



Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2011

Heftets tittel: Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2011

Utgitt: November 2012

Bestillingsnummer: IS-2035
ISBN-nr. 978-82-8081-274-2

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: 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

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-

Forfattere: Ragnild Bremnes
Solfrid E. Lilleeng
Per Bernhard Pedersen
Hanne Skoe Cederkvist
Mari S. Vestrheim

Illustrasjon: 07 Gruppen AS

Forord

I denne rapporten presenteres analyser av omfanget av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet. I kapittel 1 gis en oversikt over lovgrunnlaget. I kapittel 2 presenteres resultater basert på de data institusjonene har rapportert til Norsk pasientregister. I kapittel 3 presenteres en gjennomgang av resultater fra kontrollkomisjonenes arbeid og av fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om tvangsmedisinering og tvangsernæring. I kapittel 4 har vi tatt inn en oppsummering av kontrollkomisjonenes merknader vedrørende pasientenes generelle velferd.

Det har vært en målsetting å redusere omfanget av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet. Sosial- og helsedirektoratet publiserte i 2006 en tiltaksplan for

reduert og kvalitetssikret bruk av tvang. På bakgrunn av Bernt-gruppens og Helsedirektoratets tilråding om nye og forsterkede tiltak varslet Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2010 at det skulle etableres en nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, bestående av lokal, regional og nasjonal plan. Satsingen ble fulgt opp i Oppdragsdokument til regionale foretakene for 2010. Den nasjonale strategien, «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)» ble publisert av departementet i juli 2012.

Rapporten som her foreligger er en del av SAMDATA, Helsedirektoratets styringsinformasjon for spesialisthelsetjenesten.



Innhold

FORORD	1
SAMMENDRAG	7
1 LOVGRUNNLAG	9
2 BRUK AV TVANG I DØGNBEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE I 2011, BASERT PÅ DATA FRA NPR	11
2.1 Innledning	12
2.2 Datagrunnlag	12
2.3 Omfang og varighet av tvangsinnleggelse	18
2.4 Variasjon i omfang av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	23
2.5 Vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern	27
2.6 Konverteringer	28
2.7 Henvisningsformalitet	29
2.8 Oppfølging etter utskrivning fra tvungent opphold	30
2.9 Pasientegenskaper knyttet til tvangsinnlagte pasienter	32
3 KONTROLLKOMMISJONENES VIRKSOMHET I 2011 OG FYLKESMENNENES BEHANDLING AV KLAGER PÅ TVANGSMEDISINERING	35
3.1 Innledning	36
3.2 Datagrunnlag og metode	36
3.3 Kontrollkomisjonenes virksomhet i 2011	37
3.4 Behandling av saker etter phvl. § 2-1, annet ledd	37
3.5 Etterprøving av begjæring i henhold til phvl. § 2-2, fjerde ledd	37
3.6 Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	37
3.7 Unntak fra konverteringsforbudet	41
3.8 Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon	41
3.9 Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern	41
3.10 Utfallet av klagebehandlingen på vedtak om tvungent psykisk helsevern	44
3.11 Etterprøving etter 3 måneder og etter ett år under tvungent psykisk helsevern	47
3.12 Klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon/tvungent vern og på vedtak om oppheving av tvungen observasjon/tvungent vern	48
3.13 Klager på vedtak om bruk av skjerming og tvangsmidler	48
3.14 Fylkesmannens behandling av klager på tvangsmedisinering	49
3.15 Fylkesmennenes behandling av saker om tvangsernæring	51
4 KOMMISJONENES MERKNADER VEDRØRENDE VELFERDSKONTROLL	53
4.1 Innledning	53
4.2 Problemstillinger/merknader	53
VEDLEGG	55



Innledning

Det enkelte individ 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. Tidligere studier har likevel avdekket store institusjons- og avdelingsvise forskjeller i bruken av tvang. Dette kan ikke utelukkende forklares ved forskjeller i befolkningens sykkelighet men må i noen grad skyldes praksisforskjeller.

I denne rapporten presenteres analyser av omfanget av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet. I kapittel 1 gis en oversikt over lovgrunnlaget på feltet. I kapittel 2 presenteres resultater basert på de data institusjonene har rapportert til Norsk pasientregister. I kapittel 3 presenteres en gjennomgang av resultater fra kontrollkomisjonenes arbeid og av fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om tvangsmedisinering. I kapittel 4 har vi tatt inn en oppsummering av kontrollkomisjonenes merknader vedrørende pasientenes generelle velferd.

Institusjonenes innrapportering av tvangsdata til NPR er fortsatt mangelfull. Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har i en rapport datert oktober 2010 sterkt understreket behovet for å bedre datakvaliteten på dette området. Det anbefales at det skal iverksettes tiltak for at rapporteringskjeden i forhold til NPR fungerer på alle nivå innen 31.12.2010, og at alle enheter/klinikker har gjennomført opplæring i

registreringsveilederen. Videre skal de respektive helseforetak med sine IKT-enheter sikre at all datafangst fungerer innen 01.11.2010.

Gjennomgangen av data fra kontrollkomisjonene avdekker også en betydelig underrapportering av kontrollkomisjonenes behandling av klager på vedtak etter psykisk helsevernlovens kapittel 4 (bruk av skjerming og tvangsmidler).

Helse- og omsorgsdepartementet varslet i statsbudsjettet for 2010 at det skulle etableres en nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, bestående av lokal, regional og nasjonal plan. Satsingen ble fulgt opp i Oppdragsdokument til regionale foretakene for 2010. Den nasjonale strategien, «Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)» ble publisert av departementet i juli 2012. 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.»

Strategiens hovedmål er:

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.

Skal dette arbeidet lykkes, er man avhengig av gode data, for å kunne kvalitetssikre utviklingen på feltet. Foreliggende rapport er et ledd i dette arbeidet. Rapporten avdekker imidlertid at det fortsatt er store hull i rapporteringen av data, både i helseforetakenes innrapportering til NPR, og for kontrollkomisjonenes behandling av klagesaker.



Sammendrag

Beregninger basert på pasientdata fra NPR viser at om lag 5 600 personer ble tvangsinnlagt til sammen 8 300 ganger i 2011. Dette tilsvarer 145 tvangsinnlagte personer og 215 tvangsinnleggelsener per 100 000 voksne innbyggere og utgjør 18 prosent av alle innleggelsener i det psykiske helsevernet for voksne. Nivået er tilnærmet uendret fra 2010. Halvparten av tvangsinnleggelsene var en innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ble vurdert å være nødvendig for én av fire observasjonsopphold. Analysene viser fortsatt betydelige forskjeller i omfanget av tvangsbruk både mellom og innad i helseregionene, og det er de samme forskjeller som fremkommer for både 2009, 2010 og 2011. Slike forskjeller vil sannsynligvis både kunne forklares ved forskjeller i befolkningens sykkelighet og ved praksisforskjeller.

Schizofrenier var angitt som hovedtilstand for 42 prosent av de tvangsinnlagte pasientene i 2011, og for oppunder én av tre tvangsinnlagte ble det rapportert om rusrelatert lidelse. Observasjonsopphold ser i noen grad til å kunne knyttes til forekomst av ruslidelse.

For tvangsinnleggelsener der tvungent psykisk helsevern ble etablert, hadde halvparten av innleggelsene 18 eller flere tvungne døgn i løpet av oppholdet. I alt 10 prosent av tvangsinnleggelsene hadde 60 eller flere tvungne døgn, mens for sju prosent av tvangsinnleggelsene ble vedtaket om tvang opphevet i løpet av første døgn etter innleggelse. De lengste oppholdene under tvang gjaldt først og fremst pasienter der schizofrenier eller affektive lidelser var angitt som hovedtilstand mens ruslidelse og nevrotiske lidelser assosieres med kortere opphold under tvang.

Behandlingsvilkåret alene ble lagt til grunn for etablering av tvungent psykisk helsevern for mer enn halvparten av innleggelsene i 2011. Pasienten ble vurdert som farlig for seg selv eller andre ved 45 prosent av innleggelsene. Rapporterte data viser videre at mer enn én av tre ikke hadde noen form for oppfølging i det psykiske helsevernet første måned etter utskrivning fra tvungent døgnopphold. Reinnleggelsesraten for pasienter utskrevet fra tvang var på 22 prosent i 2011.

Rapportering av tvangsbehandling, vedtak om skjerming og tvangsmiddelbruk antas fortsatt å være ufullstendig og nasjonalt omfang for 2011 kan derfor ikke beregnes basert på innrapporterte pasientdata.

De 54 (av 56) kontrollkommisjonene vi har data fra avholdt i 2011 i alt 2 113 (2010: 2 496) møter og foretok totalt 2 411 (2010: 2 550) besøk ved institusjonene.

I følge tall fra kontrollkommisjonene ble det i 2011 fattet 4 110 (2010: 3 980) vedtak om tvungent psykisk helsevern og 3 165 (2010: 3 499) vedtak om tvungen observasjon. Sett i forhold til folketallet er det store forskjeller i hyppigheten av slike vedtak både for tvungent psykisk helsevern og for tvungen observasjon. Av 3 165 vedtak om tvungen observasjon ble 249 vedtak påklaget til kontrollkommisjonene. Av disse fikk syv prosent medhold. Av de 4 110 vedtakene om tvungent psykisk helsevern ble 2 238 vedtak, eller 54 prosent, påklaget til kontrollkommisjonene. Av disse fikk syv prosent medhold. Det er imidlertid store forskjeller mellom kommisjonene.

I kapitlet gjennomgås også kontrollkommisjonenes behandling av klager på vedtak om skjerming og bruk av tvangsmidler. Innrapporteringen fra kommisjonene er imidlertid for mangelfull til å kunne benyttes.

Fylkesmennene behandlet i 2011 i alt 848 klager på vedtak om tvangsmedisiner, tre prosent flere enn året før. Fylkesmennene opphevet fire prosent av vedtakene pga. saksbehandlingsfeil, mot to prosent året før. Ut over dette fikk seks prosent av klagerne helt eller delvis medhold. Det er store forskjeller i andel klager som gis helt eller delvis medhold. Fylkesmennene behandlet i tillegg fem saker om tvungen ernæring. Ingen av klagerne fikk medhold.

I kapittel 4 oppsummeres kontrollkommisjonenes merknader vedrørende velferdskontroll. Kommisjonene har bl.a. tatt opp spørsmål om bruk av tiltak etter lovens kapittel 4, fysisk utforming av institusjonen, institusjonenes saksbehandlingsrutiner, overføringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, utarbeiding av individuell plan, husordensregler og bemanning.



1

Lovgrunnlag

Psykisk helsevernloven (phvl.) (Lov 2. juli 1999 nr. 62) regulerer bruken av tvang i det psykiske helsevernet i Norge. Tvangsbruken kan deles i tre hovedgrupper: Tvingen observasjon/tvungent psykisk helsevern (jf. phvl. §§ 3-2 og 3-3), tvangsbehandling (jf. phvl. § 4-4) og tvangsmiddelbruk (jf. phvl. § 4-8). I tillegg kan loven gi hjemmel for rettighetsinngripende tiltak som skjerming, urinprøve, kroppsvisitasjon, beslag og flere (jf. phvl. §§ 4-3, 4-5 og § 4-7a).

Loven oppstiller formelle og materielle vilkår for etablering av tvingen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (jf. phvl. §§ 3-2 og 3-3).

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. phvl. § 1-4) foreta en vurdering og treffe vedtak om etablering eller ikke-etablering av tvingen observasjon (jf. phvl. § 3-2) eller tvungent psykisk helsevern (jf. phvl. § 3-3).

De materielle vilkårene for etablering av tvingen observasjon og tvungent psykisk er like (jf. phvl. §§ 3-2 og 3-3). For tvingen observasjon er det imidlertid tilstrekkelig med sannsynlighetsovervekt for at vilkårene er oppfylt. Tvingen observasjon kan benyttes for å avklare om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede, og kan i utgangspunktet kun benyttes i inntil ti dager¹.

Som hovedvilkår må pasienten ha en alvorlig sinnslidelse, 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, eller det er stor sannsynlighet for at pasientens får sin tilstand vesentlig forverret i meget nær fremtid uten tvungent vern (behandlingskriteriet).

- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å forhindre at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for seg selv eller andre (farekriteriet).

I tillegg er det et krav at tvingen observasjon eller tvungent psykisk helsevern må fremstå som den klart beste løsningen for pasienten etter en helhetsvurdering.

Vedtak om etablering og/eller opprettholdelse av tvingen 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. phvl. § 3-6 har klagerett.

Som hovedregel kan en pasient som mottar frivillig behandling (jf. phvl. § 2-1) ikke overføres til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet, jf. phvl. § 3-4). Det er imidlertid gjort unntak for situasjoner der pasienten ved utskrivelse ville utgjøre en fare for seg selv eller andre.

Tvungent psykisk helsevern kan bare gjennomføres ved døgnenheter med formell godkjenning (§ 3-5 første ledd)

Tvingen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres uten døgnomsorg 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.

