i kortvarige perioder.

Kontrollkommisjonen Vestre Viken HF, Blakstad sykehus informerer om klager fra pasienter når det gjelder ansatt på institusjonen. Kontrollkommisjonen Øvre Buskerud opplyser om enkelte klager vedrører innholdet i behandlingen.

---

<sup>19</sup> Se fortolkning gitt 11.12.2014:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Lovfortolkninger/Psykisk%20helsevernloven/Kap-4-restriksjoner-i-underholdningstilbudet-i-form-av-spill-og-filmer-ved-Regional-sikkerhetsavdeling-%28RSA%29.pdf>



### 6.2.8 Annet

Kontrollkommisjonen Oslo universitetssykehus, Ullevål III, gir uttrykk for at pasientene ved Seksjon for Psykiatri og Utviklingshemming (PUA) har spesielle behov og at den rettslige reguleringen av pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern ikke alltid treffer de særlige problemstillingene denne pasientgruppen reiser.

Når det gjelder Fængselspsykiatrisk poliklinikk (FPP) opplyser Kontrollkommisjonen Oslo universitetssykehus, Ullevål III, at det har vært tilsynssaker i forbindelse med at to tidligere pasienter ved FPP har begått selvmord. Det er nedsatt en arbeidsgruppe for å forbedre forebygging av selvmord i Oslo Fængsel etter disse og tre andre hendelser.

Kontrollkommisjonen Diakonhjemmet har tatt opp at det å bli hentet av politi / politibil av enkelte oppleves sykdomsførsterkende, traumatisk og sosialt sett stigmatiserende.

Kontrollkommisjonen Akershus Område I bemerker at det ved institusjonen har vært diskusjoner rundt utøvelse av religion og livssyn.

## 7. Domstolsprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern

*I 2014 ble det tatt ut 240 søksmål i sak om tvungent psykisk helsevern.*

*To av sakene ble avvist. 66 (28 %) av sakene ble hevet fordi pasienten trakk søksmålet. 64 (27 %) av sakene ble hevet fordi det tvungne vernet opphørte før domstolsbehandling. Det ble avsagt dom i 108 av sakene, hvorav 11 (10 %) med slutning opphør av tvungent vern og 97 (90 %) med slutning at begjæringen om opphør ikke ble tatt til følge. For en oversikt over endelig utfall av søksmålene, se figur 7.3.*

*59 (55 %) av 108 dommer fra tingretten ble anket til lagmannsretten. 17 (52 %) av 33 dommer fra lagmannsretten ble anket til Høyesterett. Én sak ble tatt til behandling av Høyesterett.*

*Ved hovedforhandlingen for endelig dom var 54 % av pasientene under tvungent vern uten døgnopphold. Ved domsavsigelse for endelig dom hadde pasientene gjennomsnittlig vært under tvungent vern i to år (median åtte måneder). Gjennomsnittsalderen til pasientene var 43 år. Det tok gjennomsnittlig 2,6 måneder fra stevning til domsavsigelse i tingretten, og 7,1 måned til domsavsigelse i lagmannsretten.*

*Av de 11 (10 %) som fikk medhold i sitt krav om opphør av tvungent vern, fant retten i tre av sakene at hovedvilkåret ikke var oppfylt, i fire saker at behandlingsvilkåret ikke var oppfylt og i fire av sakene opphørte vernet etter en helhetsvurdering.*

### 7.1 Innledning

Psykisk helsevernloven (phvl.) gir adgang til inngrep i menneskers selvbestemmelsesrett. Det åpnes bl.a. for tilbakeholdelse i institusjon og behandling uten eget samtykke. Slike inngripende tiltak krever klar lovhjemmel og overprøvingsordninger som ivaretar pasientens rettssikkerhet og hindrer unødig tvangsbruk.

Pasienter i det psykiske helsevernet kan påklage vedtak om tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen.<sup>20</sup> Dersom pasienten ikke får medhold i sin klage der, kan vedkommende bringe saken inn for domstolen.<sup>21</sup> Ved rettslig overprøving av kontrollkommisjonens vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, er det Helse- og omsorgsdepartementet som er saksøkt. Helse- og omsorgsdepartementet har delegert til Helsedirektoratet å opptre som stedfortreder i disse sakene.<sup>22</sup> Det betyr at stevninger kan forkynnes for direktoratet, og at direktoratet forbereder rettssakene i samarbeid med Regjeringsadvokaten.

Regjeringsadvokaten har prosessoppdraget i alle disse rettssakene. Fra 2009 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Regjeringsadvokaten fullmakt til, etter en konkret vurdering av den enkelte sak, å overlate til Helsedirektoratet å føre saken som egenprosedyre i tingretten, og eventuelt i lagmannsretten. Regjeringsadvokaten kan på ethvert tidspunkt ta tilbake prosessoppdraget, og Regjeringsadvokaten fører selv alle saker for Høyesterett. Det er avtalt at direktoratet kan ha egenprosedyre i inntil 100 saker pr år.

Direktoratets jurister får gjennom forberedelse og prosedyre i disse sakene god kjennskap til bruken av tvungent psykisk helsevern i hele landet. Dette kommer til nytte i direktoratets øvrige arbeid, særlig ved lovfortolkning, innspill til regelverksutvikling og faglig oppfølging av kontrollkommisjonene.

<sup>20</sup> Jf. phvl. §§ 3-3 tredje ledd og § 3-7 fjerde ledd

<sup>21</sup> Jf. phvl. § 7-1 og tvisteloven kap. 36

<sup>22</sup> Delegasjon av 10.10.2013 nr. 1254, jf phvl. § 7-1 og tvl. 2-5 (2)

Som en del av arbeidet med disse rettssakene, ønsker direktoratet i dette kapitlet å se nærmere på utfallet og enkelte andre sider ved sakene. «2014-sakene»<sup>23</sup> er valgt ut for en slik gjennomgang. På tidspunktet for utgivelse av denne rapporten er alle 2014-sakene rettskraftig avgjort. Direktoratet har, med innspill fra Datatilsynet, vurdert at en slik gjennomgang og presentasjon av rettssakene er i overensstemmelse med regler om taushetsplikt og personopplysningsloven.<sup>24</sup>

En oversikt og analyse av disse sakene vil kunne bidra til ny kunnskap om en viktig rettssikkerhetsgaranti knyttet til tvang i psykisk helsevern. Bruk av tvang i psykisk helsevern er et område som de siste årene har hatt stort helsepolitisk fokus og hvor det er behov for mer kunnskap og forskning.<sup>25</sup>

## 7.2 Rettslig grunnlag

### 7.2.1 Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungent psykisk helsevern kan omfatte to alternative tvangsformer:

- Tvungent vern med døgnopphold i institusjon, jf. phvl. § 3-5 første ledd. Det vil si innleggelse i en psykisk helseverninstitusjon som er godkjent for dette formål. Pasienten kan da holdes tilbake mot sin vilje.
- Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, jf. phvl. § 3-5 tredje ledd. Pasienten bor da typisk hjemme eller i en kommunal institusjon, men må møte til behandling f.eks. ved et distriktpsikiatrisk senter. Denne tvangsformen benyttes ofte sammen med vedtak om behandling uten samtykke etter phvl. § 4-4, som regel i form av (tvungen) medikamentell behandling. Pasienten kan om nødvendig hentes med tvang.

Selv om disse to tvangsformene er ulike, er vilkårene som skal være oppfylt likelydende, se kap. 7.2.2 nedenfor.

Tvungent vern starter som oftest med en periode på tvungent vern med døgnopphold, typisk på en akuttavdeling. Etter en periode under tvang med døgnopphold, blir en del pasienter overført til tvungent vern uten døgnopphold. Pr. i dag vet vi lite om omfanget, varigheten og innholdet av denne tvangsformen. Helseledelsearbeidets arbeid med å øke datakvaliteten på tvang, og et pågående forskningsprosjekt,<sup>26</sup> vil forhåpentligvis bidra til økt kunnskap på dette området.

### 7.2.2 Vilkår – hva som står til prøve for retten

I phvl. § 3-3 oppstilles vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Det oppstilles både prosessuelle vilkår (om fremgangsmåten) og materielle vilkår (faktiske forutsetninger).

Anførsler knyttet til prosessuelle feil, for eksempel brudd på vilkåret om krav til to uavhengige legeundersøkelser (§ 3-3 første ledd nr. 2), konverteringsforbudet (§ 3-4) eller års-fristen for

---

<sup>23</sup> Med «2014-saker» menes de sakene som ble registrert inn med 2014-saksnummer i tingretten. Noen av disse sakene har 2015-saksnummer hos etterfølgende mottakere som Helseledelsearbeidets, Regjeringsadvokaten og ev. lagmannsrett.

<sup>24</sup> Hdir. sak 15/7611

<sup>25</sup> Jf. Helse- og omsorgsdepartementets Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)

<sup>26</sup> [https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p\\_document\\_id=105550&p\\_parent\\_id=107060&lan=2](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=105550&p_parent_id=107060&lan=2)

forlengelse av vern (§ 3-8), står sjelden til prøve i disse sakene<sup>27</sup>. Høyesterett har lagt listen relativt høyt i forhold til hvilke prosessuelle feil som vil medføre opphør av tvungent vern.<sup>28</sup>

I all hovedsak er det følgende materielle vilkår i phvl. § 3-3 første ledd nr. 1, 3 og 6<sup>29</sup> som står til prøve:

- Pasienten skal ha en «alvorlig sinnslidelse» i lovens forstand.
- Minst et av fire alternative tilleggsvilkår skal være oppfylt:
  - Behandlingsvilkårets forbedringsalternativ: Uten tvungent vern vil pasienten på grunn av sinnslidelsen få «.. *sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert.*»
  - Behandlingsvilkårets forverringsalternativ: Uten tvungent vern er det på grunn av sinnslidelsen «...*stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret.*»
  - Farevilkåret, eget liv og helse: Uten tvungent vern vil pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjøre «.. *en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse.*»
  - Farevilkåret, andres liv eller helse: Uten tvungent vern vil pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjøre «..*en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.*»
- Frivillig psykisk helsevern «*har vært forsøkt, uten at dette har ført frem, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.*»
- Helhetsvurdering/ forholdsmessighetsvurdering: Tvungent vern skal være «.. *klart beste løsning for vedkommende.*»

I en sak med krav om opphør av tvungent vern, vil spørsmålet om hvorvidt frivillig behandling er en mulighet inngå som en del av helhetsvurderingen.<sup>30</sup>

Tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven anses å være i overenstemmelse med Norges menneskerettighetsforpliktelser.<sup>31</sup> Dette gjelder både de materielle vilkårene for tvungent vern og behandling uten eget samtykke, regler om gjennomføring av behandlingen, saksbehandlingsregler og klageregler.

Høyesterett har fastslått at saksøker ikke kan kreve dom for konvensjonsbrudd i en sak etter tvisteloven (tvL.) kap. 36, jf. Rt-2004-583.

I noen psykisk helsevernsaker anfører pasientens advokat at det foreligger menneskerettighetsbrudd, og da som oftest brudd på EMK art 3. forbud mot tortur eller art 8. retten til respekt for privatliv og familieliv. Selv om pasienten altså da ikke kan kreve dom på konvensjonsbrudd, er det klart at dersom retten finner at det foreligger et slikt brudd i en konkret sak, vil dette kunne få betydning ved vurdering av vilkårene, f.eks. i helhetsvurderingen av om tvangsvernet fremstår som «klart beste løsning», jf. vilkårene ovenfor.<sup>32</sup>

<sup>27</sup> Se også Bente Hustads artikkel «Retten som kontrollorgan – hvordan anvendes vilkårene for å etablere tvungent psykisk helsevern?» Lov og Rett, vol. 54, 2015, 471-486

<sup>28</sup> Rt-1998-937 («Almanakk-dommen») og Rt-2002-1646 (brudd på konverteringsforbudet)

<sup>29</sup> Se nærmere om disse vilkårene i rundskriv IS 9/2012 «Psykisk helsevernloven m. komm.» s. 35 flg, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

<sup>30</sup> Rt-2001-1481

<sup>31</sup> Ot.prp. nr. 11 (1998-99) kap. 4 og Ot. Prp. nr. 65 (2005-2006) kap. 3

<sup>32</sup> Eks. i BL-15-013924 vurderer retten anførsel om brudd på EMK art 8, og kommer til at det ikke foreligger konvensjonsbrudd.

### 7.2.3 Rettslig overprøving av tvungent psykisk helsevern

Dersom pasienten ikke får medhold i sin klage på tvungent psykisk helsevern for kontrollkommisjonen, kan kontrollkommisjonsvedtaket bringes videre inn for retten, jf. phvl. § 7-1. Det fremgår av denne bestemmelsen at saken kan bringes inn for retten av *pasienten* eller av pasientens *nærmeste pårørende*.<sup>33</sup>

Etter phvl. § 7-1 kan også kontrollkommisjonens klagevedtak ved tvungen observasjon og ved overføring fra tvungent vern uten døgnopphold til tvungent vern med døgnopphold, bringes inn for retten. Direktoratet kjenner ikke til at det har falt dom i noen av disse to sakstypene. Tvungen observasjon er av så kortvarig art at tiltaket vil ha opphørt før saken kommer opp for retten. En sjelden gang tas det ut søksmål knyttet til overføring fra tvungent vern uten døgnopphold til tvungent vern med døgnopphold, men pasienten har alltid blitt tilbakeført til tvungent vern *uten døgnopphold* før hovedforhandling, slik at sakene ble hevet.<sup>34</sup>

Vedtaket om behandling uten eget samtykke etter phvl. § 4-4, forutsetter vedtak om tvungent psykisk helsevern. Klage på vedtak etter § 4-4 behandles av fylkesmannen, og omfattes ikke av domstolsprøving etter tvl. kap. 36.<sup>35</sup> Søksmål om tvungent psykisk helsevern for pasienter under tvang *uten døgnopphold*, vil i likevel ofte nettopp bestemme hvorvidt behandling uten eget samtykke skal kunne vedvare eller ei. Avslått klage hos fylkesmannen kan dermed være en begrunnelse for å anlegge søksmål i sak om tvungent psykisk helsevern. Videre vil pasientens motstand mot medisiner og eventuelle bivirkninger av denne, ofte være tema under helhetsvurderingen i rettsaker om tvungent psykisk helsevern.

Ved rettslig overprøving av tvungent psykisk helsevern, kommer særregler i tvisteloven kapittel 36 til anvendelse. Sentralt står reglene om at retten ikke er bundet av partenes anførsler og påstander, rettens ansvar for sakens opplysning, dens kompetanse til å prøve alle sider av saken og prinsippet om offentlig dekning av kostnadene. Det er også en viktig regel at retten skal foreta en *her og nå vurdering* av om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, og ikke av situasjonen da det tvungne vernet ble etablert eller da kontrollkommisjonen klagebehandlet saken. Det er en spesiell dynamikk i disse sakene, da vilkårene som står til prøve er knyttet til pasientens helsetilstand, som stadig vil være i utvikling under det tvungne vernet.

Viktig er også kravet om prioritering og hurtig avgjørelse av sakene, jf. tvl. 36-5 første og andre ledd og EMK artikkel 5 nr. 4. Det er ikke fastsatt konkrete frister for berømmelse av hovedforhandling og domsavsigelse, noe som heller ikke kan utledes av rettspraksis. I den rettspraksis som foreligger blir det ved vurderingen av om domstolsbehandlingen har vært «rask» nok, foretatt konkrete vurderinger av årsaken til tidsbruken. I en psykisk helsevernsak hadde det gått 17 måneder fra begjæring om utskrivelse til rettskraftig dom forelå da Høyesteretts kjæremålsutvalg nektet saken fremmet. Høyesterett fant da, etter en konkret vurdering av årsakene til tidsbruken i de ulike instansene, at det forelå brudd på EMK art. 5 nr. 4 om rask avgjørelse, se Rt-2004-583. I denne saken tok det ca. fire og en halv måned fra stevning til hovedforhandling i tingretten. Høyesterett bemerker til dette: «*Tidsrommet inkluderer også en omberømmelse på grunn av sykdom, og må anses akseptabel*», jf. Rt-2014-583, avsnitt 36. I avsnitt 39 fremgår om lagmannsrettens tidsbruk på avsigelse av dom: «*Det tok imidlertid en del tid før dom forelå – 17 dager*».

I en annen sak fant Høyesterett at 13 måneder fra begjæring om utskrivning til lagmannsrettens dom, var brudd på kravet om rask rettslig prøving, se HR-2009-2290-U. Høyesterett fant at det ikke forelå spesielle forhold som kunne begrunne tidsbruken. Her hadde det gått i overkant av fire måneder fra stevning til dom i tingretten, og omkring fem måneder fra anke til dom i lagmannsretten.

<sup>33</sup> Jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 b

<sup>34</sup> F.eks. Sunnmøre tingrett 15-111928

<sup>35</sup> Se kritikk av dette i NOU 2011:9 kap.16

Staten forsøker å bidra til at retten berammer disse sakene hurtig. Staten understreker alltid i tilsvaret til retten at disse sakene skal behandles raskt, og anmoder om at dom avsies innen én uke etter hoved/ankeforhandling.

Retten settes med fagkyndig meddommer, jf. tvl. § 36-4, for bedre å bli i stand til å vurdere alle sidene av saken, herunder de medisinskfaglige. Fagkyndig meddommer er oftest psykiater, men kan også være psykologspesialist.

Retten kan etter begjæring fra partene eller av eget tiltak, oppnevne en sakkyndig, jf. tvl. kap. 25. Dette vil i tilfelle gjerne være en psykiater eller psykologspesialist, som da også gjerne avgir en vitneforklaring i retten. Som regel blir det ikke oppnevnt sakkyndig i disse sakene<sup>36</sup>.

Hoved/ ankeforhandlingen gjennomføres i all hovedsak på én dag.

Til stede i retten er saksøker/ pasienten med sin advokat. For staten møter statens prosessfullmektig (enten fra Regjeringsadvokaten eller Helsedirektoratet), og statens vitne som er faglig ansvarlig for det tvungne vernet til pasienten, jf. phvl. § 1-4. Som oftest er det kun pasienten og faglig ansvarlig som avgir forklaring i retten. Noen ganger innkalles ytterligere vitner, f.eks. venner eller familiemedlemmer av pasienten, kommunalt helsepersonell, fastlege eller barnevernet.<sup>37</sup>

## 7.3 Omfang av overprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern de siste årene

### 7.3.1 Klager til kontrollkommisjonen

I henhold til tall fra Norsk pasientregister og fra kontrollkommisjonene (se kap. 3 og 5), har omfanget av tvungent psykisk helsevern holdt seg relativt stabilt de siste årene, med ca. 3 800-4 000 nye vedtak om tvungent psykisk helsevern pr. år. I 2014 ble det i henhold til tall fra kontrollkommisjonene truffet 4 024 vedtak om tvungent psykisk helsevern, se kap. 5.

I tabell 7.1 oppstilles antall klager pr. år til kontrollkommisjonen på vedtak om tvungent psykisk helsevern, og medholdprosenten.<sup>38</sup>

Antallet klager har altså økt noe de siste årene, mens andelen som får medhold i sine klager er relativt stabilt. En økning i klager har vært en ønsket utvikling, da det de siste årene har vært fokus på å styrke pasienters rettssikkerhet, herunder ved å bedre informasjonen om klagemuligheter.

I 2014 var det altså 2 511 klager på tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonene. Ca 1 400 klager ble behandlet, resten ble trukket eller avvist. 126 fikk medhold i sitt krav om opphør, se tabell 5.7. 1 274 fikk da ikke medhold i sitt krav om opphør av tvungent vern.

Det ble tatt ut 240 søksmål i 2014. Det betyr at ca. 19 % (240 av 1 274) av de som ikke fikk medhold i klagesaken for kontrollkommisjonen, brakte saken videre inn for domstolen.

---

<sup>36</sup> Se dette spørsmålet omtalt i Bente Hustads artikkel «Retten som kontrollorgan – hvordan anvendes vilkårene for å etablere tvungent psykisk helsevern?» Lov og Rett, vol. 54, 2015, 471-486

<sup>37</sup> F.eks LH- 15-109956

<sup>38</sup> Tall fra Helsedirektoratets Rapporter om bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. Saker trukket er holdt utenfor ved beregning av medholdprosenten.

Tabell 7.1 Antall klager på tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonene, og medholdsprosent (2009-2014).

År	Antall klager	Medhold i krav om opphør (prosent)
2009	1 900	10
2010	1 915	10
2011	2 238	13
2012	2 116	15
2013	2 355	10
2014	2 511	9

### 7.3.2 Søksmål til domstolen

I tabell 7.2 ser vi at det har vært en økning i antall søksmål om tvungent psykisk helsevern de siste årene.<sup>39</sup>

Tabell 7.2 Antall søksmål i perioden 2004-2015.

År	Antall søksmål
2004	118
2009	178
2010	201
2011	188
2012	186
2013	223
2014	238 <sup>1</sup>
2015	233

- 1) 238 er antall saker inkommet og registrert som 2014 saker hos *Regjeringsadvokaten*. Ellers i kapitlet er «2014-sakene» de 240 sakene som ble registrert som 2014 saker hos *tingrettene*.