Kontrollkommisjonen skal også drive en viss kontroll av eget initiativ (phvl. § 3-8 første og annet ledd). For det første skal kontrollkommisjonen orienteres om etablering av tvingen 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

1 Observasjonsperioden kan utvides med ytterlige ti dager ved samtykke fra kontrollkommisjonens leder.

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 (phvl. § 3-8 tredje ledd).

Adgangen til bruk av tvangsmidler er regulert i phvl. § 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 (jf. phvl. § 4-8 annet ledd).

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). Videre kan tvangsmidler bare anvendes i institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold².

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 kontrollkommisjonen av pasienten selv eller av pasientens nærmeste pårørende.

Behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling) er regulert i phvl. § 4-4, som forutsetter at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern (jf. phvl. § 3-3). 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.

² I akutsituasjoner kan tvangsmidler også anvendes i andre institusjoner, men det skal da straks vurderes om pasienten bør ha opphold i institusjon godkjent for tvungent psykisk helsevern (jf. forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm (psykisk helsevernforskriften) § 24)..

2

Bruk av tvang i døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne i 2011, basert på data fra NPR

Beregninger basert på pasientdata fra NPR viser at om lag 5 600 personer ble tvangsinnlagt til sammen 8 300 ganger i 2011. Dette tilsvarer 145 tvangsinnlagte personer og 215 tvangsinnleggelse per 100 000 voksne innbyggere og utgjør 18 prosent av alle innleggelse i det psykiske helsevernet for voksne. Nivået er tilnærmet uendret fra 2010. Halvparten av tvangsinnleggelsene var en innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ble vurdert å være nødvendig for én av fire observasjonsopphold. Analysene viser fortsatt betydelige forskjeller i omfanget av tvangsbruk både mellom og innad i helseregionene og det er de samme forskjeller som fremkommer for både 2009, 2010 og 2011. Slike forskjeller vil sannsynligvis både kunne forklares ved forskjeller i befolkningens sykkelighet og ved praksisforskjeller.

Schizofrenier var angitt som hovedtilstand for 42 prosent av de tvangsinnlagte pasientene i 2011, og for oppunder én av tre tvangsinnlagte ble det rapportert om rusproblematikk. Observasjonsopphold ser i noen grad til å kunne knyttes til forekomst av ruslidelse.

For tvangsinnleggelse der tvungent psykisk helsevern ble etablert, hadde halvparten av innleggelsene 18 eller flere tvungne døgn i løpet av oppholdet. I alt 10 prosent av tvangsinnleggelsene hadde 60 eller flere tvungne døgn, mens for sju prosent av tvangsinnleggelsene ble vedtaket om tvang opphevet i løpet av første døgn etter innleggelse. De lengste oppholdene under tvang gjaldt først og fremst pasienter der schizofrenier eller affektive lidelser var angitt som hovedtilstand mens ruslidelser og nevrotiske lidelser assosieres med kortere opphold under tvang.

Behandlingsvilkåret alene ble lagt til grunn for etablering av tvungent psykisk helsevern for mer enn halvparten av innleggelsene i 2011. Pasienten ble vurdert som farlig for seg selv eller andre ved 45 prosent av innleggelsene. Rapporterte data viser videre at mer enn én av tre ikke hadde noen form for oppfølging i det psykiske helsevernet første måned etter utskrivning fra tvungent døgnopphold. Reinnleggelsesraten for pasienter utskrevet fra tvang var på 22 prosent i 2011.

Rapportering av tvangsbehandling, vedtak om skjerming og tvangsmiddelbruk antas fortsatt å være ufullstendig og nasjonalt omfang for 2011 kan derfor ikke beregnes basert på innrapporterte pasientdata.

2.1 Innledning

Analysene i dette kapitlet belyser bruk av tvang ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne i 2011. Analysene gjelder omfang og varighet av tvangsinnleggelse og pasientegenskaper ved tvangsinnlagte pasienter. Rapporten gir også en oversikt over hvilke kriterier som legges til grunn for vedtak om tvungent psykisk helsevern og viser anslag på omfanget av videre kontakt med psykisk helsevern etter utskrivning fra tvungent opphold.

Institusjonenes rapportering av tvangsbehandling, tvangsmiddelbruk og vedtak om skjerming antas fortsatt å være ufullstendig. Den er derfor ikke utnyttet til analyseformål, men rapporten gir en oversikt over antall rapporterte vedtak for hver av disse tvangsformene.

2.2 Datagrunnlag

Analysene i dette kapitlet gjelder bruk av tvang ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne i 2011. Datagrunnlaget er basert på opplysninger om døgnbehandling slik dette er rapportert i NPR-meldingen til Norsk Pasientregister (NPR). Alle behandlingssteder i det psykiske helsevernet er rapporteringspliktige til NPR, og for avdelinger med godkjenning for bruk av tvang er rapportering av tvangsbruk en del av denne rapporteringsplikten. For alle opphold skal det rapporteres om henvisningsformalitet og spesialistvedtak ved innleggelse, og dette gjelder også når oppholdet er basert på frivillighet. Spesialistvedtak som fattes i løpet av oppholdet, enten dette gjelder opprettholdelse av vedtak eller endring av vedtak, skal også inngå i rapporteringen og datofestes. Videre skal alle vedtak om skjerming, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk under behandling i spesialisthelsetjenesten rapporteres.

I motsetning til tidligere år er datagrunnlaget for analysene dette året basert på separate filer for spesialistvedtak og tvangsmidler/tvangsbehandling. Filene er etablert av NPR i henhold til de innrapporterte data på NPR-meldingsformat. Filene inneholder koblingsnøkler slik at informasjonen stegvis kan kobles sammen og videre knyttes til den aktuelle episoden som representerer pasientens opphold/kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Spesialistvedtak og vilkår kobles sammen og vedtak med vilkår kobles deretter til episodene. På de ulike stadiene undersøkes omfanget av dubletter. Dubletter av informasjon opptrer i ulikt omfang, uvisst av hvilken grunn, men tas ut når det er klart at det dreier seg om kopier av informasjon. Tilsvarende vurdering gjøres for skjerming, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Her mangler imidlertid tidspunktet for vedtaket; kun vedtaksdato inngår i datafilen, og man kan dermed ikke si med sikkerhet om to like vedtak med samme dato er identiske.

For analysene i denne rapporten er det vedtak som er fattet i 2011 som er fokuset fordi det er aktiviteten i 2011 informasjonen om spesialistvedtak og tvangsmiddelbruk/tvangsbehandling skal knyttes til. Det er imidlertid et betydelig omfang av historiske vedtak som blir med i disse koblingene. Disse ekskluderes på grunn av manglende relevans. Gjennom denne koblingen avdekkes det også at opphold mangler en avslutning for vedtak om tvungent vern ved at det siste spesialistvedtaket som er rapportert for oppholdet er vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Dette kan tyde på mangler i oppdateringene av spesialistvedtakene som rapporteres inn.

Den informasjonen NPR etterspør (gjennom NPR-meldingen) er langt på vei tilstrekkelig for kvantitativt å kunne analysere alle former for tvangsbruk i det psykiske helsevernet på en god måte. Fordi flere institusjoner rapporterer mangelfullt til NPR, kan det innsamlede datamateriale likevel bare i begrenset grad utnyttes:

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

Analysen som gjelder bruk av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern utnytter informasjon om henvisningsformalitet og spesialistvedtak. Analysegrunnlaget avgrenses til å gjelde pasienter med minst én ny innleggelse i 2011 og utgjør totalt 45 546 innleggelse (ekskl. overføringer) fordelt på 25 224 pasienter. Tabell 2.1 gir en oversikt over hvordan innleggelse i 2011 fordelte seg mellom ulike institusjonstyper. 80 prosent av innleggelsene i 2011 var innleggelse til døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

Data er systematisk gjennomgått og vurdert med hensyn til kompletthet. Som et ledd i denne gjennomgangen er vedtaksdatoer i hvert opphold kontrollert mot perioden

Tabell 2.1: Antall innleggelser (ekskl. overføringer) og pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2011.

	Innleggelser til sykehus	Innleggelser til DPS oa	Innleggelser ¹⁾ totalt	Antall pasienter ²⁾
Godkjent for TPH	26 867	9 757	36 624	20 963
Ikke godkjent for TPH	1 722	7 200	8 922	4 261
Alle døgninstitusjoner	28 589	16 957	45 546	25 224

1 Antall innleggelser omfatter ikke overføringer mellom poster, avdelinger eller institusjoner.

2 Antall pasienter er pasienter med minst én ny innleggelse i 2011. Noen pasienter hadde flere opphold ved ulike institusjonstyper i løpet av året. Antall pasienter angitt for institusjoner som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern er avgrenset til å gjelde pasienter uten innleggelse til institusjon godkjent for tvungent psykisk helsevern.

for oppholdet. Gjennomgangen viser at informasjon om henvisningsformalitet manglet for 22 prosent av innleggelserne (ekskl. overføringer), mens 14 prosent manglet informasjon om spesialistvedtak ved innleggelse. Tabell 2.2 gir en oversikt over komplettitet i rapportering av henvisningsformalitet og spesialistvedtak ved innleggelse for hvert av helseforetakene.

For enkeltinstitusjoner var rapporteringen av spesialistvedtak for 2011 såpass mangelfull at rapporterte data ikke kan utnyttes til analyseformål. Dette gjelder først og fremst institusjoner i Helse Midt-Norge og Oslo Universitetssykehus. Analysene som presenteres i denne rapporten vil derfor være basert på data fra et utvalg av institusjoner med antatt god datakvalitet, heretter omtalt som *analyseutvalget*. Siden tvangsinnleggelser bare kan skje til institusjoner med godkjenning for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, avgrenses analysegrunn-

laget, for analyser som gjelder tvangsinnleggelser, til å gjelde innleggelser til disse institusjonene, totalt 36 624 innleggelser³. Døgninstitusjoner som mangler informasjon om spesialistvedtak ved innleggelse for mer enn 20 prosent av innleggelserne (ekskl. overføringer) i 2011 ekskluderes fra utvalget. Vedlegg 1 gir en oversikt over hvilke institusjoner dette gjelder. Dette er gjort for at datamaterialet som ligger til grunn for analysene i størst mulig grad skal kunne generere representative resultater. Utvalget av institusjoner godkjent for å ta tvangsinnleggelser utgjør da 28 923 innleggelser, som er 79 prosent av alle innleggelser til institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. 17 prosent av pasientene med minst én ny innleggelse til psykisk helsevern for voksne i 2011 hadde vært behandlet ved institusjon ekskludert fra analysegrunnlaget eller hadde innleggelse uten kjent vedtak ved innleggelse. For denne gruppen vil antall tvangsinnleggelser være ukjent.

3 Hvilke institusjoner som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold er definert i henhold til Helsedirektoratets oversikt per 2011 og gjengitt i vedlegg 1.

Tabell 2.2: Andel døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne i 2011 uten registrering av henholdsvis henvisningsformalitet og spesialistvedtak ved innleggelse. Fordelt etter helseforetak.

Helseforetak	Innleggelser ekskl. overføringer (N)	Andel ¹⁾	
		Spesialistvedtak ved innleggelse mangler	Henvisningsformalitet mangler
Sykehuset Østfold HF	2 525	0	8
Akershus universitetssykehus HF	3 301	0	57
Oslo universitetssykehus HF	1 554	94	15
Sykehuset Innlandet HF	3 042	0	23
Vestre Viken HF	2 909	0	31
Psykiatrien i Vestfold HF	1 748	1	0
Sykehuset i Telemark HF	1 765	2	6
Sørlandet sykehus HF	3 466	0	37
Direkte under Helse Sør-Øst RHF ²⁾	3 678	0	12
Helse Stavanger HF	2 737	0	0
Helse Fonna HF	1 595	0	26
Helse Bergen HF	2 810	0	23
Helse Førde HF	693	0	2
Direkte under Helse Vest RHF	1 311	0	6
Helse Møre og Romsdal HF	2 331	53	32
St Olavs hospital HF	3 148	78	37
Helse Nord-Trøndelag HF	1 226	98	54
Helgelandssykehuset HF	195	0	8
Nordlandssykehuset HF	1 696	0	20
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 989	0	5
Helse Finnmark HF	779	0	6
Direkte under Helse Nord RHF ³⁾	48	0	100
Totalt	45 546	14	22

1 Inkluderer innleggelser med ugyldig kodeverdi.

2 Manglende komplettethet i rapporteringen gjelder i hovedsak Diakonhjemmet sykehus

3 Gjelder Kløveråsen utredning- og kompetansesenter. Viken senter for psykiatri og sjelesorg har ikke rapportert pasientdata for 2011.

Tabell 2.3: Analyseutvalg 2011. Antall innleggelser, antall pasienter og representativitet.

		Innleggelser				Pasienter ¹⁾	
		Sykehus	DPS oa	Totalt	Til tvang	Totalt	Til tvang
Alle institusjoner godkjent for TPH	Antall	26 867	9 757	36 624		20 963	
I utvalget	Antall	20 647	8 276	28 923	6 395	16 575	4 439
	Andel	77	85	79		79	

1 Gjelder pasienter med minst én ny innleggelse til institusjon godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Tabell 2.3 gir en oppsummering av analyseutvalgets størrelse og representativitet, målt ved andel innleggelser og andel pasienter. Dersom praksis for tvangsbruk ved institusjonene som ekskluderes fra analyseutvalget avviker vesentlig fra praksis i institusjonene som inngår i utvalget vil ikke analyseresultater basert på rapportering fra institusjonene som inngår i utvalget gi en god beskrivelse av tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter i det psykiske helsevernet.

Det stilles ingen krav til kompletthet i rapportering av henvisningsformalitet og endringsvedtak for utvalget. Usikkerhet knyttet til analyser som utnytter slike data vil derfor være større enn usikkerhet knyttet til analyser av spesialistvedtak ved innleggelse. Henvisningsformalitet manglet for 16 prosent av innleggelsene i analyseutvalget. Kompletthet i rapportering av endringsvedtak lar seg ikke kontrollere på en god måte uten at det foretas en journalgjennomgang.

Vedtak om skjerming og tvangsmiddelbruk i 2011

Tidligere gjennomgang av data fra NPR har vist at rapportering av tvangsmiddelbruk, og vedtak om skjerming har vært svært mangelfull, se bl.a. Bremnes og Jensberg, 2009. Det har derfor ikke vært publisert pasientdatatall for disse formene for tvang. Tabell 2.4 gir en oversikt over antall innrapporterte vedtak om skjerming og hver av tvangsmidlene i 2010 og 2011. I Bjørkly m.fl., 2011 presenteres manuelt innsamlede tall for vedtak om skjerming og tvangsmiddelbruk i 2009. Innsamlingen er basert på anonymiserte kopier av skjermings- og tvangsmiddelprotokollene. Tabell 2.4 gir også en oversikt per helseforetak over de manuelt innhentede dataene.

Rapportert nivå til NPR i 2011 utgjør om lag 64 prosent av nedtegnet nivå for 2009. Avviket er betydelig for flere av helseforetakene. Dette gir grunn til å anta at rapportering av skjermingsvedtak og tvangsmiddelbruk fortsatt er mangelfull og begrenser muligheten til å utnytte rapporterte data til analyseformål.

Tabell 2.4: Antall innrapporterte vedtak om skjerming og tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne i 2010 og 2011. Antall nedtegnede vedtak for 2009.

Helseforetak	Skjerming		Mekaniske tv.midler		Isolering		Korttidsvirkende legemidler		Holding		Sum vedtak		
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010 (NPR)	2011 (NPR) ¹⁾	2009 (protokoller ²⁾)
Sykehuset Østfold HF	121	162	262	178	0	0	55	62	11	32	449	434	392
Akershus universitetssykehus HF	109	342	184	345	1	0	79	147	46	98	419	932	855
Oslo universitetssykehus HF	434	87	419	128	0	1	52	27	45	48	950	291	1 893
Sykehuset Innlandet HF	225	236	193	127	35	10	88	88	143	164	684	625	789
Vestre Viken HF	199	242	195	281	2	2	61	83	71	128	528	736	953
Psyk i Vestfold HF	172	122	136	94	5	4	36	23	0	0	349	243	510
Sykehuset Telemark HF	0	48	5	78	0	0	11	89	5	240	21	455	288
Sørlandet sykehus HF	69	87	114	106	0	1	84	88	42	91	309	373	333
Direkte under Helse Sør-Øst RHF	306	275	117	85	31	16	91	69	57	56	602	501	674
Helse Stavanger HF	513	573	5	23	4	21	4	21	2	7	528	645	1 142
Helse Fonna HF	144	152	96	161	3	4	37	40	14	49	294	406	301
Helse Bergen HF	466	431	88	111	6	3	64	77	23	21	647	643	661
Helse Førde HF	57	22	26	14	0	0	27	7	13	12	123	55	267
Direkte under Helse Vest RHF	59	53	5	6	0	0	8	6	1	4	73	69	0
Helse Møre og Romsdal HF	2	4	1	1	0	0	1	1	0	0	4	6	538
St Olavs hospital HF	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	394
Helse Nord- Trøndelag HF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	326
Helgelandssykehuset HF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordlandssykehuset HF	40	77	11	57	0	0	3	12	5	8	59	154	255
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	146	168	133	191	0	0	32	33	26	32	337	424	368
Helse Finnmark HF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Direkte under Helse Nord RHF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	3 062	3 082	1 990	1 986	87	62	733	873	504	990	6 376	6 993	10 939

1 Tilrettelegging av tall fra NPR for 2011 viser et visst omfang av like vedtak samme dag. Det kan ikke utelukkes at dette i noen grad dreier seg om dubletter i rapporteringa. Dersom disse ekskluderes fra grunnlaget utgjør rapporteringen av tvangsmiddelbruk og skjerming i 2011 6 198 vedtak. Tilsvarende kontroll er ikke foretatt for rapporterte data for 2010.

2 Dette er tidligere publisert i Bjørkly m.fl., 2011.

Vedtak om tvangsbehandling i 2011

For vedtak om tvangsbehandling finnes det per i dag ingen sikker kilde for nasjonalt nivå. Siste systematiske gjennomgang av pasientdata viste at det i 2007 ble rapportert tvangsbehandlingsvedtak for om lag 1 200 døgnopphold⁴. I følge data fra SSB ble det i 2007 rapportert om lag 2 000 tvangsbehandlingsvedtak, men dette omfatter vedtak både med og uten døgnopphold. Det var ikke de samme institusjonene som rapporterte om tvangsbehandlingsvedtak i de to datakildene, og det ble derfor konkludert med at rapporteringen var mangelfull (Bremnes og Jensberg, 2009). Det kan også nevnes at fylkesmennene i 2011 behandlet om lag 850 klager på vedtak om tvangsbehandling (se kapittel 3).

Tabell 2.5 gir en oversikt over antall registrerte vedtak om tvangsbehandling i døgnbehandling i 2010 og 2011.

Registreringen fra 2007 gjelder opphold med vedtak om tvangsbehandling, mens registreringen fra 2010 gjelder antall vedtak, og data er dermed ikke direkte sammenlignbare. Det er likevel grunn til å anta at rapportert nivå er omtrent uendret, og det vurderes derfor å være sannsynlig at vedtak om tvangsbehandling fortsatt er underrapportert. Det er likevel ikke mulig å vurdere om rapportert nivå er reelt uten å gjennomføre en journalgjennomgang, eller i det minste å kunne sammenholde rapporteringen mot andre datakilder.

Tabell 2.5: Antall innrapporterte vedtak om tvangsbehandling i 2010 og 2011.

Helseforetak	2010	2011 ¹⁾
Sykehuset Østfold HF	67	72
Akershus universitetssykehus HF	56	112
Oslo universitetssykehus HF	99	54
Sykehuset Innlandet HF	68	57
Vestre Viken HF	93	101
Psyk i Vestfold HF	57	47
Sykehuset Telemark HF	0	50
Sørlandet sykehus HF	144	112
Direkte under Helse Sør-Øst RHF	127	126
Helse Stavanger HF	116	116
Helse Fonna HF	23	39
Helse Bergen HF	246	206
Helse Førde HF	52	14
Direkte under Helse Vest RHF	24	33
Helse Møre og Romsdal HF	7	2
St Olavs hospital HF	0	2
Helse Nord-Trøndelag HF	0	0
Helgelandssykehuset HF	0	0
Nordlandssykehuset HF	11	49
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	109	81
Helse Finnmark HF	0	0
Direkte under Helse Nord RHF	0	0
Totalt	1299	1273

1 Tilrettelegging av tall fra NPR for 2011 viser et visst omfang av like vedtak samme dag. Det antas at dette dreier seg om dubletter i rapporteringa, og vedtakene er ekskludert fra grunnlaget. Dersom disse inkluderes i grunnlaget utgjør rapporteringen 1391 vedtak om tvangsbehandling for 2011. Tilsvarende kontroll er ikke foretatt for rapporterte data for 2010.

4 Antall vedtak ble først rapportert fra 2008

Tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter i 2011

Dette avsnittet vil belyse omfang av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, nasjonalt og for ulike geografiske områder i 2011. Avsnittet vil også se på kjønns-, alders- og diagnosefordeling for tvangsinnlagte pasienter og for ulike grupper av tvangsinnlagte pasienter. Dette vil være (1) tvangsinnlagte som bare er innlagt for tvungen observasjon, (2) tvangsinnlagte hvor det er fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern. Alle analysene vil være basert på data fra institusjoner som inngår i analyseutvalget jf. beskrivelse over.

Overføringer mellom poster, avdelinger eller institusjoner inngår ikke i grunnlaget for beregning av innleggelser og defineres følgelig ikke som nye tvangsinnleggelser selv om vedtaket om tvang opprettholdes ved overføring. For i underkant av to prosent av de **frivillige** innleggelsene i 2010 og 2011 var det imidlertid registrert ett eller flere vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i løpet av oppholdet. Det antas at dette dreier seg om opphold hvor tvang var vurdert som nødvendig ramme for behandling i løpet av oppholdet og at pasienten derfor ble overført fra frivillig til tvungen behandling. Det kan likevel ikke utelukkes at dette i noen grad skyldes feilregistreringer av første eller senere vedtak. I analyser for 2010 og 2011 vil disse oppholdene likevel være definert som tvangsinnleggelser. Slike innleggelser vil ikke inngå i grunnlaget for beregning av tvangsinnleggelser for perioden før 2010.

2.3 Omfang og varighet av tvangsinnleggelser

Det er flere innfallsvinkler for å måle omfanget av bruken av tvang. Hva som er et godt mål vil avhenge både av egenskaper ved data og av hva man ønsker å belyse. For et robust bilde vil det være nødvendig å se flere mål i sammenheng. Rapporten søker å belyse omfanget av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ved å se på

1. Volum av tvangsinnleggelser
2. Volum av tvangsinnlagte pasienter
3. Varigheten av tvungent opphold

Tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter i perioden 2007-2011

Gjennomgang av rapporterte data for 2011 viser fortsatt svært dårlig rapportering av spesialistvedtak ved innleggelse for enkeltinstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. For disse institusjonene vil antall tvangsinnleggelser og antall tvangsinnlagte pasienter være ukjente størrelser, og nivå må derfor estimeres for at nasjonalt omfang av tvangsinnleggelser og antall tvangsinnlagte skal kunne anslås.

Sintef Helse har fulgt utviklingen i omfanget av tvangsinnleggelser for perioden 2001-2007 og har også utviklet en metode for å estimere nasjonale volumtall basert på et analyseutvalg av institusjoner med god datakvalitet. Denne metodikken er videreført her. Estimeringen skjer ved at det for institusjoner med underkjent datakvalitet beregnes et høyt, et middels og et lavt estimat for antall innleggelser til henholdsvis tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.

Høyt estimat beregnes ved antagelse av gjennomsnittlig marginalfordeling lik de fem institusjonene i analyseutvalget med laveste andel frivillige innleggelser.

Lavt estimat beregnes ved antagelse av gjennomsnittlig marginalfordeling lik de fem institusjonene i analyseutvalget med høyeste andel frivillig innleggelser.

Middels estimat beregnes ved antagelse av gjennomsnittlig marginalfordeling lik alle institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i utvalget.