Antall søksmål har altså doblet seg på 10 år. Dette må ses i sammenheng med at også antallet klagesaker for kontrollkommisjonen har økt.

En mulig medvirkende årsak til økningen kan, som nevnt ovenfor, være bedre informasjon om klagemuligheter og søksmålsadgang.

Noen pasienter tar ut gjentatte søksmål av denne typen i samme periode under tvungent vern. Etter tvistemålsloven § 486 første ledd gjaldt en karantenetid på *ett år* fra rettskraftig dom til nytt søksmål kunne tas ut. Karantenetiden ble ikke videreført i ny tvistelov (i kraft 1.1.2008). I dag gjelder derfor karantenetiden på seks måneder som følger av phvl. § 6-4 åttende ledd. Kortere karantenetid kan også ha påvirket det totale antallet søksmål etter 2008.

## 7.4 Gjennomgang av 2014- søksmålene

### 7.4.1 Antall søksmål og utfall i tingretten

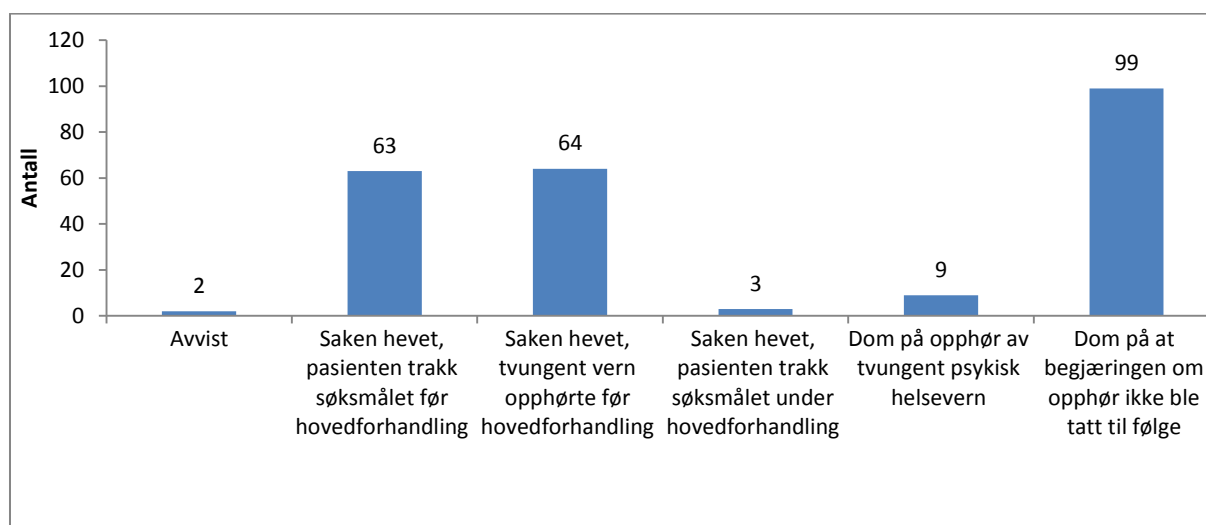
I 2014 var det **240** søksmål i saker om tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. § 7-1. Ingen av sakene gjaldt tvungen observasjon etter § 3-2 eller vedtak om overføring *til døgnopphold* i institusjon etter § 4-10 eller § 5-4.

<sup>39</sup> Tall fra Regjeringsadvokaten

I det følgende vil vi se nærmere på utfallet av alle disse 240 søksmålene. Som nevnt innledningsvis forberedte Helsedirektoratet i samarbeid med Regjeringsadvokaten alle disse sakene for staten. Helsedirektoratet hadde egenprosedyre i 107 av sakene. Regjeringsadvokaten prosederte de øvrige 133 sakene. Regjeringsadvokaten overtok prosessoppdraget for lagmannsretten i én av sakene som Helsedirektoratet hadde prosedert for tingretten, samt i alle sakene som ble anket til Høyesterett.

I 2014 var det én sak hvor både pasienten og pasientens nærmeste pårørende sammen tok ut søksmål (to saksøkere).<sup>40</sup> Ellers var det bare pasienter som tok ut søksmål. I teorien kan samme pasient ha tatt ut søksmål flere ganger, se kap. 7.3.2.

Utfallet av de 240 sakene for tingretten, ble som vist i figuren nedenfor.



Figur 7.1 Utfall av sakene for tingretten, 2014.

Av 240 søksmål ble to saker avvist.<sup>41</sup> Videre ble 130 (54 %) saker hevet. Av disse er andelen hvor pasientene trakk saken og hvor det tvungne vernet opphørte likelig fordelt, henholdsvis 66 og 64. Sakene hvor det tvungne vernet opphørte inkluderer et tilfelle hvor pasienten døde.

66 (28 %) av sakene ble trukket av pasienten før eller under hovedforhandling i tingretten. Det kan være ulike grunner til dette. Pasientens syn på saken kan ha forandret seg når det har gått noe tid. Pasienten kan oppleve bedring av sin psykiske lidelse og dels erkjenne behov for behandling. Pasient og institusjon kan også ha funnet frem til et samarbeid om videre forløp under rammer av tvungent vern eller institusjonen kan ha forespeilet pasienten opphør av tvang innen kort tid. Videre kan det være tilfeller der pasienten i samråd med sin advokat vurderer at sjansene for snarlig opphør av tvungent vern er større uten en dom som stadfester tvangen. Andre igjen orker kanskje likevel ikke den påkjenningen en slik sak vil være.

64 saker (27 %) bortfalt før hovedforhandling i tingretten fordi tvangsvernet opphørte. Som vist i kap. 7.4.7, tar det gjennomsnittlig 78 dager fra stevning til domsavsigelse. Samtidig er mange opphold under tvungent vern av relativt kort varighet; median varighet av tvungent psykisk helsevern med

<sup>40</sup> Nordmøre tingrett 14-140461/ LF-15-035392

<sup>41</sup> Årsaken til at den ene saken ble avvist var at det tvungne vernet hadde opphørt da ettårsfristen etter phvl. § 3-8 siste ledd var oversittet. Søksmålet ble da vurdert som gjenstandsløst (Oslo tingrett 14-149167). Den andre saken ble avvist fordi det var tatt ut søksmål for et § 4-10 vedtak som ikke omfattes av § 7-1, nemlig overføring mellom institusjoner (Stavanger tingrett 14-071374).



døgnopphold var i 2014 på 27 døgn, jf. kap 3. Denne sakstypens dynamikk gjør dermed at tvangsvernet i mange tilfeller vil bortfalle før hovedforhandling.

Helsedirektoratet og Regjeringsadvokaten forbereder alle disse sakene for staten. En del av saksforberedelsen er å vurdere om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, og å gi rettslige vurderinger og råd til institusjonen. Dette kan føre til at faglig ansvarlig gjør en fornyet vurdering og treffer vedtak om opphør av tvungent vern. På denne måten får en del pasienter «medhold» i sitt krav om opphør av tvungent vern, uten at dette kommer til uttrykk i en dom.

Tingrettene avsa 108 dommer, hvorav 9 (8 %) med slutning opphør av tvungent psykisk helsevern, og 99 (92 %) med slutning at begjæringen om opphør ikke skulle tas til følge.

#### 7.4.2 Antall anker og utfall i lagmannsretten

Av totalt 108 dommer avsagt av tingrettene ble 59 (55 %) anket til lagmannsretten.

Fordeling av hvem som anket (antall i parentes):

- Staten (2)
- Pasienten (56)
- Pasient og nærmeste pårørende (1)

Staten anket to av de ni dommene fra tingretten med slutning opphør av tvungent psykisk helsevern. Staten anmodet i begge sakene om at det tvungne vernet skulle stå ved lag frem til rettskraftig avgjørelse, jf. tvl. § 36-9 annet ledd. I den ene saken<sup>42</sup> ble staten hørt med dette. Institusjonen traff imidlertid vedtak om opphør av tvungent vern før ankeforhandling i lagmannsretten, slik at ankesaken ble hevet.

I den andre saken<sup>43</sup> som staten anket ble det ikke gitt utsatt iverksettelse. I perioden før hovedforhandling i lagmannsretten ble det imidlertid reetablert tvungent vern. Pasienten ønsket da en klagesak over det «nye tvangsvernet» for kontrollkommisjonen, heller enn å fortsette saken for lagmannsretten.

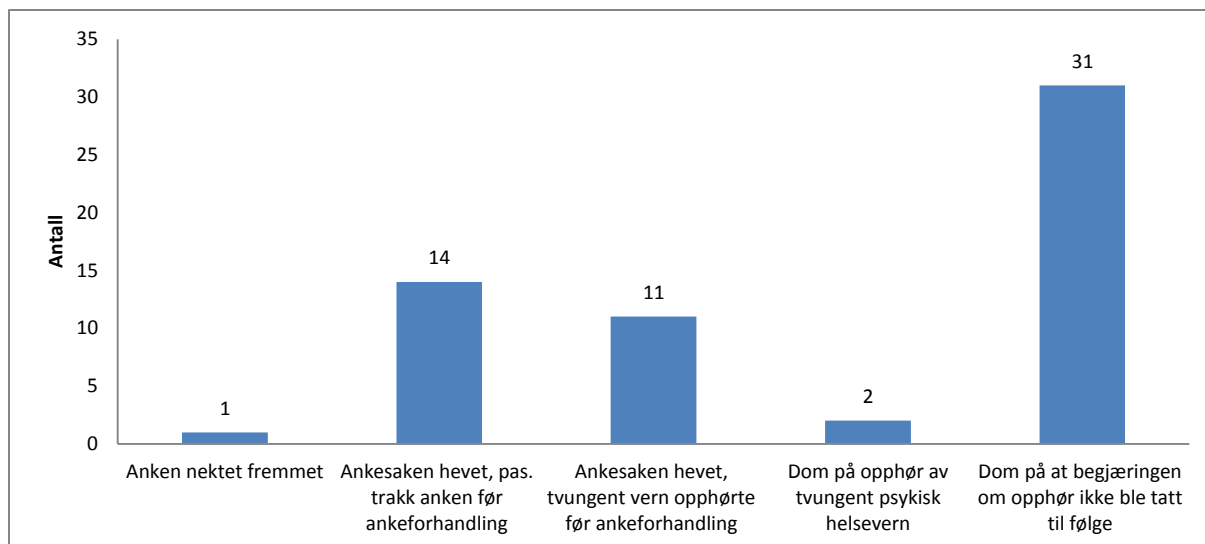
De øvrige ankene ble fremsatt av pasienten (57 av 59), herunder én av både pasient og pasientens nærmeste pårørende.

Utfallet av de 59 ankesakene for lagmannsretten, ble som vist i figuren nedenfor.