Estimatene beregnes separat for henholdsvis sykehus og DPS og andre døgninstitusjoner. Metoden gir et trepunkts estimat for totalt omfang av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Dersom institusjoner som ikke leverer data av godkjent kvalitet i gjennomsnitt ikke har høyere eller lavere andel tvangsinnleggelser enn de fem observerte institusjonene med henholdsvis laveste og høyeste andel frivillige innleggelser, vil det faktiske omfanget av tvangsinnleggelser ligge innenfor det estimerte intervallet. Intervallet blir smalere og mer presist når datakomplektheten øker. Usikkerhet knyttet til volum av tvangsinnleggelser siste to år er beregnet som beskrevet over og illustrert i figur 2.1. Den videre presentasjonen forutsetter at analyseutvalget er representativt

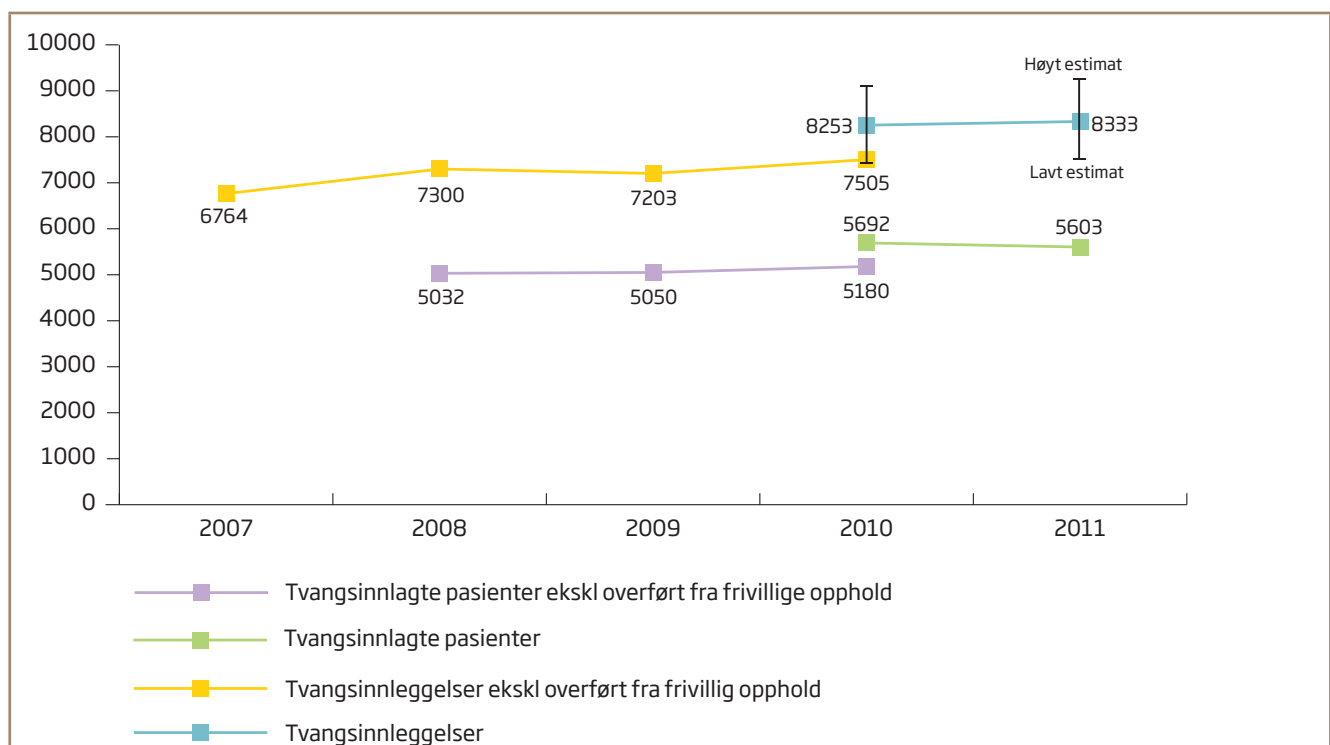
og gjør beregninger basert på den gjennomsnittlige fordelingen i analyseutvalget (jf. middels estimat).

Fra 2008 er pasientdata fra NPR personentydige, og det er dermed også mulig å si noe om antall tvangsinnlagte pasienter. For pasienter behandlet ved institusjoner ekskludert fra analyseutvalget og for pasienter med én eller flere innleggelser med ukjent spesialistvedtak ved innleggelse, er forekomsten av tvangsinnleggelser ukjent. For nasjonalt anslag må derfor antall tvangsinnlagte blant disse pasientene estimeres. I analyser som presenteres er dette ivaretatt ved å anta sannsynlighet for tvangsinnleggelse i denne pasientgruppen lik andel tvangsinnlagte blant øvrige pasienter med minst én innleggelse til institusjon godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i 2011.

Figur 2.1 viser utvikling i estimert antall tvangsinnleggelser for perioden 2007-2011, mens figur 2.2 viser hvordan utviklingen har vært når tallene justeres for befolkningsvekst i samme periode. Figur 2.3 viser hvordan innleggel-

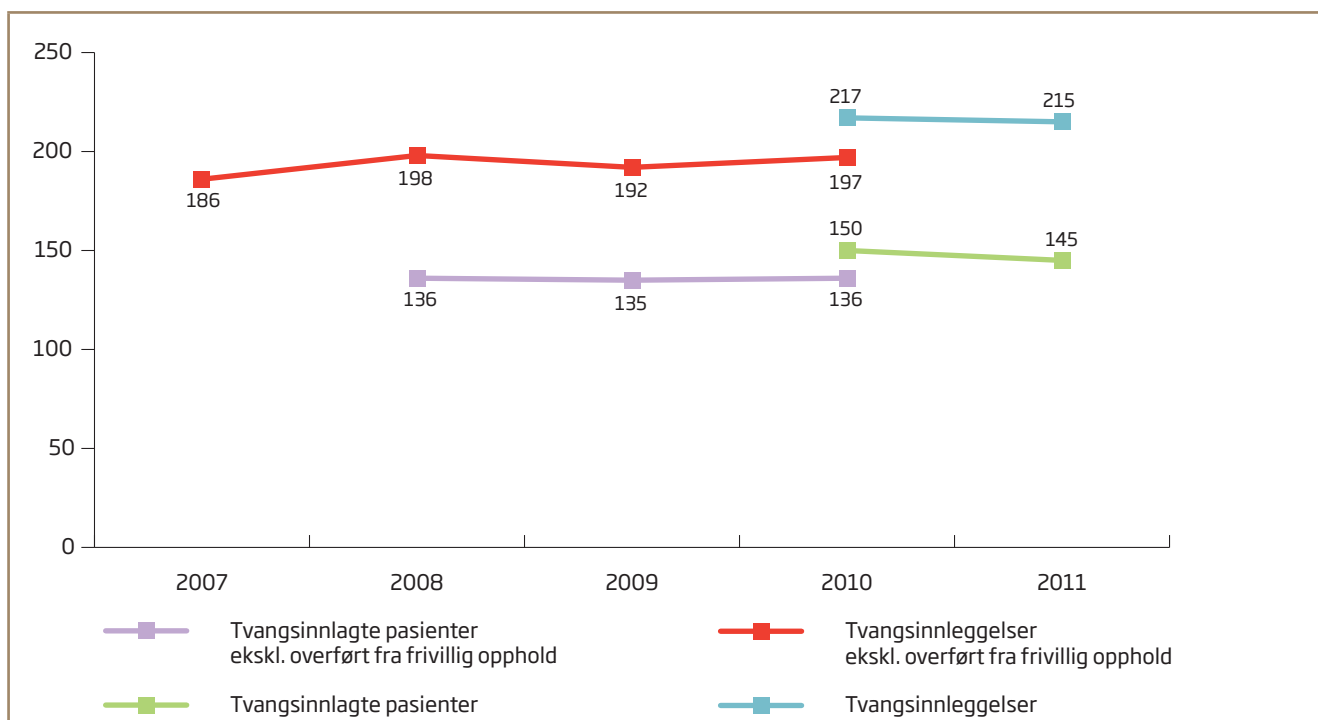
sene fordelte seg mellom innleggelser til tvungen observasjon og innleggelser til tvungent psykisk helsevern. Overføringer fra frivillig til tvungen behandling inngår ikke i nasjonale estimater for omfang av tvangsinnleggelser for perioden før 2010. For å kunne følge utviklingen er derfor tall for 2010 estimert både med og uten disse overføringene. Definisjonsendringen gir isolert en økning på om lag 700 tvangsinnleggelser og 500 tvangsinnlagte pasienter fra 2009 til 2010.

Beregninger for 2011 viser at om lag 5 600 personer ble tvangsinnlagt til sammen 8 300 ganger dersom analyseutvalget har en representativ fordeling av spesialistvedtak ved innleggelse og andel tvangsinnlagte pasienter. Dette tilsvarer 215 tvangsinnleggelser og 145 tvangsinnlagte pasienter per 100 000 voksne innbyggere i 2011, en liten nedgang fra 2010. Andel innleggelser til tvungen observasjon ser ut til fortsatt å reduseres. I 2011 var mer enn halvparten av tvangsinnleggelsene en innleggelse til tvungent psykisk helsevern uten foregående observa-



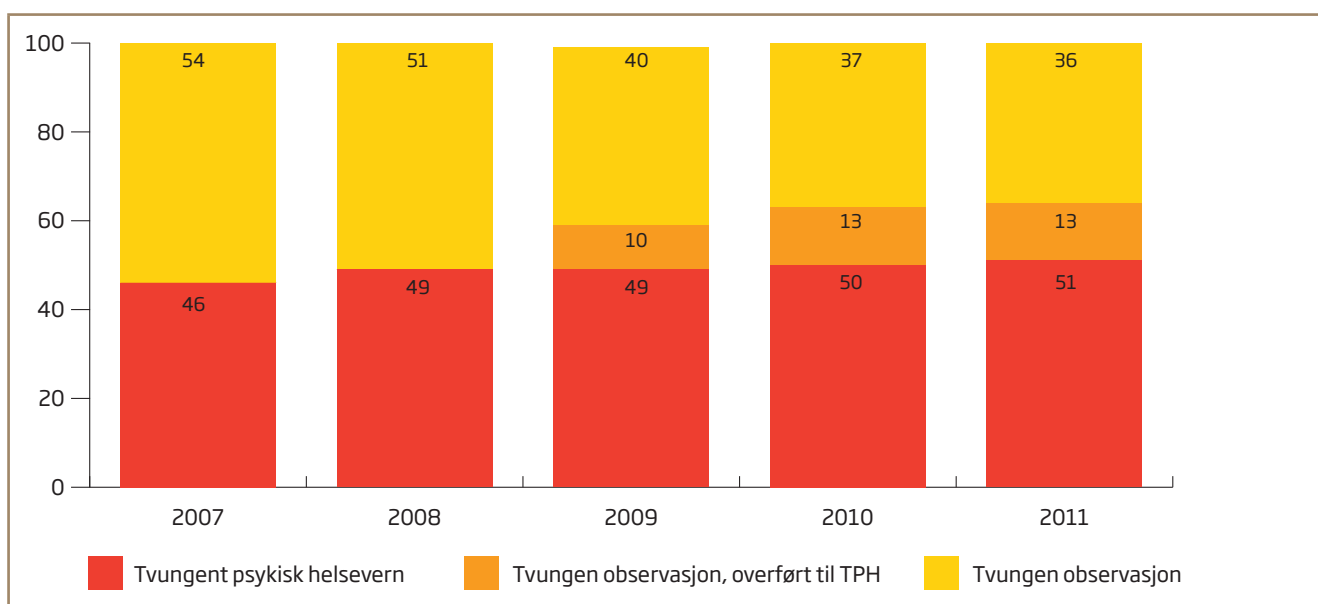
Figur 2.1 Estimert antall tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter i psykisk helsevern for voksne i perioden 2007-2011.

1 Tall for 2007 er hentet fra Sintefs beregninger av tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet (se kapittel 6 i Bjørngaard (red), 2008). Tall for 2008-2010 er beregnet og tidligere publisert av Helsedirektoratet.



Figur 2.2: Estimert antall tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter i psykisk helsevern for voksne i perioden 2007-2011, per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

1. Tall for 2007 er hentet fra Sintefs beregninger av tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet (se kapittel 6 i Bjørngaard (red), 2008). Tall for 2008-2010 er beregnet og tidligere publisert av Helsedirektoratet.



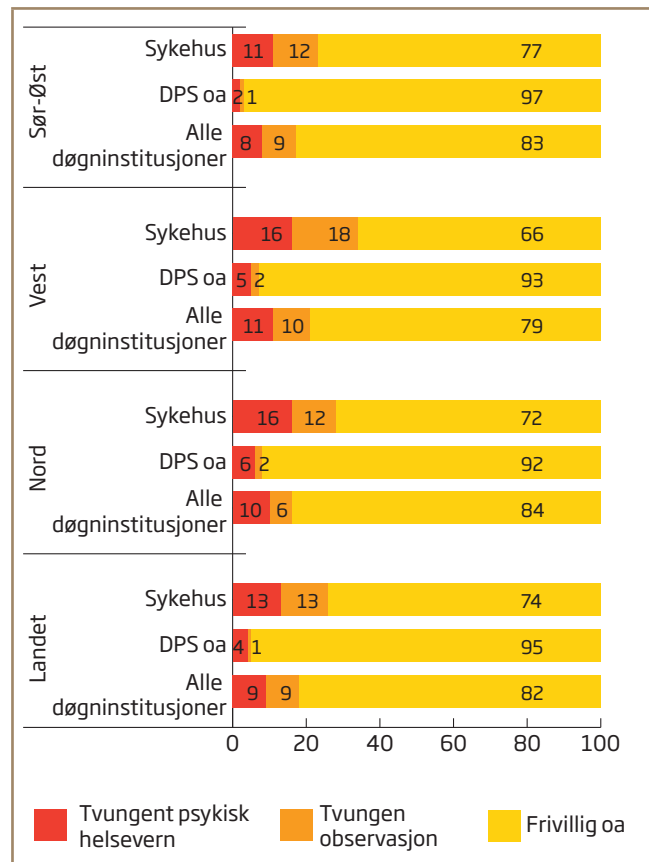
Figur 2.3: Innleggelser til tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern i psykisk helsevern for voksne i perioden 2007-2011. Prosentvis fordeling.

1. For 2007 og 2008 er ikke data tilrettelagt for å kunne beregne andel overført fra tvungen observasjon til tvungen psykisk helsevern

sjonsopphold. Om lag hver fjerde innleggelse til tvungen observasjon ble overført til tvungent psykisk helsevern.