---

<sup>42</sup> Fredrikstad tingrett 14-063848/ BL 14-136952

<sup>43</sup> Asker og Bærum tingrett 14-053869/ BL 14-098179



Figur 7.2 Utfall av sakene for lagmannsretten i 2014.

Én anke fra en pasient ble nektet fremmet, med den begrunnelse at lagmannsretten fant det klart at anken ikke ville føre frem, jf. tvl. § 29-13 annet ledd.<sup>44</sup>

På samme måte som før hovedforhandling i tingretten, bortfaller en del saker før ankeforhandling. 25 (42 %) av ankesakene ble hevet før ankeforhandlingen. Av disse er antall saker hvor pasienten trekker saken og hvor tvungen opphører, ganske likelig fordelt, henholdsvis 14 og 11.

Lagmannsretten omgjorde to tingrettsdommer, ved å gi pasienten medhold i krav om opphør av tvungent vern. De øvrige 31 sakene som ble behandlet av lagmannsretten, endte med at begjæringen om opphør ikke ble tatt til følge / anken ble forkastet.

### 7.4.3 Antall anker og utfall i Høyesterett

Staten anket ingen av de to dommene fra lagmannsretten med slutning opphør av tvungent psykisk helsevern.

Av de 31 dommene fra lagmannsretten hvor begjæringen om opphør av tvunget vern ikke ble tatt til følge, ble 17 (55 %) anket av pasienten til Høyesterett.

Høyesterett tok én av ankene til behandling. De 16 andre ble nektet fremmet med den begrunnelse at «*verken avgjørelsens betydning utenfor den foreliggende sak eller andre forhold tilsier at saken blir fremmet for Høyesterett*», jf. tvl. § 30-4».<sup>45</sup>

Saken som ble behandlet i Høyesterett<sup>46</sup> gjaldt en kvinne med alvorlig anoreksi. Høyesterett fant at både grunnvilkåret om alvorlig sinnslidelse og behandlingvilkåret var oppfylt, slik at anken ble forkastet. Høyesterett uttalte at det er utvilsomt at pasienter med anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som kan karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse, såfremt tilstanden kan likestilles med psykose. Avgjørelsen stadfester at andre tilstander enn psykose kan omfattes av hovedvilkåret og vurderingstemaet for dette. Den ankende part var behandlet en stund og var på domstidspunktet reernært med BMI opp i mot nederste del av normalvekt. Høyesterett vektla i vurderingen av alvorlig

<sup>44</sup> LG 14-203380

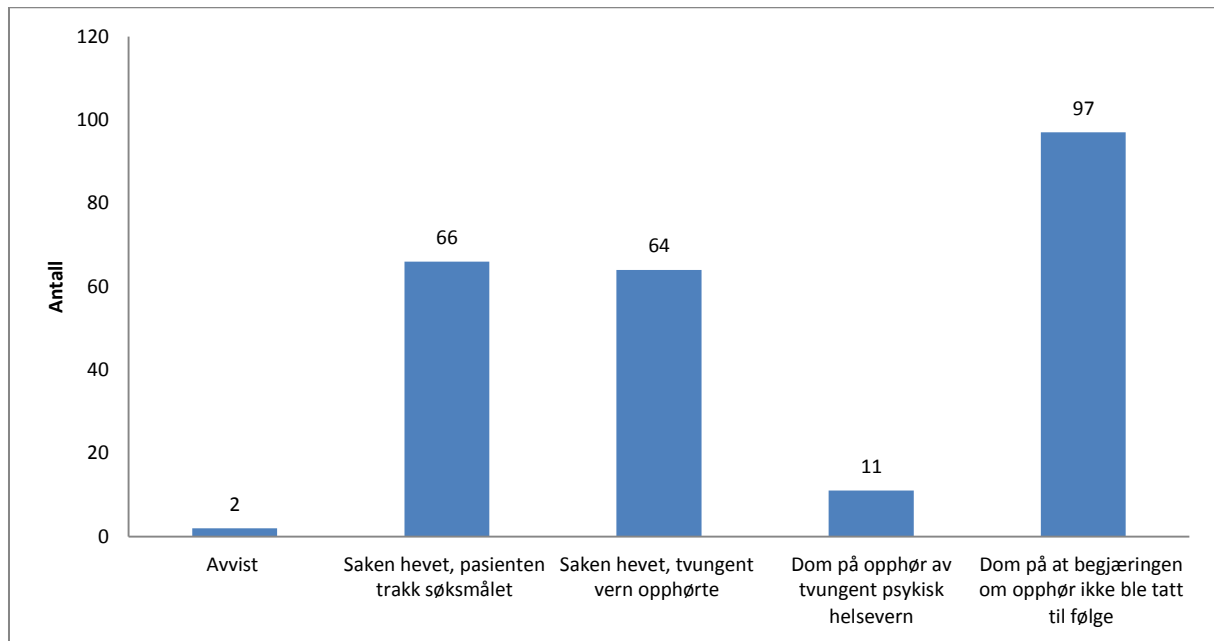
<sup>45</sup> Eks. HR-2014-02207-U

<sup>46</sup> Rt-2015-913

sinnslidelse ikke bare BMI og somatiske komplikasjoner, men så mer hen til styrken av den «anorektiske driven». Høyesterett la til grunn at næringstilførsel kan sammenliknes med medisiner med antipsykotika, på den måten at vilkåret om alvorlig sinnslidelse vil kunne være oppfylt også når undervekten reduseres, så lenge grunnlidelsen/ den «anorektiske driven» består, jf. Rt-1993-249 og Rt-2001-1481.

#### 7.4.4 Oppsummering, endelig utfall av søksmålene

Endelig utfall av de 240 søksmålene ble som vist i figuren nedenfor.



Figur 7.3 Endelig utfall av søksmålene i 2014

Av 240 saker, endte altså 132 (55 %) med at saken ble avvist eller hevet. Av de 108 sakene som endte med dom, var 11 (10 %) dom på opphør av tvungent psykisk helsevern, mens 97 (90 %) endte med at begjæringen om opphør ikke ble tatt til følge.

#### 7.4.5 Hvem tar ut søksmål

##### Kjønn og alder

Nedenfor har vi sett på kjønnsfordelingen for pasienter/saksøkere for tre år.

Tabell 7.3 Saksøkere, fordeling kjønn

År	Menn		Kvinner		Totalt antall søksmål	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
2009	108	61	70	39	178	100
2014	130	54	110	46	240	100
2015	132	57	101	43	233	100

Det ser ut som om noen flere menn (55-60 %) enn kvinner tar ut søksmål. Dette sammenfaller for øvrig med at noen flere menn enn kvinner er under tvungent psykisk helsevern, og da særlig under tvang uten døgnopphold, som er en aktuell tvangsform for de som tar ut søksmål, se tabell 3.5 og nedenfor.

For de de 108 pasientene/2014-sakene som endte med dom, har vi sett på pasientenes alder.<sup>47</sup>

Gjennomsnittsalderen til pasientene er 43 år. Medianen er 43 år. Den yngste er 19 år, den eldste er 75 år. Tallene fra Norsk pasientregister, tabell 3.6, samsvarer med dette, og viser at de fleste under tvungent vern er i alderen 30-50 år.

#### **7.4.6 Varighet av tvungent vern og andel på tvang med- og uten døgnopphold**

For de 108 pasientene/2014-sakene som endte med dom har vi sett nærmere på lengde på aktuelle periode under tvungent vern<sup>48</sup>, og andel på henholdsvis tvang- med og uten døgnopphold.<sup>49</sup>

Pasientene hadde gjennomsnittlig vært under tvungent psykisk helsevern, inkludert tvungen observasjon, i 731 dager (to år). Medianen er 240 dager (åtte måneder).

Tvungent vern kan som nevnt gjennomføres enten med – eller uten døgnopphold, se kap. 7.2. 50 pasienter (46 %) var under tvungent vern med døgnopphold, mens 58 pasienter (54 %) var under tvungent vern uten døgnopphold.

#### **7.4.7 Tid fra søksmål til domsavsigelse**

For de 108 2014-sakene som endte med dom, har vi registret hvor lang tid det tok fra pasienten tok ut stevning, til endelig domsavsigelse.

I kapittel 7.2.3 fremgår at staten forsøker å bidra til at retten berammer disse sakene hurtig og at dom avsies innen én uke, jf. 36-5 og EMK art 5 nr. 4.

I de 75 sakene med endelig dom i tingretten, tok det gjennomsnittlig 78 dager (2,6 måneder) fra stevning til domsavsigelse. Medianen er 71 dager (2,4 måneder).

I de 32 sakene med endelig dom i lagmannsretten gikk det gjennomsnittlig 214 dager (7,1 måned) fra stevning til tingretten til domsavsigelse i lagmannsretten. Medianen er 204 dager (6,8 måneder).

I den ene saken som ble behandlet i Høyesterett gikk det 329 dager (11 måneder) fra stevning til endelig domsavsigelse.

---

<sup>47</sup> På tidspunktet for endelig dom.

<sup>48</sup> Ibid

<sup>49</sup> På tidspunkt for hovedforhandling for endelig dom.

## 7.5 2014-dommer med slutning opphør av tvungent vern

### 7.5.1 En kort gjennomgang av dommene

Av 240 2014-søksmål endte 11 med opphør av tvungent vern. Saksøkerne var ni menn og to kvinner.

Nedenfor følger en gjennomgang av rettens vurdering av vilkårene i § 3-3<sup>50</sup> i disse 11 sakene, med hovedvekt på det vilkåret retten fant at *ikke var oppfylt*.