Beregnet antall tvangsinnleggelse er, som beskrevet over, basert på et data fra et utvalg av institusjoner. Estimerte verdier for Oslo universitetssykehus og institusjoner i Helse Midt-Norge er sammenholdt mot data fra kontrollkomisjonene for å sjekke robustheten i estimatet. Denne gjennomgangen indikerer at det beregnede antall tvangsinnleggelse for Helse Midt-Norge er omtrent på nivå med det antall kontrollkomisjonenes rapporter viser, mens estimert volum for Oslo Universitetssykehus trolig er noe lavt. Dersom kontrollkomisjonsdata legges til grunn for disse enhetene vil det nasjonale anslaget for tvangsinnleggelse i 2011 øke til om lag 8 600 tvangsinnleggelse.

Figur 2.4 viser estimert *andel* tvangsinnleggelse til døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet i 2011⁵. Andelen er beregnet per region og etter institusjonstype. Med utgangspunkt i middels estimat for antall tvangsinnlagte pasienter i 2011, anslås 22 prosent av døgnpasientene i psykisk helsevern for voksne å være tvangsinnlagt minst én gang dette året. 18 prosent av innleggelsene var basert på tvang, og dette gjelder 26 prosent av sykehusinnleggelse og fem prosent av DPS-innleggelsene. For tvangsinnleggelse til sykehus var det en liten overvekt av tvungen observasjon, mens tvangsinnleggelse til DPS-ene nesten utelukkende dreide seg om innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Andel tvangsinnleggelse totalt var høyest i Helse Vest, dette som i 2010.



Figur 2.4: Estimert andel tvangsinnleggelse til døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne i 2011, fordelt etter region og institusjonstype.

- 1 Beregningene er basert på fordeling i analyseutvalget og forutsetter middels estimat for volum av tvangsinnleggelse i 2011, jf. beskrivelse over.
- 2 Helse Midt-Norge er ikke representert i analyseutvalget, og det finnes derfor ikke grunnlag for å presenteres tall for denne regionen.

5 Innleggelse til døgninstitusjoner som ikke tar tvangsinnleggelse inngår også i prosentueringsgrunnlaget.

Varighet av tvang

I gjennomgang av data for 2011 er alle rapporterte spesialistvedtak gjennomgått og kontrollert mot start- og sluttdato for det døgnoppholdet de er lagt til. Med utgangspunkt i denne gjennomgangen er antall døgn under tvang beregnet for alle avsluttede opphold dette året. Beregningene forutsetter

1. Dersom første registrerte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ligger mindre enn tre dager etter innleggesdatoen, antas døgn fra og med innleggesdato å være under tvang.
2. Dersom det ikke finnes vedtak om opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern før utskrivningsdato, antas pasienten å ha vært innlagt under tvang helt frem til utskrivningsdato.

Tabell 2.6 viser median og gjennomsnittlig varighet av tvang for avsluttede tvangsinnleggelse i 2011. Fordi det er knyttet noe usikkerhet til kompletthet i rapportering av opprettholdelse, endring og opphør av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern vil det også være knyttet noe usikkerhet til analyser av varighet. Det presiseres at analysegrunnlaget er avgren-

set til å gjelde avsluttede opphold i analyseutvalget av tvangsinnleggelse fra 2011, totalt 5 819 tvangsinnleggelse. Opphold med innleggelse før 2011 inngår ikke i grunnlaget, og maksimal varighet av tvang i utvalget vil dermed være ett år. Dette vil gi underrepresentasjon av de spesielt lange oppholdene under tvang, noe som medfører at beregnede verdier for varighet av tvang antagelig er noe lavere enn faktisk nivå⁶. Median varighet av tvungen døgnbehandling vil imidlertid i liten grad være påvirket av at de lengste oppholdene ikke er inkludert.

Oversikten viser at halvparten av tvangsinnleggelsene i 2011 hadde varighet på 9 eller færre døgn under tvang. For innleggelse der tvungent psykisk helsevern ble etablert var median varighet 18 døgn under tvang. For sju prosent av tvangsinnleggelsene ble vedtaket om tvang opphevet i løpet av ett døgn. Gjennomsnittlig varighet av vedtak om tvang er betydelig høyere enn medianverdien. Dette er et uttrykk for et visst omfang av langtidsligere på tvang, og rapporterte data viser at ti prosent av tvangsinnleggelsene hadde 60 eller flere tvungne døgn i løpet av oppholdet. I underkant av halvparten av alle døgn under tvang i 2011, var knyttet til disse døgnoppholdene.

Tabell 2.6: Median og gjennomsnittlig varighet av tvungent opphold i 2011.

	Alle tvangsinnleggelse	Innleggelse for tvungen Observasjon ²⁾	Innleggelse til tvungent psykisk helsevern ³⁾
Median	9	6	18
Gjennomsnitt	23	8	32
N ¹⁾	5 819	2 253	3 566

- 1 Analysene er basert på informasjon om spesialistvedtak for et utvalg av avsluttede tvangsinnleggelse fra 2011. Avsluttede opphold med innleggesdato før 2011 inngår ikke i utvalget.
- 2 Beregnet varighet for tvungen observasjon gjelder varighet for innleggelse til tvungen observasjon uten påfølgende vedtak om tvungent psykisk helsevern.
- 3 Beregnet varighet for innleggelse til tvungent psykisk helsevern omfatter også eventuelle døgn under tvungen observasjon for disse innleggelsene.

⁶ Etter ett år under tvungent psykisk helsevern skal kontrollkomisjonene kontrollere at vilkår for opprettholdelse av vedtak fortsatt gjelder. I 2011 ble det gjennomført 1 328 slike kontroller. Av disse var 735 pasienter fortsatt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (dette er nærmere omtalt i kapittel 3). Tvangsinnleggelse med varighet utover ett år vil ikke inngå i grunnlag for beregning av varighet i dette kapitlet.

2.4 Variasjon i omfang av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

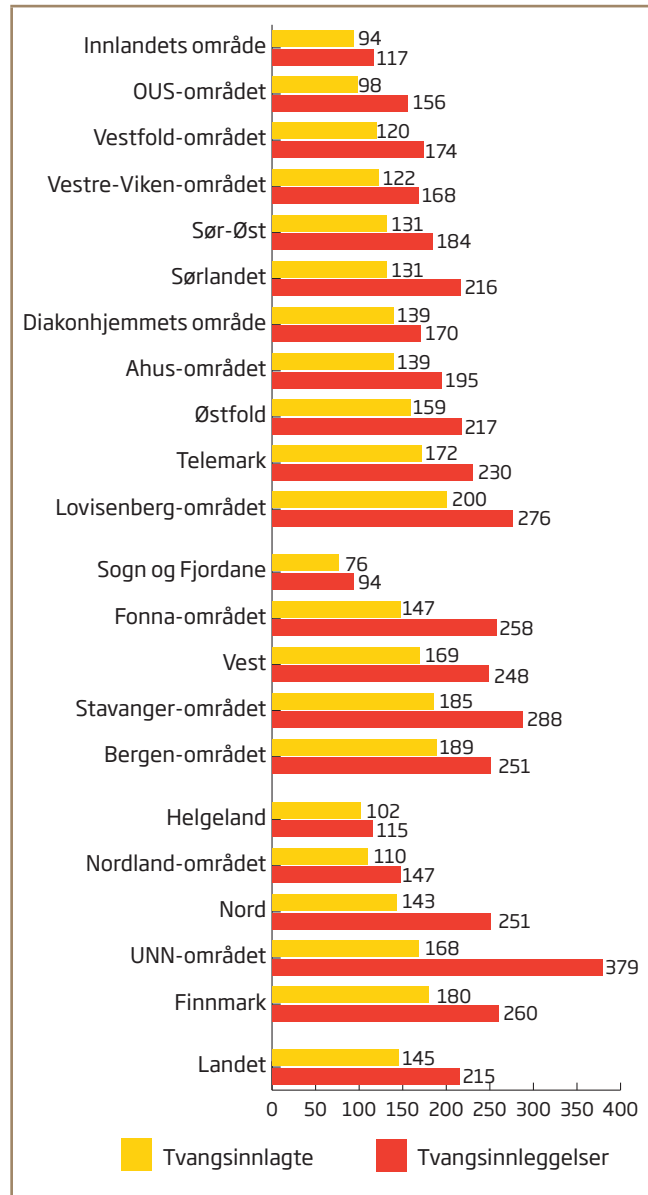
Variasjon i omfanget av tvang kan gjelde

- Variasjon mellom bostedsområder
- Variasjon mellom behandlingstilbud

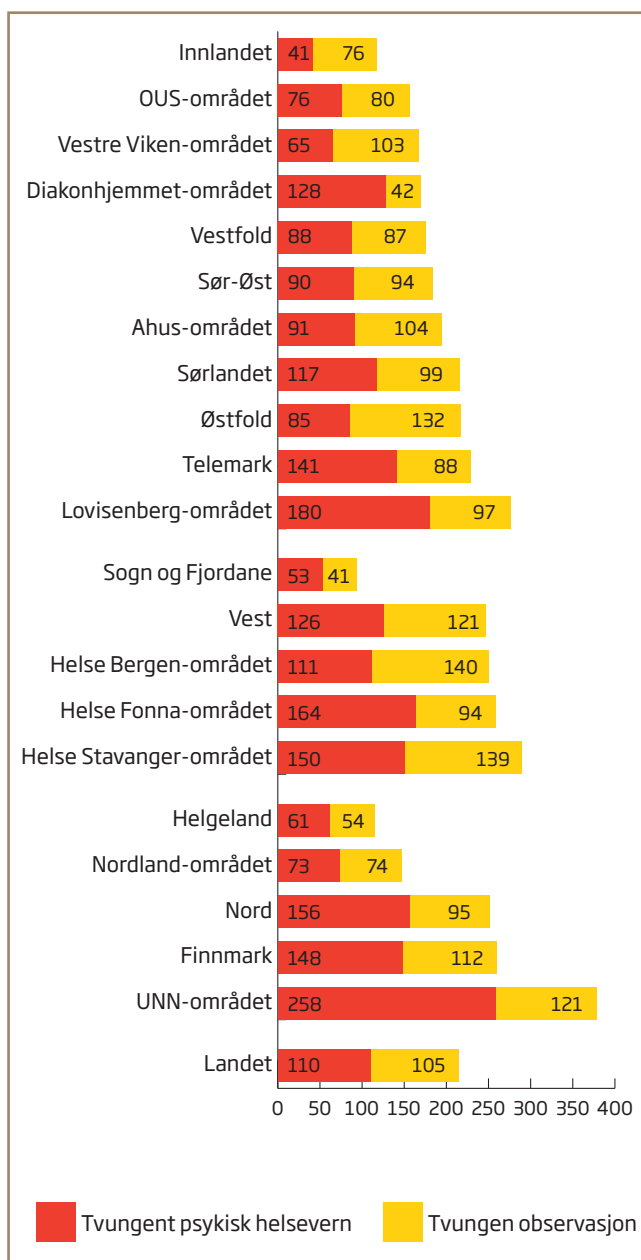
Med den første innfallsvinkelen tar man utgangspunkt i befolkningens faktiske bruk av helsetjenester, uavhengig av behandlende institusjon, mens den andre innfallsvinkelen har som mål å sammenligne institusjoner for å avdekke eventuelle praksisforskjeller. Tilgjengelighet i og utforming av behandlingstilbudet kan imidlertid påvirke bruken av helsetjenestene og vice versa, og ulike behov i befolkningen vil ha betydning for begge innfallsvinklener.

Gjennomgangen som følger vil se på variasjon mellom **bostedsområder** i 2011 og tar med det utgangspunkt i hvilken kommune pasienten var bosatt i, ikke ved hvilken institusjon vedkomne har vært behandlet. **Funksjonsfordeling mellom helseforetakene vil derfor ikke påvirke resultatene.** Analysene er basert på analyseutvalget og korrigerer for manglende kompletthet i datamaterialet slik dette tidligere er beskrevet. Analyseutvalget gir ikke grunnlag for å beregne omfang av tvang for helseregion Midt-Norge. Rater for OUS-området vil også i betydelig grad være basert på estimerte størrelser.

Figur 2.5 og 2.6 presenterer befolkningsbaserte rater for tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter for foretaksområdene.



Figur 2.5: Tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2011. Antall per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, fordelt etter bostedsområde

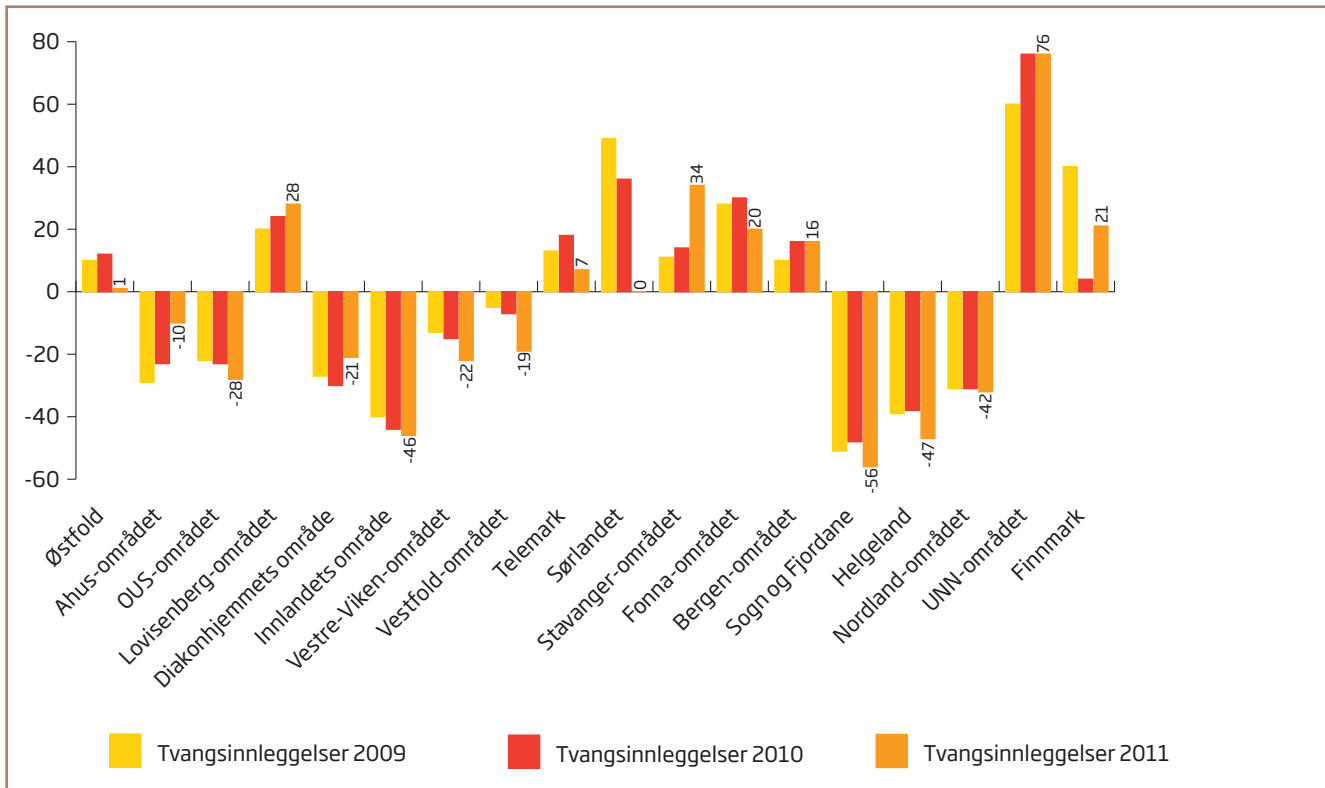


Figur 2.6: Innleggelser til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevern for voksne i 2011. Antall per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, fordelt etter bostedsområde.

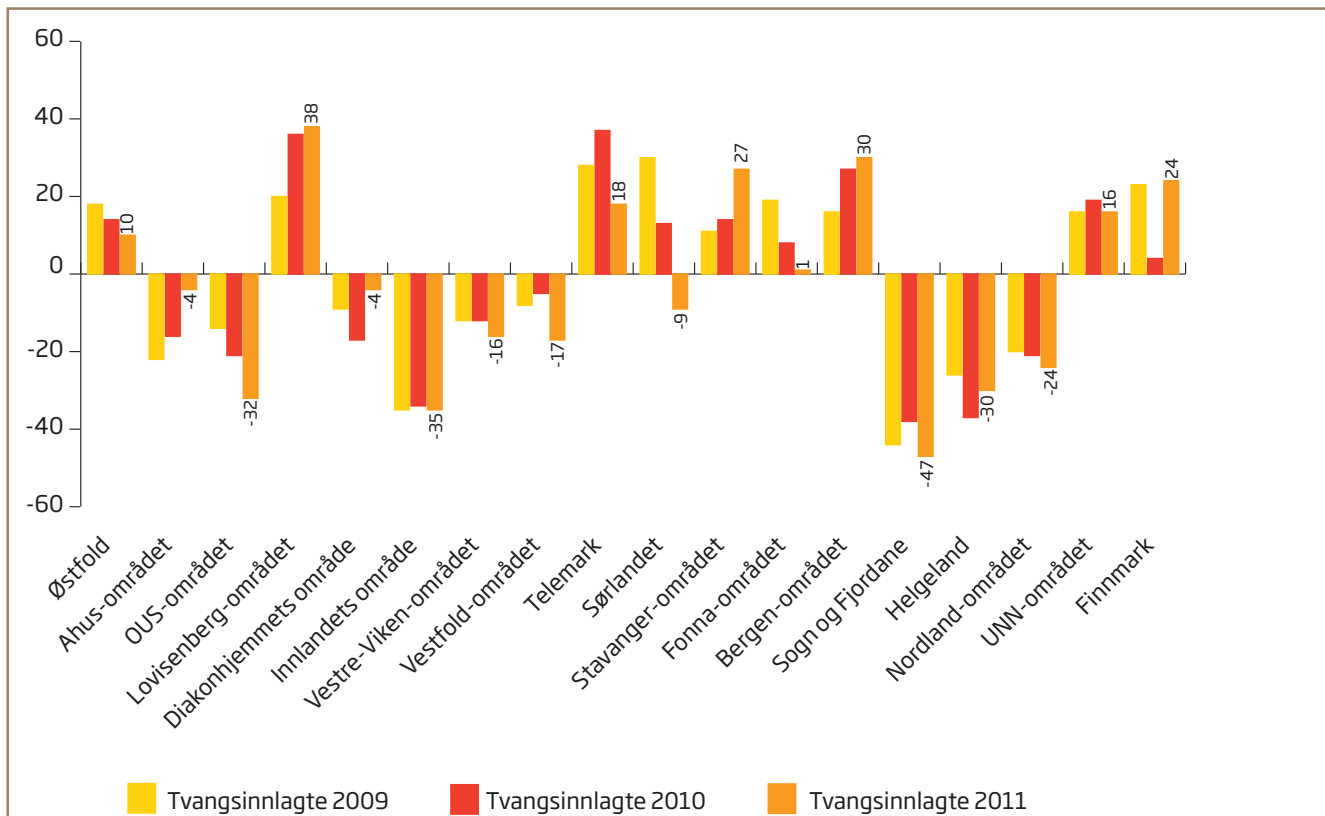
Ratene for bostedsområdene viser at det er betydelige forskjeller både innad i og på tvers av helseregionene. Ratene for 2011 varierer fra 94 tvangsinnleggelser og 76 tvangsinnlagte pasienter per 100 000 voksne innbyggere i Sogn og Fjordane til 379 tvangsinnleggelser og 200 tvangsinnlagte per 100 000 voksne innbyggere i opp-taksområdene til henholdsvis Universitetssykehuset i Nord-Norge og Lovisenberg diakonale sykehus. Den relative fordelingen mellom innleggelser til henholdsvis tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern varierte også mellom foretaksområdene.

Figurene 2.7 og 2.8 viser hvordan bostedsområdenes rater for tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte plasserte seg i forhold til den nasjonale raten i perioden 2009-2011.

Figurene viser at det, med unntak for Sørlandet, var de samme områdene som lå henholdsvis over og under den nasjonale raten i perioden 2009 -2011. Dette gjelder både for tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte per 100 000 voksne innbygger. Flere områder har imidlertid hatt en viss bevegelse relativt til nasjonal rate i perioden, men de geografiske forskjellene var større i 2011 enn i 2009.



Figur 2.7: Tvangsinnleggelseser per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Fordelt etter bostedsområde og beregnet som avvik i prosent fra gjennomsnittsrate for landet.

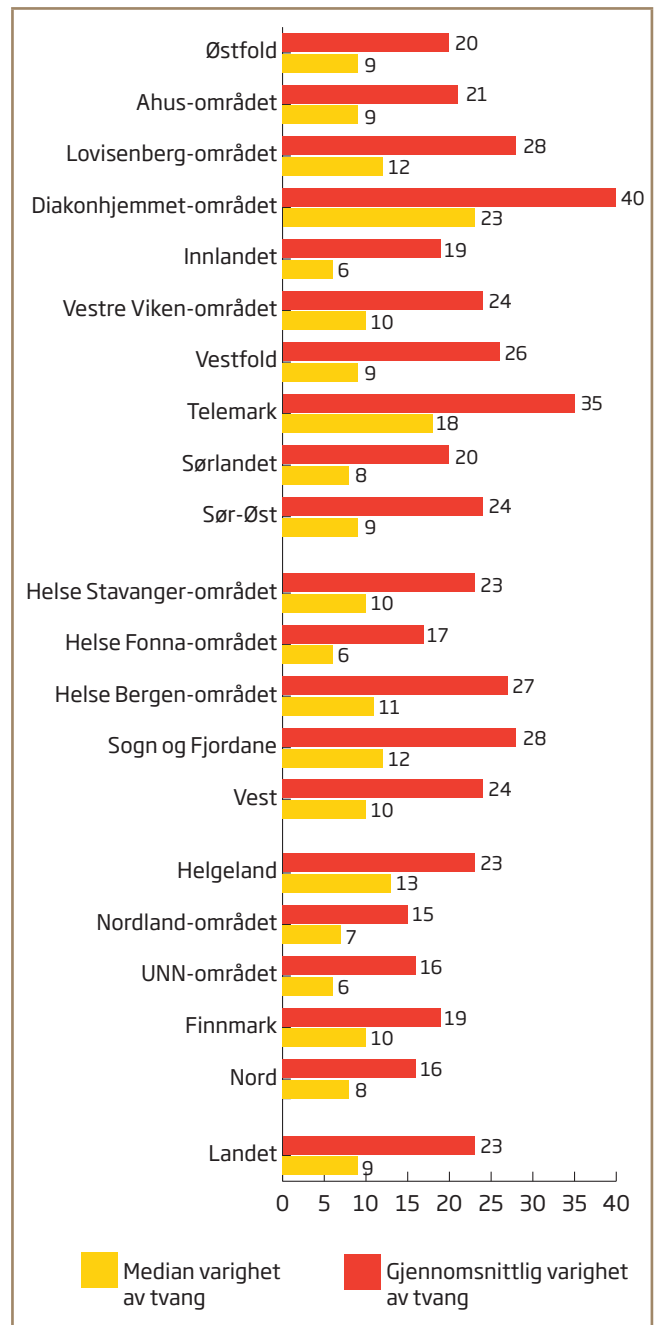


Figur 2.8: Tvangsinnlagte per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Fordelt etter bostedsområde og beregnet som avvik i prosent fra gjennomsnittsrate for landet.

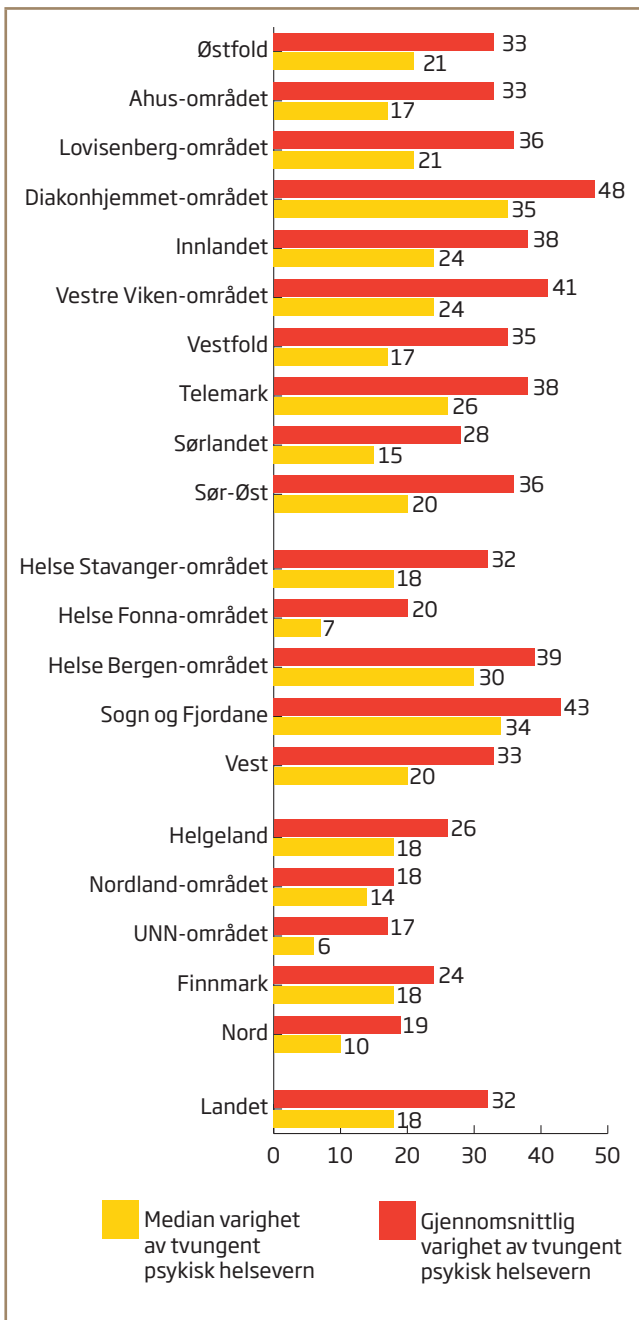
Figur 2.9 og 2.10 viser beregnet median og gjennomsnittlig varighet av tvungent opphold for avsluttede tvangsinnleggelses fra 2011. Figur 2.9 gjelder for alle tvangsinnleggelses samlet mens figur 2.10 er avgrenset til å gjelde tvangsinnleggelses hvor tvungent psykisk helsevern ble etablert.