1. Tingretten<sup>51</sup> fant at hovedvilkåret var oppfylt. Retten fant også behandlingsvilkårets forverringsalternativ oppfylt. Retten la videre til grunn at saksøker ikke hadde sykdomsinnsikt og at vedkommende ville slutte å ta antipsykotiske medikamenter ved opphør av tvang. Retten fant likevel etter helhetsvurderingen at tvangen skulle opphøre, og vektla da:
  - Saksøker hadde vært underlagt tvungent vern i 7 ½ år.
  - Vedkommende bodde i en omsorgsbolig med tilsyn og kunne raskt fanges opp dersom forverring inntraff.
  - Vedkommende hadde etter perioder med forverring og aktive psykotiske symptomer uansett alltid kommet tilbake til optimalt funksjonsnivå.
2. Tingretten<sup>52</sup> fant at hovedvilkåret var oppfylt. Retten fant ikke behandlingsvilkåret oppfylt, og la da vekt på:
  - Saksøker hadde mottatt antipsykotisk medisin i nesten seks måneder «uten at disse synes å ha hatt noen særlig virkning.» Vrangforestillingene, av noe begrenset omfang, ser ut til å vedvare til tross for medisiner. «I et slikt tilfelle gir ikke § 3-3 rom for tvang, selv om pasientens sosiale- og helsemessige situasjon ellers blir forverret etter en utskrivning».
3. Tingrettens<sup>53</sup> flertall fant at hovedvilkåret ikke var oppfylt. Saksøker hadde fått diagnosen paranoid schizofreni, men tingrettens flertall sier: «Det er imidlertid ikke fremlagt dokumentasjon som viser at saksøkeren er tilstrekkelig utredet i forhold til en såpass alvorlig diagnose. Det er for eksempel ikke benyttet SCID-I, som er et kvalitetssikret diagnoseverktøy.» Samtidig sier de at: «Saksøkeren fremstår overhodet ikke som psykotisk i dag. Fraværet av psykotiske symptomer kan ikke forklares ut fra medikasjon, i det han ikke er medisinert med antipsykotisk medikasjon».
4. Tingretten<sup>54</sup> kom til at både behandlingsvilkåret og farevilkåret – fare for andres liv og helse – var oppfylt. Retten fant imidlertid at saksøkers tilstand ikke oppfylte vilkåret om «alvorlig sinnslidelse». Retten kom, under sterk tvil, til at følgende tilstander ikke sammen kunne sies å utgjøre en alvorlig sinnslidelse: «Saksøkers grunnlidelse er ADHD, adferdsforstyrrelse, rusproblem, og relativt lav IQ. I tillegg er personlighetsproblematikk med klare trekk av personlighetsforstyrrelse, men legene mener han er for ung til å sette noe diagnose.»

<sup>50</sup> Se omtale av vilkårene i kap. 7.2.2

<sup>51</sup> Oslo tingrett 14-034636

<sup>52</sup> Sunnmøre tingrett 14-044336

<sup>53</sup> Asker og Bærum 14-053869

<sup>54</sup> Fredrikstad tingrett 14-063848/ BL 14-136952

5. Tingretten<sup>55</sup> fant at hovedvilkåret samt behandlingstvilkårets forverringsalternativ var oppfylt. Retten la videre til grunn at saksøker ikke hadde sykdomsinnsikt og at frivillig behandling derfor fremstod som formålsløst å forsøke. Rettens flertall kom likevel etter en helhetsvurdering til at tvangen skulle opphøre, og vektla da:
- Saksøker hadde vært underlagt tvungent vern i nesten 10 år.
  - Saksøker var en eldre person i 60 årene: *«Dette vil kanskje være den siste sjansen for saksøkeren til å få prøvet seg uten tvungent vern.»*
  - Saksøker hadde betydelige bivirkninger av den antipsykotiske medisinen, og opplevde tvangen som et overgrep.
6. Lagmannsretten<sup>56</sup> fant at ankende part oppfylte lovens krav om «alvorlig sinnslidelse». Retten fant imidlertid at tidskravet i behandlingstvilkårets forverringsalternativ ikke var oppfylt. Ankende part hadde aldri tidligere blitt vesentlig forverret innen lovens tidskrav på 3-4 måneder *når vedkommende var i så god tilstand som nå.*
7. Tingretten<sup>57</sup> fant at saksøker oppfylte lovens krav om «alvorlig sinnslidelse», og fant også (under tvil) at behandlingstvilkårets forverringsalternativ var oppfylt. Retten kom likevel etter en helhetsvurdering til at tvangen skulle opphøre, og la da vekt på:
- Saksøker ville fortsette med deler av medisinen frivillig (stemningsstabiliserende, men ikke antipsykotiske), og kanskje noe frivillig poliklinisk oppfølging.
  - Bortsett fra en kort periode hadde vedkommende vært sammenhengende under tvungent vern i fem år.
  - Medisinene hadde den ikke ubetydelige bivirkningen at saksøker følte at medisinene endret personligheten.
  - Det hadde til tross for tvungent vern og tvangsmedisinering vært nødvendig med gjentatte døgninnleggelse, slik at tvang uansett ikke forhindret dette.
8. Lagmannsretten<sup>58</sup> fant at ankende part oppfylte lovens krav om «alvorlig sinnslidelse». Retten fant imidlertid at tidskravet i behandlingstvilkårets forverringsalternativ ikke var oppfylt. Ankende part mottok antipsykotisk medisin i tablettform, og retten la til grunn at tidskravet da er strengere (2-3 måneder) enn ved depot (3-4 måneder).<sup>59</sup> Lagmannsretten kom til at ankende part ville trappe ned medisinene gradvis, og at en vesentlig forverring først ville inntreffe etter betydelig lengre tid enn 2-3 måneder: *«Hans sykdomsforløp synes å utvikle seg så gradvis at en vesentlig forverring, sammenlignet med hans funksjon slik den er i dag, først vil manifestere seg etter betydelig lenger tid.»*

---

<sup>55</sup> Bergen tingrett 14-078553

<sup>56</sup> BL 14-187412

<sup>57</sup> Nedre Romerike tingrett 14-137517

<sup>58</sup> FL 15-035392

<sup>59</sup> Dette i tråd med statens syn, jf. Helsedirektoratets fortolkning av 11.11.2015

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Behandlingsvilk%c3%a5rets%20forverringsalt.%20-tidskravet%20ved%20tabletter.pdf>

9. Tingretten<sup>60</sup> fant at saksøker oppfylte lovens krav om «alvorlig sinnslidelse». Retten fant imidlertid ikke at behandlingsvilkåret eller farevilkåret var oppfylt, da tilstrekkelig frivillig behandling ble vurdert som mulig. Retten la vekt på:
- Saksøker hadde tatt medisiner frivillig (uten § 4-4 vedtak) i over et og et halvt år.
  - Saksøker «...har under hovedforhandlingen erkjent at han trenger medisinene -hvis ikke går alt til «helvete» med syns- og hørselsforstyrrelser i løpet av en periode på tre til seks måneder»
10. Tingretten<sup>61</sup> fant at saksøker oppfylte lovens krav om «alvorlig sinnslidelse. Retten fant derimot ikke at tidskravet i behandlingsvilkårets forverringsalternativ (tre til fire måneder) var oppfylt. De viste da til konkret historikk hvor saksøker klarte seg med frivillig vern i en syv måneders periode forut for aktuelle tvangsinnleggelse.
11. Tingretten<sup>62</sup> fant at saksøker ikke hadde en «alvorlig sinnslidelse»: «Symptomene på amfetaminpsykose ligner mye på dem man finner ved paranoid schizofreni. Han har ikke vært rusfri i så lang tid, vanligvis seks måneder, at en kan utelukke narkotikabruk som årsak til hans symptomer på alvorlig sinnslidelse». Retten pekte videre på manglende diagnostisk vurdering eller annen utredning i den tre måneder perioden vedkommende hadde vært under tvungent vern.

Dommene som er referert ovenfor har altså den slutning at det tvungne vernet skal opphøre. Både i slike dommer, og i dommer hvor tvangsvernet opprettholdes, gis innimellom kritiske bemerkninger til sider ved behandlingen og tilbudet som pasienten mottar.

En kjent problemstilling for pasientgruppen under tvungent vern, er at kommunene kan ha problemer med å tilby tilpasset bolig.<sup>63</sup> Dette kan i sin tur gjøre at pasienten er unødig lenge på tvungent vern med døgnopphold. I en av sakene<sup>64</sup> gir retten følgende bemerkning:

*«... Det er uforsvarlig at han har ventet i over to år på et botilbud som er tilpasset hans rammebehov. Retten er enig i sykehusets vurdering om at dette reiser etiske problemer, som blir større jo lenger tid som går.»*

### 7.5.2 Noen forhold retten så hen til ved vurderingen av de ulike vilkårene

Dommene med slutning «tvungent vern skal opphøre» er få, men kan likevel gi noe informasjon om hva man bør ha oppmerksomhet på ved anvendelse av tvungent vern. Dette kan være nyttig kunnskap for aktørene i tvangsfeltet, herunder faglig ansvarlige, helseforetakene, kontrollinstanser og advokater. Det bemerkes at «opphørs-vedtakene» til kontrollkommisjonene er flere i antall, og derfor kunne gitt et bredere bilde.

<sup>60</sup> Øvre Romerike tingrett 14-141463

<sup>61</sup> Nedre Romerike tingrett 14-197911

<sup>62</sup> Oslo tingrett 14-205499

<sup>63</sup> Se eks. SINTEFs rapport «Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene»(2013) og Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)

<sup>64</sup> Stavanger tingrett 14-204803

På bakgrunn av dommene har vi satt opp noen punkter/spørsmål som det er grunn til å være spesielt oppmerksom på ved vurderingen av de ulike vilkårene for tvungent vern.

#### *Hovedvilkåret*

- Er den psykiske tilstanden tilstrekkelig utredet?
- Er det tilstrekkelig vurdert om psykosen kun var rusutløst?

#### *Behandlingsvilkårets forbedringsalternativ*

- Om pasienten har vært noe tid under tvang (opp mot et halvt år) og blitt behandlet med legemidler uten å bli særlig bedre, må det vurderes om vilkåret er oppfylt. Det samme gjelder når pasienten kun har enkelte avgrensede psykotiske symptomer som legemidler ikke avdemper.

#### *Behandlingsvilkårets forverringsalternativ*

- Det er relevant å se hen til pasientens historikk når det gjelder forverring.
- Selv om historikken viser rask forverring, må det gjøres en konkret vurdering av den aktuelle situasjonen. Flere forhold kan variere og påvirke tidsforløpet, herunder pasientens psykiske tilstand.
- Om det legges til grunn at pasienten i noe tid etter opphør av tvang frivillig vil ta legemidler/tabletter, herunder gradvis trapper ned, vil dette få betydning for den konkrete vurderingen av tidskravet.

#### *Momenter som kan tilsi opphør av tvungent vern etter en helhetsvurdering*

- Pasienten samtykker til deler av det anbefalte behandlingsopplegget, for eksempel stemningsstabiliserende legemidler, men ikke antipsykotisk legemidler.
- Varigheten av tvangsvernet kan få betydning, særlig i tilfeller hvor kun behandlingsvilkårets forverringsalternativ er oppfylt.<sup>65</sup>
- Pasientens bosituasjon og rammer utenfor institusjonen kan få betydning, dersom han/hun uansett raskt kan fanges opp igjen av helsetjenesten ved en forverring.
- Høy alder kan tilsi at pasientens syn tillegges mer vekt.
- Grad av bivirkninger er relevant i helhetsvurderingen.
- Pasienten vil etter en periode med forverring uansett kunne komme tilbake til dagens funksjonsnivå.
- Bruk av tvungent vern uten døgnopphold forhindrer uansett ikke forverring og behov for reinnleggelser.

---

<sup>65</sup> Fremgår av Ot. Prp. nr. 80 (1998-1999) s 80 og Rt-2001 s. 752



## 8. Datakvalitet - Status og utfordringer

### 8.1 Data om tvang i psykisk helsevern i Norsk pasientregister

Kvalitetsmessige og komplette gode data i Norsk pasientregister (NPR) er avgjørende for å kunne evaluere om tvangsbruken går i den ønskede retning.

For å kunne følge bruken av tvang i psykisk helsevern nasjonalt er sykehus og institusjoner pliktige til å rapportere informasjon om dette til Norsk pasientregister. I dette kapitlet vil vi se på krav og kvalitet i rapporteringen.

Rapporteringskravene for tvang i NPR-melding er delt i tre hovedområder; henvisningsformalitet, rettslig grunnlag (lovgrunnlag) for helsehjelpen og gjennomføringstiltak etter psykisk helsevernloven kapittel 4. Dette skal dokumenteres i pasientjournal og registreres strukturert i pasientadministrative system (PAS) for rapportering til NPR. I tillegg skal informasjon om de tre gjennomføringstiltakene skjerming, tvangsmiddel og tvangsbehandling rapporteres i papirprotokoller til kontrollkomisjonene. På grunn av at tvang skal dokumenteres på flere steder, kan mangelfull registreringspraksis føre til at ikke all informasjon som skal rapporteres til NPR blir registrert på rett sted i de pasientadministrative systemene.

I rapporteringen fra størsteparten av landes helseforetak er det en utfordring å knytte sammen behandlingen og relevante vedtak om tvungen observasjon, tvunget psykisk helsevern eller gjennomføringstiltak. Rapporteringskravet sier at bare den tvangsinformasjon som er relevant for en behandlingsepisode (døgnbehandling, dagbehandling eller polikliniske kontakt) skal rapporteres i tilknytning til denne. Dette er ikke ivaretatt i rapporteringen fra flere av foretakene da vedtak om tvang i utstrakt grad er kopiert ut på alle eller flere av pasientens behandlingsepisoder. Denne systemtekniske feilen innebærer at det rapporteres om tvangsbruk også for pasienter som reelt har vært i frivillig behandling og at samme vedtak rapporteres flere ganger. Dette gjør bruk av data til statistikkformål vanskelig og i noen tilfeller umulig, og krever i all bruk av data systematisk gjennomgang og spesiell tilrettelegging. I denne og tidligere tvangsrapporter er det, så langt det er mulig, tatt hensyn til dette. Noen ganger vil det imidlertid ikke være mulig å skille sikkert mellom relevante og ikke-relevante vedtak når data rapporteres på denne måten.

#### 8.1.1 Henvisningsformalitet

Henvisningsformalitet skal rapporteres for alle henvisninger, og er det rettslige grunnlaget som henvisende instans antar at pasienten skal behandles etter. Ved å registrere dette, kan vi f.eks. se hvor stor andel av de som henvises til tvang som det faktisk etableres tvungent vern overfor. Øyeblikkelig hjelp er unntatt fra henvisningskravet, men på grunn av kravet om en ekstern legeundersøkelse for etablering ved tvungent vern, kommer likevel de fleste som tvangsinnlegges via fastlege eller legevakt.

Kodeverket for rapportering av henvisningsformalitet inneholder de ulike rettslige grunnlag for behandling i psykisk helsevern som det er aktuelt å henvise til. Disse er bl.a. hjemlet i psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven, barnevernloven og straffeloven. Dersom pasienten henvises til frivillig helsehjelp skal det angis med egen kode. Det skal kun rapporteres en henvisningsformalitet for en henvisning, og den skal ikke endres underveis i behandlingsforløpet.

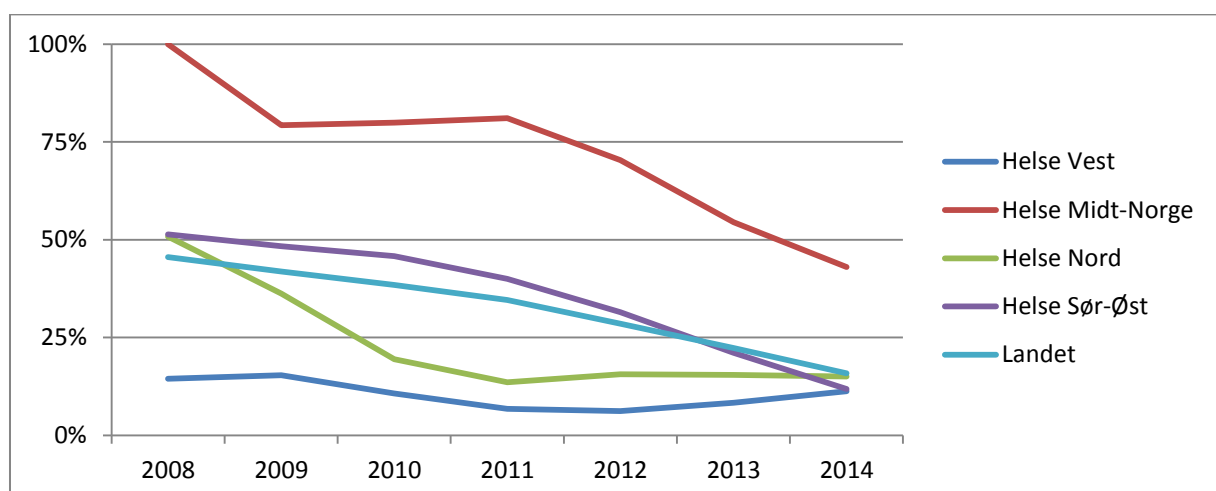
Henvisningsformaliteten skal registreres i og rapporteres fra pasientadministrativt system i spesialisthelsetjenesten. Under er kodeverk for henvisningsformalitet for 2014.

Tabell 8.1 Kodeverk for henvisningsformalitet for 2014. OID 8442.

Kodenummer	Kodetekst	Kommentar
1	Frivillig	jf. § 4-1 i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-1, og/eller § 2-1 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
21	Tvang med samtykke (§2.2)	Jf. §2.2 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
22	Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (§10-4)	Jf §10-4 i Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester
3	Tvungen observasjon (§3.2)	Jf §3.2 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
40	Tvungen psykisk helsevern (§3.3)	Jf §3.3 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
41	Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke (§6.2)	Jf §10-2 i Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester
42	Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere (§6.2a)	Jf §10-3 i Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester
5	Dømt til tvungen behandling/omsorg (§39, §39a)	Jf §39 og §39a i Straffeloven. Denne kode krever at kode 70-73 blir brukt ved type formalitet ved mottak.
6	Barnevernloven	
8	Gjennomføring av straff i institusjon eller sykehus (§12, §13)	Jf §12 og §13 Straffegjennomføringsloven
9	Prejudisiell/judisiell observasjon (§167)	Straffeprosessloven §167

### Datakvalitet henvisningsformalitet

Figuren under viser at det har vært en bedring i komplettethet i rapporteringen av henvisningsformalitet fra 2008 til 2014. Figuren viser andel henvisninger der det ikke er rapportert informasjon om henvisningsformalitet av de henvisningene som har ført til at pasienten har fått helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.



Figur 8.1 Andel henvisninger som har ført til helsehjelp og mangler informasjon om henvisningsformalitet. 2008-2014.

Figuren viser at den største forbedringen har skjedd i Helseregion Midt-Norge, men datakvaliteten for denne regionen er også i 2014 klart dårligere enn i de øvrige helseregionene. Også i Sør-Øst har det vært en positiv utvikling i perioden, mens komplettheten i Vest og Nord har vært rimelig høy gjennom store deler av perioden.

Ser vi på manglende henvisningsformalitet for forløp som starter med døgnopphold, ser vi i 2014 at komplettheten er bedre enn for forløp som starter med poliklinisk serie. Dette gjelder særlig for helseforetakene i Midt-Norge hvor andel manglende henvisningsformalitet synker fra 43 prosent til 24 prosent hvis vi kun ser på døgnopphold. For de andre regionene er ikke forskjellen så stor, der er også komplettheten høyere generelt.

Kompletthet i rapportering av henvisningsformalitet følges i nasjonal kvalitetsindikator på HelseNorge.no: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/henvisningsformalitet-ved-henvisning-til-psykisk-helsevern-for-voksne>

Her vil andel uten informasjon vises for alle henvisninger, både de som har ført til helsehjelp, og de som enda ikke har det eller der pasienten ikke har rett til eller behov helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Se også kapittel 4 for omtale av kvalitetsindikatorer.

### **8.1.2 Lovgrunnlag/ rettslig grunnlag for helsehjelp**

Lovgrunnlag er rettslig grunnlag for pasientens helsehjelp til enhver tid. I løpet av et behandlingsforløp kan lovgrunnlaget endres. Det rettslige grunnlaget kan være et annet enn henvisningsformaliteteten, det vil si et annet enn henvisende instans antok var riktig. For eksempel vil en del av de pasientene som henvises til tvungen observasjon/ tvungen psykisk helsevern, behandles etter eget samtykke.

Alle vedtak om etablering av tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven skal rapporteres med aktuell paragraf, dato for vedtak, informasjon om faglig ansvarlig for vedtak, tilleggsvilkår (behandlingvilkår eller farevilkår), og evt. dato for klage. Også opphør av slike vedtak er en del av innrapporteringen til NPR. I tillegg til rapportering av vedtak etter psykisk helsevernloven er det også mulig å rapportere informasjon om andre lovverk som hjemler opphold, f.eks. helse- og omsorgstjenesteloven eller barnevernloven. Hvis en pasient er i eller overføres til frivillig behandling i spesialisthelsetjenesten skal også det angis. Tabellen under viser kodeverket for lovgrunnlag for 2014.