Oversikten viser betydelige forskjeller mellom bostedsområdene og relativt kortere opphold under tvang for helseregion Nord. Median varighet av tvang var høyest i Diakonhjemmets område og i Telemark i 2011, mens for tvangsinnleggelses der tvungent psykisk helsevern ble etablert var median varighet av tvang spesielt høy også for opptaksområdene til Helse Bergen HF og i Sogn og Fjordane. Alle bostedsområder i Nord hadde lavere median og gjennomsnittlig varighet av tvungent psykisk helsevern enn landet for øvrig.

For utvalget samlet opphørte tvangsvedtaket i løpet av første døgn for 7 prosent av tvangsinnleggelsene. Gjennomgang av data for bostedsområdene viser noe høyere omfang av slike korte tvangsinnleggelses i opptaksområdene til sykehuset Innlandet (22 prosent av tvangsinnleggelsene), til Sørlandet sykehus (11 prosent av tvangsinnleggelsene) og til Universitetssykehuset i Nord-Norge (13 prosent).



Figur 2.9: Median og gjennomsnittlig varighet av tvungent opphold i det psykiske helsevernet for voksne i 2011.



Figur 2.10: Median og gjennomsnittlig varighet av tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet for voksne i 2011.

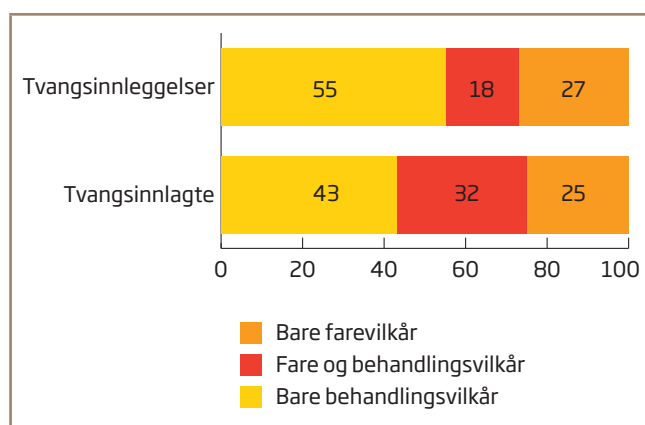
1 Beregnet varighet for innleggelse til tvungent psykisk helsevern omfatter også eventuelle døgn under tvungen observasjon for disse innleggelsene.

2.5 Vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern

For at en person skal kunne underlegges tvungent psykisk helsevern, må pasienten ha en alvorlig psykisk lidelse, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd. I tillegg må minst ett av fire alternative vilkår være oppfylt, hvorav to er knyttet til behov for behandling (behandlingsvilkåret) og to er knyttet til fare for pasienten selv eller andre (farevilkåret). Ved rapportering av vedtak om tvungent psykisk helsevern i pasientdata, skal tilleggskriterier også rapporteres. I rapporteringen skal det skilles mellom (1) behandlingvilkåret (2) fare for seg selv og (3) fare for andre. Flere samtidige tilleggskriterier er mulig.

Rapporterte pasientdata har ikke tidligere vært tilrettelagt for å kunne gjøre analyser av vedtaksspecialistens begrunnelse for etablering av tvungent psykisk helsevern. Det er også knyttet enkelte problemer til fortolkning av rapporterte data fordi flere enheter benytter ugyldige koder i sin rapportering. Dette medfører at det fortsatt ikke er mulig å skille mellom tvangsinnleggelse som er begrunnet i fare for pasienten selv og tvangsinnleggelse som er begrunnet i fare for andre. For øvrig er komplettheten i rapportering av tilleggskriterier god for de institusjonene som har god komplett i rapportering av spesialistvedtak; Mindre enn to prosent av innleggelsene til tvungent psykisk helsevern manglet informasjon om tilleggskriterier.

Figur 2.11 gir en oversikt over hvilke tilleggskriterier som ble angitt ved etablering av tvungent psykisk helsevern i 2011. Øverste søyle viser hvordan dette fordelte seg for pasienter som hadde vært under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Nederste søyle viser hvordan dette fordelte seg for innleggelse til tvungent psykisk helsevern.



Figur 2.11: Vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern ved innleggelse i det psykiske helsevernet for voksne i 2011.

45 prosent av innleggelsene til tvungent psykisk helsevern i 2011 var begrunnet i at innlagte pasient utgjorde en fare, enten for seg selv eller for andre, og farekriteriet ble vurdert som relevant for 57 prosent av pasientene med minst én innleggelse til tvungent psykisk helsevern dette året.

Diskusjonen om bruk av tvang i psykisk helsevern har blant annet vært knyttet til spørsmålet om berettigelsen av behandlingvilkåret for etablering av tvungent psykisk helsevern. Rapporterte data for 2011 viser at 43 prosent av de tvangsinnlagte pasientene og mer enn halvparten av innleggelsene til tvungent psykisk helsevern ikke vil kvalifisere for bruk av tvang dersom behandlingvilkåret ikke lenger kan legges til grunn for tvungen behandling.

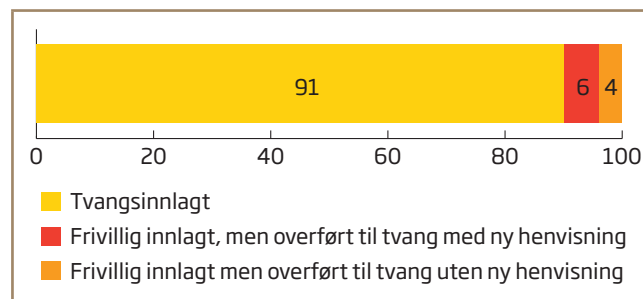
2.6 Konverteringer

Som hovedregel kan ikke en pasient som mottar frivillig døgnbehandling overføres direkte til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet, jf. phvl. § 3-4). Det kan

imidlertid gjøres unntak for situasjoner der pasienten ved utskrivelse vil utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for seg selv eller andre.

I rapporterte data for 2011 finnes i overkant av 700 innleggelse der pasienten oppgis å være frivillig innlagt, men der det rapporteres vedtak om tvungen observasjon og/ eller tvungent psykisk helsevern i løpet av oppholdet. Tilsvarende omfang finnes også i rapporterte data for 2010. Disse er i analysene behandlet som tvangsinnleggelse på lik linje med innleggelse der tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er første registrerte vedtak i oppholdet.

Figur 2.12 gir en oversikt over mulige konverteringer for 2011. Figuren skiller mellom tvangsinnleggelse der tvang etableres ved innleggelse og tvangsinnleggelse der pasienten er registrert som frivillig innlagt, men overført til tvang i løpet av oppholdet.



Figur 2.12: Tvangsinnleggelse basert på unntak fra konverteringsforbudet i 2011.

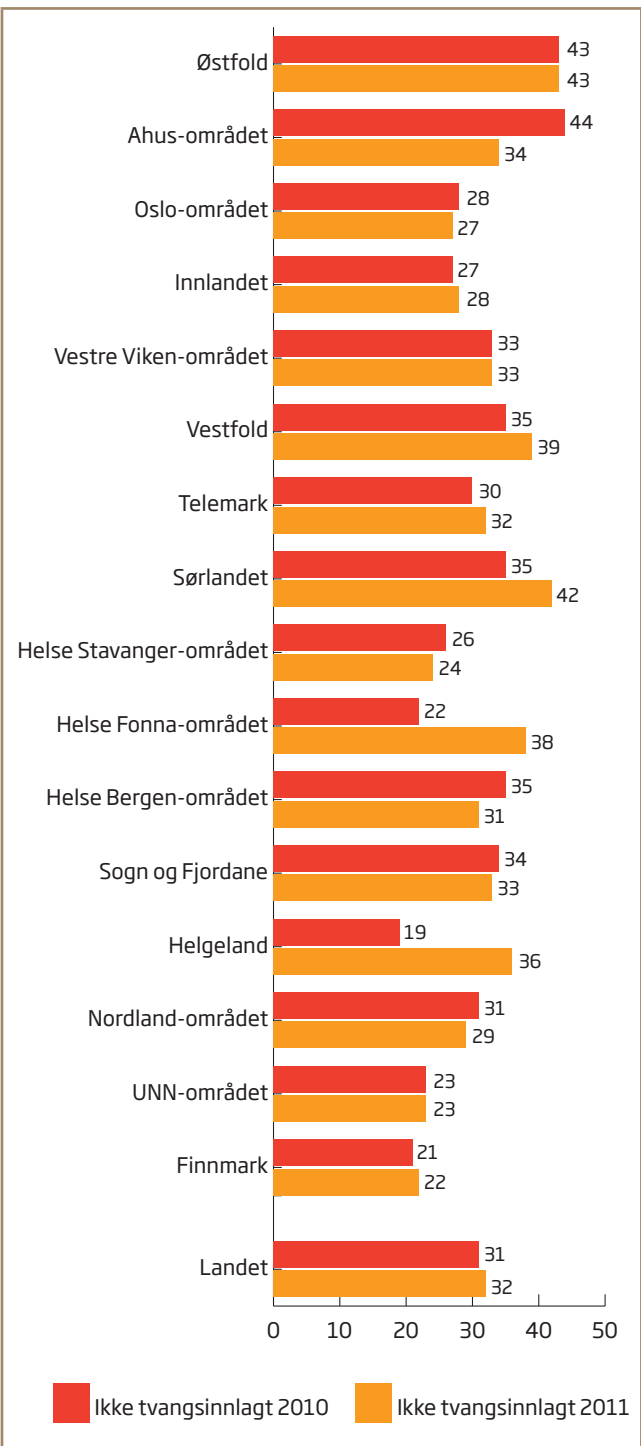
For om lag 10 prosent av de observerte tvangsinnleggelsene i analyseutvalget viser rapporterte data at pasienten var frivillig innlagt, men deretter overført til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. For 6 prosent forelå imidlertid en ny henvisning ved etablering av tvang. Disse kan dermed antas å være utskrevet fra frivillig behandling, men deretter henvist på nytt og tvangsinnlagt samme dag som de ble utskrevet. Basert på fordelingen i utvalget innebærer dette da at unntak fra konverteringsforbudet ble lagt til grunn for bruk av tvang for om lag fire prosent av tvangsinnleggelsene i 2011. Dette utgjør i underkant av 300 vedtak, men det er knyttet betydelig usikkerhet til dette anslag-

et. Feilregistreringer av første eller senere vedtak kan for eksempel ikke utelukkes. Affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser var hyppigere forekommende blant tvangsinnleggelses etter unntak fra konverteringsforbudet enn blant tvangsinnleggelses generelt, mens ruslidelser var underrepresentert. Grundigere gjennomgang og kontroll av data vil være nødvendig for et mer nøyaktig anslag av konverteringer. I data fra kontrollkommisjonene gjenfinnes i underkant av 200 vedtak om unntak fra konverteringsforbudet.

2.7 Henvisningsformalitet

En henvisning til tvang vil avvises dersom det formelle grunnlaget for tvang ikke er tilstede. Dette kan skyldes endring i pasientens tilstand, men vil også kunne avhenge av kompetanse og rutiner hos henvisende instans, ofte legevakt eller fastlege.

For tvangshenvisninger som inngår i analyseutvalget (N=6 229 innleggelses med registrert henvisning til tvang) ble tvangshenvisningen avvist for 32 prosent av tilfellene. Figur 2.13 illustrerer dette og hvordan det varierte mellom ulike områder. Det gjøres oppmerksom på at tallgrunnlaget er lite for en del områder, og at det derfor vil være knyttet noe usikkerhet til resultatene. For de fleste områdene er endringene fra 2010 imidlertid små, og det er dermed grunn til å anta at fremstillingen er en god indikasjon på omfanget av avviste tvangshenvisninger i de ulike områdene.