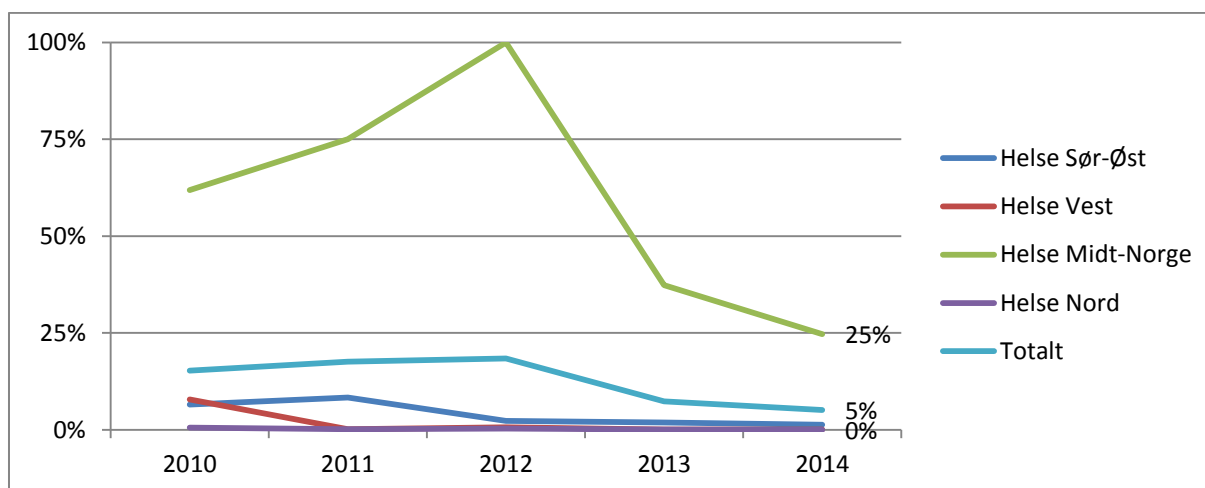
Tabell 8.2 Kodeverk for lovgrunnlag for 2014. OID 8440.

Kodenummer	Kodetekst	Kommentar
1	Frivillig	Jf §2-1) i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
21	Tvang med samtykke (kontrakt) (§2-2)	Jf. §2.2 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
22	Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (§10-4)	Jf §10-4 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
3	Tvungen observasjon uten døgnopphold (§3-2, §3-5-3)	Jf §3-2, jf. § 3-5 tredje ledd i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
4	Tvungen observasjon med døgnopphold (§3-2, §3-5-1)	Jf §3-2, jf. § 3-5 første ledd i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
51	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (§3-3, §3-5-3)	Jf §3-3, jf. § 3-5 tredje ledd i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
52	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold med frivillig innleggelse	
6	Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (§3-3, §3-5-1)	Jf §3-3, jf. §3-5 første ledd i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
70	Dømt til tvungent psykisk helsevern (kapittel 5)	Jf kapittel 5 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
71	Gjennomføring av straff i institusjon (§12, §13)	Jf §12 og §13 i Straffegjennomføringsloven
72	Gjennomføring av straff i institusjon (§12)	Jf §12 i Straffegjennomføringsloven
73	Gjennomføring av straff i sykehus (§13)	Jf §13 i Straffegjennomføringsloven
8	Barnevernloven	
91	Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke (§10-2)	Jf §10-2 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
92	Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige (§10-3)	Jf §10-3 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
93	Midlertidig vedtak ved akutt fare for psykisk/fysisk helse ved omfattende og vedvarande misbruk (§10-2, 4.ledd)	Jf §10-2, 4. ledd i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
94	Midlertidig vedtak ved akutt fare for psykisk/fysisk helse ved omfattende og vedvarande misbruk (§10-3, 5.ledd)	Jf §10-3, 5. ledd i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
11	Unntaksregelen - Endring fra frivillig til tvang (§3-4)	Jf §3-4 andre ledd i Psykisk helsevernloven
12	Nødrett (§47)	Jf §47 i Straffeloven
13	Prejudisiell/judisiell observasjon (§167)	Straffeprosessloven §167
10	Annen lovhemmel	

### Datakvalitet lovgrunnlag/ rettslig grunnlag for helsehjelp

I vurdering av datakvalitet for lovgrunnlag er det naturlig å skille mellom lovgrunnlag rapportert for døgnbehandling og lovgrunnlag rapportert for polikliniske kontakter og dagbehandling. Vurderingene av kompletthet nedenfor er gjort etter at kjente rapporteringsfeil er kompensert for.

Figur 8.2 gjelder enheter godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og viser manglende kompletthet i rapportering av lovgrunnlag ved døgnbehandling slik dette er beregnet i denne og tidligere rapporter utgitt av Helsedirektoratet om bruk av tvang i det psykiske helsevernet.



Figur 8.2 Manglende kompletthet i rapportering av lovgrunnlag for døgntilrettelagt opphold i enheter godkjent for bruk av tvang, rapportert til NPR i perioden 2010 til 2014<sup>1</sup>.

- 1) Helse Midt-Norge rapporterte for 2012 rettslig grunnlag for ca 70 prosent av sine døgntilrettelagte opphold. Pga omfattende feil i innrapporteringen kunne imidlertid ikke datagrunnlaget benyttes og manglende kompletthet er derfor satt til 100 prosent dette året.

Figuren viser bedring av datakvaliteten i data om lovgrunnlag fra 2012 til 2014.

Helse Midt-Norge hadde tidligere mer komplette tall, og fikk så en dårligere trend før de fra 2012 tilrettelagte registreringen og lagringen av data i PAS på en ny måte og fikk en forbedring av datakvaliteten for lovgrunnlag. Regionen har fortsatt lavest kompletthet i sine data. Data fra 2010 - 2012 var av så dårlig kvalitet for regionen at de ikke ble benyttet i nasjonale analyser. Helseforetakene i Midt-Norge bruker et annet PAS enn de fleste andre helseforetak i landet.

Data fra Helse Sør-Øst viser at komplettheten øker. Det er god rapportering fra de aller fleste enheter, men unntak er noen deler av Oslo universitetssykehus der de tidligere benyttet et PAS som ikke ga mulighet for riktig rapportering av tvangsinformasjon. Oslo universitetssykehus har gått bort fra dette systemet og har nå samme PAS for hele helseforetaket. Dette gir bedre muligheter for komplett rapportering. De delene av OUS som rapporterte dårlige tvangsdata stod kun for en liten del av del av aktiviteten i Helse Sør-Øst, så komplettheten for regionen er fortsatt høy.

For de øvrige regionene ser vi en tendens til mer komplette data over tid, og data om lovgrunnlag for døgntilrettelagt opphold i disse regionene er generelt god i perioden. Det er per 2014 grunn til å tro at data i NPR er godt egnet til å beskrive lovgrunnlag ved innleggelse til døgntilrettelagt opphold. Vedtak om opphør rapporteres bare i begrenset grad, og det er derfor fortsatt usikkerhet knyttet varigheten av vedtakene.

Siden 2014 har Helsedirektoratet publisert en nasjonal kvalitetsindikator for tvangsinnleggelse på HelseNorge.no: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelse-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

Denne er basert på data rapportert til NPR fra 2013 og framover. Indikatoren oppdateres årlig. I denne indikatoren kan helseforetakene og behandlingsstedene følge egne tall for tvangsinnleggelse. Hvis komplettheten av data er under 80 prosent vil ikke tall for behandlingsstedet vises i indikatoren.

NPR opplever økt fokus på og en økning i antall henvendelser om riktig registrering og rapportering av tvangsdata som en konsekvens av publiseringen.

Lovgrunnlag for poliklinikk er mindre brukte data, og kvaliteten er mer usikker, men også her ser vi tilsvarende tendens som for døgnbehandling med at komplettheten i data fra Midt-Norge har økt de siste årene, men den er fortsatt lavere enn for de andre regionene. For øvrige regioner ser det ut til at komplettheten relativt høy over de siste årene.

Hver polikliniske kontakt eller dagbehandlingsepisode er tidsmessig begrenset, og det er vanskelig å se for seg at det skal være mulig med flere skifter av rettslig grunnlag i disse begrensede tidsperiodene. Men på grunn av feilen med duplikater i rapporteringen (se innledningen av kapitlet) fra mange helseforetak rapporteres det ofte flere rettslige grunnlag også for polikliniske konsultasjoner og dagbehandling. Det er derfor ikke mulig å fastslå eksakt kompletthet i innrapporteringen, og det blir også langt på vei en skjønsmessig vurdering å avgjøre hvilket rettslig grunnlag som gjelder for den enkelte kontakten. Dette har igjen konsekvenser for muligheten til å bruke grunnlagene i analyser som gjelder tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD).

For flere helseforetak er registreringssystemet lagt opp slik at tvunget psykisk helsevern uten døgn (TUD) automatisk settes som rettslig grunnlag ved utskrivning fra tvungent psykisk helsevern hvis ikke annen informasjon registreres. Det vil si at helseforetakene må ha god praksis for å registrere at en pasient blir skrevet ut for videre frivillig poliklinisk helsehjelp hvis det er tilfellet. Det rettslige grunnlaget som registreres ved utskrivning fra en døgnavdeling vil stå som gjeldende for eventuelt påfølgende polikliniske kontakter fram til annet lovgrunnlag registreres. Konsekvensen av dette er overrapportering av TUD i poliklinikkepisoder som etterfølger et tvungent døgnopphold.

### **8.1.3 Gjennomføringsvedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4**

Norsk pasientregister skal få rapportert beslutninger og vedtak om tvang etter psykisk helsevernlovens kapittel 4. Rapporteringen skal ikke beskrive selve gjennomføringen av vedtakene, men den skal inneholde informasjon om når et vedtak ble fattet, hvilket vedtak som ble fattet og eventuelt tidspunkt for start og stopp av gjennomføringen. I noen tilfeller vil et vedtak kunne medføre flere gjennomføringer av tvang, for eksempel ved medikamentell tvangsbehandling, men antall gjennomføringer vil ikke komme fram av rapporteringen til NPR.

Tabell 8.3 viser kodeverket for gjennomføringsvedtak for 2014.

Tabell 8.3 Kodeverk for gjennomføringsvedtak for 2014. OID 8435.

Kodenummer	Kodetekst
1	Skjerming med vedtak - inntil 2 uker (jf §4-3)
2	Innskrenket forbindelse med omverdenen - inntil 14 dager (jf §4-5 annet ledd)
3	Undersøkelse av rom, eiendeler, samt kroppsvisitasjon (jf §4-6)
4	Beslag (jf §4-7)
5	Mekaniske tvangsmidler - ikke under 16 år (jf §4-8a)
6	Innelåsing uten personale til stede - ikke under 16 år (jf §4-8b)
7	Bruk av enkeltstående korttidsvirkende legemiddel (jf §4-8c)
8	Tvangsbehandling med legemiddel (jf §4-4a)
9	Annen tvangsbehandling (jf §4-4)
10	Skjerming uten vedtak - inntil 24 timer (jf §4-3)
11	Urinundersøkelse (jf §4-7a annet ledd)
12	Kortvarig fastholding (jf §4-8d)
13	Ernæring uten eget samtykke (jf §4-4b)
14	Overføring (jf §4-10)

De fleste av tvangsbehandlingsvedtakene (behandling uten eget samtykke jfr. phvl §4-4) som rapporteres er vedtak om tvangsbehandling med legemiddel (kode 8). Tvungen ernæring (kode 13) blir i følge rapporteringen mindre brukt. Annen tvangsbehandling (kode 9) kan være samtaleterapi, miljøterapi og arbeidsterapi. Det er svært lite rapportering av denne koden. Tabell 3.9 viser hvilke former for tvangsbehandling som er rapportert for pasienter i det psykiske helsevernet for voksne i 2014.

For øvrig rapporteres det beslutning om skjerming uten vedtak (inntil 24 timer) og vedtak som bruk av ulike typer tvangsmidler, skjerming inntil to uker, innskrenkning av retten til forbindelse med omverdenen, urinundersøkelse, undersøkelse av rom, eiendeler samt kroppsvisitasjon og beslag.

Tabell 3.10 viser antallet tvangsmiddelvedtak og vedtak om skjerming som er rapportert fra helseforetakene for 2014. Her ligger også en sammenligning med antall vedtak som ble funnet i en kartlegging utført av Kompetansesenter for sikkerhets, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER) i 2012.

#### **Datakvalitet gjennomføringsvedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4**

Alle gjennomføringsvedtak som fattes skal rapporteres med tilknytning til den pasienten og den behandlingsepisoden de er aktuelle for. Når det ikke er rapportert informasjon om et slikt vedtak vil det i de fleste tilfeller være reelt at det ikke har vært fattet noe vedtak. Men uten kontroll mot andre kilder, er det ikke mulig å skille mellom dette og manglende innrapportering av vedtak. For gjennomføringsvedtak kan vi derfor ikke si eksakt hvor komplett rapporteringen er. Vi ser en økning i rapportering av gjennomføringsvedtak de siste årene, og sannsynligvis skyldes dette økt kompletthet i rapporteringen mer enn økt bruk av tvang.

Figur 3.17 viser tvangsmiddelvedtak og skjermingsvedtak som er funnet i SIFER sine kartlegginger i 2009 og 2012 og samme typer vedtak rapportert til NPR for 2014. Tall i NPR forlenger tendensen fra kartleggingene for mekaniske tvangsmidler, legemidler, isolasjon og skjerming. Dette kan bety at komplettheten for disse formene for tvangsvedtak i NPR er relativt god. For holding viser tall for NPR for 2014 en annen tendens enn kartleggingene, noe som kan indikere for lav rapportering av vedtak

om holding til NPR. For å kunne si noe eksakt om komplettheten i data om tvangsvedtak i NPR må det gjennomføres en ny kartlegging tilsvarende de som er gjort av SIFER tidligere med nyere data.

Det er duplikater også i rapporteringen for gjennomføringsvedtak (se starten av kapittelet). Dette kan bero på registreringspraksis, men sannsynligvis er det dupliseringer når data trekkes ut fra pasientadministrative system. Duplikatene er fjernet i tabellene og figurene i kapittel 3. For at slike dubletter skal kunne identifiseres må tidspunktet for vedtaket (start og stopp) være rapportert. Dette mangler i data fra 2013 og tidligere år.

#### **8.1.4 Etablering av nytt rapporteringsformat for tvangsdata til NPR**

Kodeverkene for rapportering av lovgrunnlag (rettslig grunnlag) til NPR inneholder koder fra flere lovverk. Noen av disse kodene omhandler lovverk som ikke er rettslige grunnlag for behandling i spesialisthelsetjenesten (for eksempel Straffegjennomføringsloven). Dette fører til at kodene ikke er gjensidig utelukkende, og det kan være utfordrende til en hver tid å velge rett kode. Rapporteringskravene for gjennomføringsvedtak er lik for alle typer vedtak, selv om relevant informasjon kan være ulik for ulike vedtak.

EPJ-standarden for vedtak etter psykisk helsevernloven (se kapittel 8.2) gjelder gjensidig utelukkende koder for rettslige grunnlag, og registrering og lagring av informasjon om gjennomføringsvedtak. Standarden er tilpasset prosessene rundt de ulike typene vedtak.

For å bidra til å øke kvaliteten i data om tvang i NPR er det under utvikling et nytt rapporteringsformat som er tilrettelagt for rapportering av data som er registrert etter EPJ-standarden for vedtak. Denne måten å registrere på vil gi mulighet for at all informasjon om tvang kan registreres ett sted og for flere formål. Dette forventes å ha en god effekt på datakvaliteten. Samtidig utvikler en av de største PAS-leverandørene brukergrensesnitt for å registrere etter EPJ-standarden. Det antas at denne nye måten å rapportere tvangsdata på vil kunne testes fra 2016.

Det er ikke alle pasientadministrative system som vil bli tilrettelagt for registrering av informasjon om tvang etter EPJ-standarden. Derfor vil det i en overgangsperiode være mulig å rapportere informasjon etter nye eller gamle rapporteringskrav.

Registreringsveileder for psykisk helsevern (IS-1541) må revideres for å beskrive de nye rapporteringskravene som vil komme. Det er også kommet forslag til endringer i registreringsveilederen i forhold til eksisterende rapporteringsformat.

## **8.2 Standard for vedtak etter psykisk helsevernloven, til bruk i elektronisk pasientjournal**

For å legge forholdene til rette for en enhetlig og korrekt dokumentasjon av vedtak etter psykisk helsevernloven, har Helsedirektoratet utarbeidet en standard for registrering av alle typer slike vedtak i elektronisk pasientjournal (EPJ). Standarden inneholder tekniske spesifikasjoner som viser hva leverandører av EPJ-systemer må gjøre med sine systemer for å legge til rette for korrekt registrering.



Standarden skal bidra til å forenkle prosessen knyttet til registreringen slik at en unngår dobbeltregistrering. Registrering i EPJ skal både kunne skrives ut i form av et vedtaksskjema og danne grunnlag for rapportering til Norsk pasientregister (NPR) og aktuelle uttrekk til kontrollkomisjonenes gjennomgang. De kravene standarden stiller til registrering er til dels svært detaljerte, og følger strukturen i de aktuelle bestemmelsene i psykisk helsevernloven.

Standarden inneholder også krav som beskriver hvordan *gjennomføring* av vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 (Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold) og § 4-4 (Behandling uten eget samtykke) skal dokumenteres i EPJ.

Bruk av EPJ-systemer som følger standarden innebærer at kravet om føring av papirbaserte tvangsprotokoller for tvangsmidler, skjerming og tvangsbehandling kan frafalles. Det er et ønske fra direktoratet at disse «papirprotokollene» erstattes med elektroniske protokoller.

Malene for vedtak gir informasjon om hvilke vurderingstema loven oppstiller, hvem som skal være hørt før vedtak treffes, hvem som skal ha kopi av vedtaket mm. Maler for vedtak vil derfor kunne bidra til en likere og riktigere bruk av tvang. Malene vil videre kunne sikre at også nærmeste pårørende, og eventuelt begjærende instans, gis kopi av vedtak, når de skal ha dette. Videre vil malene kunne sikre at vedtaket som gis ut inneholder nødvendig og relevant begrunnelse av de ulike vilkårene som skal være oppfylt.

Standarden vil, når den er implementert i de EPJ-systemene som virksomhetene benytter, gi kontrollkomisjonene i det psykiske helsevern bedre muligheter for kontroll av tvangsbruk, og den enkelte institusjon vil få betydelig bedre grunnlagsdata for bruk i egen fag- og kvalitetsutvikling. Videre vil den enhetlige formen for registrering gi direkte sammenlignbare tall for alle institusjoner innenfor psykisk helsevern. Dette vil både kunne forenkle og forbedre rapporteringen til NPR.

DIPS implementerer nå standarden i sitt system DIPS Arena, og det forventes at kundene vil kunne ta i bruk funksjonaliteten i inneværende år. DIPS har alle helseforetak med unntak av helseforetakene i Midt-Norge som kunder. Standarden er å finne på ehelse.no: <https://ehelse.no/vedtak-etter-psykisk-helsevernloven-his-807022015>.

## Litteraturhenvisninger

Akershus universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2014): «Uprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?» Sluttrapport.

Berven Nina, Ingrid H. Johansen, Ole A. Brekke (2014): «Evaluering av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (TvangsForsk)». Rapport 3-2014, Uni Research Rokkansenteret. <http://www.tvangsforskning.no/nyheter/cms/2015/januar/evaluering-av-tvangsforsk/898>

Bjørgen Dagfinn, Aina Storvold, Reidun Norvoll og Tonje Lossius Husum (2014): «Alternativer til tvang». Erfaringskompetanse.no 2014:2.

Bremnes, R., Hatling, T. og Bjørngaard, J.H. (2008). «Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007». SINTEF, Rapport A8231.

Helsedirektoratet (2011): «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2010». Rapport - IS 1941.

Helsedirektoratet (2012): «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2011». Rapport – IS 2035.

Helsedirektoratet (2014): «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013». Rapport - IS 2243.

Helsedirektoratet (rev 2015): «EPJ standard: Vedtak etter psykisk helsevernloven». Teknisk standard HIS 80702:2015.

Helsedirektoratet (2015): «Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser». Rapport – IS 231.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012): «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015). Offentlig dokument.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt\\_frivillighet.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf)

Høringsmøte om «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester» (2012-2015), arrangert av Helsedirektoratet i samråd med de regionale helseforetakene, 14.04.15

Høyen, G. og Drange, H. (1994): «Utviklingen av tvangsmiddelbruk i norske psykiatriske institusjoner». Tidsskrift for den norske lægeforening 1994, 111: 1709-1713.

Knutzen, M., Bjørkly, S., Bjørnstad, M., Furre, A. og Sandvik, L. (2015): «Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2012». Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (SIFER). Rapport 2014-2.

Nettside om legemiddelfri behandling: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/legemiddelfri-behandling-i-psykisk-helsevern>.

Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (TvangsForsk) (2014): «Forskning om bruk av tvang i psykisk helsevern. Forskningsplan for perioden 2014-2019».

Norges forskningsråd (2009): «Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse»

Norvoll Reidun og Tonje Lossius Husum (2012) «Tvang i psykisk helsevern. Ansatte og misfornøyde brukeres ulike oppfatninger.» Erfaringskompetanse.no 2012:3. Artikkelen er bygget på rapporten av samme forfattere (2011): «Som natt og dag? - Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang».

Norvoll, R. (red) (2013): «Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver».

NOU 2011:9 «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet — Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.» Utredning fra utvalg. A. Brekke

OECD (2013): Landrapport om Arbeid og psykisk helse. Mental Health and Work, Norway.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/mental\\_health\\_and\\_work\\_norway\\_2013.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/mental_health_and_work_norway_2013.pdf)

Salize, H.J. og Dressing, H. (2004): «Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across European Union». British Journal of Psychiatry 2004, 184: 163-168.

Sosial- og helsedirektoratet: «Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008».

Sosial- og helsedirektoratet (2006): «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern» Rapport – IS 1370.

St.meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Melding til Stortinget.

St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.





**Helsedirektoratet**

**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)