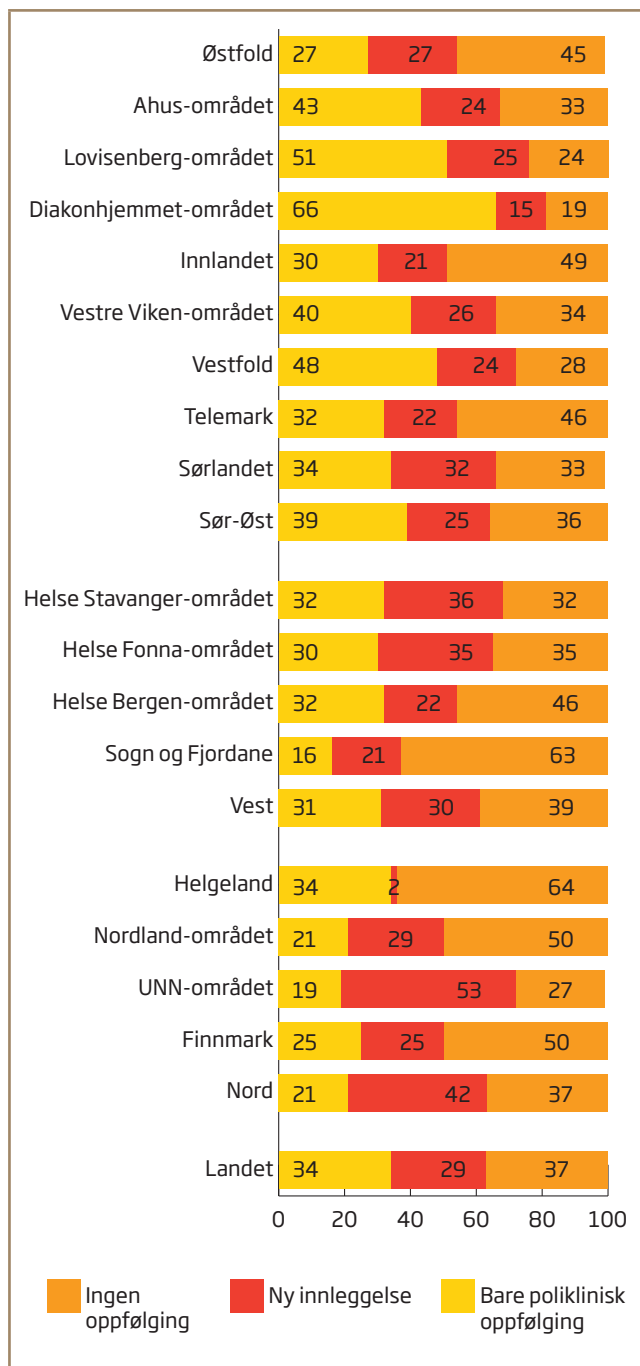


Figur 2.13: Spesialistvedtak ved innleggelse for pasienter henvist til tvungen psykiisk helsevern i 2010 og 2011. Andel innleggelses uten vedtak om tvungen observasjon eller tvungen psykiisk helsevern. Fordelt etter pasientens bosted.

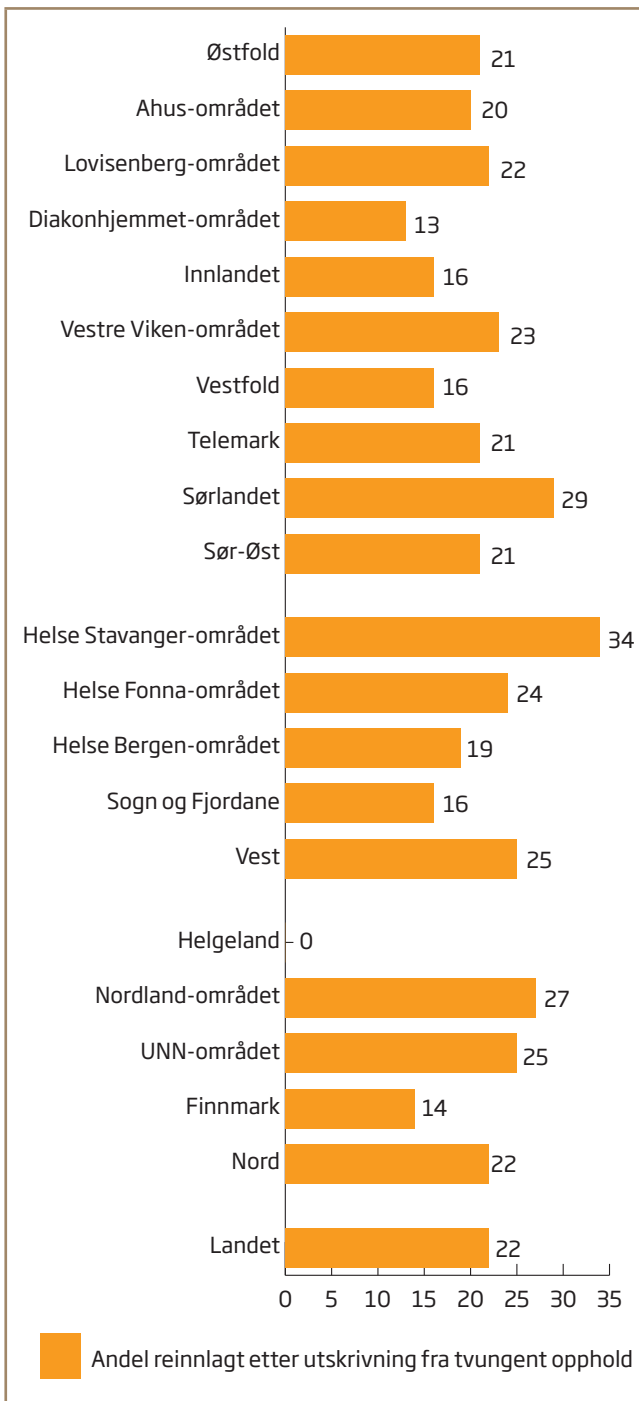
2.8 Oppfølging etter utskrivning fra tvungent opphold

De kriterier som legges til grunn for at tvungent psykisk helsevern skal kunne etableres, gir grunn til å forvente at gruppen av tvangsinnlagte pasienter vil være pasienter med behov for helhetlig og samordnet helsehjelp over tid. Figur 2.14 gir en oversikt over kontakt med det psykiske helsevernet i løpet av den første måned etter utskrivning for pasienter utskrevet fra tvungent opphold i 2011, mens figur 2.15 viser omfanget av reinnleggelser. Reinnleggelser er definert ved gjeninnleggelse som øyeblikkelig hjelp i løpet av 30 dager etter utskrivning. Analysene er basert på data fra avsluttede tvangsinnleggelser i analyseutvalget, med siste utskrivningsdato satt til 30. november 2011, totalt 5 238 tvangsinnleggelser.

Pasientdata for 2011 viser at for 37 prosent av utskrivningene etter tvungent døgnopphold i det psykiske helsevernet, hadde ikke pasienten oppfølging verken fra døgningstusjonen eller fra poliklinikk de første 30 dagene etter at oppholdet var avsluttet. I mange bostedsområder var andelen også betydelig høyere enn dette. 29 prosent hadde en ny innleggelse innen første måned etter utskrivning. Nye døgnopphold var i hovedsak innleggelser for øyeblikkelig hjelp, og reinnleggelsesraten var spesielt høy for opptaksområdet til Helse Stavanger HF.



Figur 2.14: Oppfølging i psykisk helsevern for voksne de første 30 dager etter utskrivning fra tvungent opphold i 2011. Prosentvis fordeling, etter pasientens bosted.



Figur 2.15: Reinnleggelser de første 30 dager etter utskrivning fra tvungent opphold i 2011. Fordelt etter pasientens bosted.

De oppholdene der det ikke er registrert kontakt med spesialisthelsetjenesten første måned etter utskrivning fra tvang skiller seg ikke i betydelig grad fra øvrige tvungne opphold, men andel menn er noe høyere (58 prosent gjelder menn) og omfang av organiske lidelser og rusrelatert lidelse som hovedtilstand er noe høyere enn for øvrige avsluttede tvungne opphold.

Når en pasient har behov for tvungen døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern, er dette et tegn på behov for betydelig ressursinnsats i behandlingstilbudet. At hele 37 prosent av utskrivningene fremstår uten kontakt med spesialisthelsetjenesten kan trolig delvis bero på manglende rapportering fra døgnetenhetene. Det har tidligere ikke vært et eksplisitt krav fra NPR om å rapportere poliklinisk aktivitet ved døgnetenhetene. Denne virksomheten er imidlertid viktig for å kunne gi et mer fullstendig bilde av poliklinisk oppfølging som utføres av døgnetenhetene og for å få en bedre oversikt over kontinuiteten i pasientbehandlingen.

2.9 Pasientegenskaper knyttet til tvangsinnlagte pasienter

Tabellene 2.7-2.10 og figur 2.16 viser kjønns-, alders- og diagnosefordeling (ICD 10) for pasienter behandlet ved døgninstitusjonene i det psykiske helsevernet for voksne i 2011. Med hensyn til diagnose presenteres fordeling for siste rapporterte hovedtilstand og andel pasienter med forekomst av rusrelatert lidelse som hoved- eller bidiagnose. Det skilles mellom (1) fordeling for alle døgnpasien-

ter (2) pasienter som bare har vært i frivillig behandling, (3) pasienter med minst ett tvungent opphold i løpet av året, (4) tvangsinnlagte som bare har vært til tvungen observasjon og (5) tvangsinnlagte med minst ett vedtak om tvungent psykisk helsevern. Alle fordelinger gjelder pasienter som inngår i analyseutvalget⁷ og hvor spesialistvedtak ved innleggelse er kjent for alle innleggelser i 2011. Disse utgjør en ukjent andel av det totale antallet pasienter i hver av disse gruppene.

Kjønn

Tabell 2.7: Kjønnfordeling for alle døgnpasienter, for frivillig innlagte og for grupper av tvangsinnlagte pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2011.

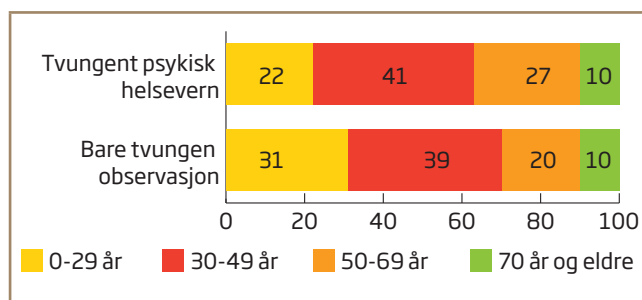
Kjønn	Alle døgnpasienter	Bare frivillig innlagt	Tvangsinnlagte		
			Alle	Bare tvungen observasjon	Tvungent psykisk helsevern
Menn	47	45	54	55	53
Kvinner	53	55	46	45	47
Totalt	100	100	100	100	100
N	20 836	16 397	4 439	1 645	2 794

Alder

Tabell 2.8: Aldersfordeling for alle døgnpasienter, for frivillig innlagte og for grupper av tvangsinnlagte pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2011.

Kjønn	Alle døgnpasienter	Bare frivillig innlagt	Tvangsinnlagte		
			Alle	Bare tvungen observasjon	Tvungent psykisk helsevern
0-19 år	5	5	4	7	2
20-29 år	21	20	22	25	20
30-39 år	19	19	21	21	21
40-49 år	20	21	20	17	21
50-59 år	16	17	15	13	17
60-69 år	9	9	9	7	10
70-79 år	5	5	5	5	5
80 år og eldre	4	4	5	5	5
Totalt	100	100	100	100	100
N	20 836	16 397	4 439	1 645	2 794

⁷ Pasienter som bare hadde vært innlagt til institusjoner som ikke tar tvang inngår i grunnlaget og forutsettes å være frivillig innlagt.



Figur 2.16: Aldersfordeling for grupper av tvangsinnlagte pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2011.

Diagnose

Tabell 2.9: Diagnosefordeling (hovedtilstand) og forekomst av rusrelatert lidelse for alle døgnpasienter, for frivillig innlagte og for grupper av tvangsinnlagte pasienter i psykisk helsevern for voksne i 2011.

Hovedtilstand (ICD 10)	Alle døgnpasienter	Bare frivillig innlagt	Tvangsinnlagte		
			Alle	Bare tvungen observasjon	Tvungent psykisk helsevern
Organiske lidelser (F0)	3	3	6	7	4
Rusrelaterte lidelser (F1)	14	14	13	23	6
Schizofrenier (F2)	18	12	42	16	58
Affektive lidelser (F3)	29	31	20	19	20
Nevrotiske lidelser (F4)	16	19	5	11	2
Atferdssyndromer (F5)	1	2	0	0	0
Personlighetsforstyrrelser (F6)	5	6	5	8	3
Utviklingsforstyrrelser (F8)	1	1	1	1	1
Annet	12	13	9	13	6
Totalt	100	100	100	100	100
Rus som hover- eller bidiagnose	25	24	28	35	24
N	20 836	16 397	4 439	1 645	2 794
Diagnose ikke angitt	1 643	1 369	274	67	207

Tabell 2.10: Tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne i 2011, fordelt etter diagnose (hovedtilstand).

Hovedtilstand (ICD 10)	Andel tvangsinnlagte	Innleggelser			
		Andel observasjon	Andel TPH	Median varighet av tvang	Gjennomsnittlig varighet av tvang
Organiske lidelser (F0)	6	6	2	10	20
Rusrelaterte lidelser (F1)	13	20	5	5	13
Schizofrenier (F2)	42	23	68	13	29
Affektive lidelser (F3)	20	19	15	15	27
Nevrotiske lidelser (F4)	5	8	2	5	10
Atferdssyndromer (F5)	0	0	0		
Personlighetsforstyrrelser (F6)	5	11	2	5	11
Utviklingsforstyrrelser (F8)	1	1	1		
Annet	9	11	4		
Totalt	100	100	100	9	23
N (utvalg)	4 439	3 159	3 321		
Diagnose ikke angitt	274	140	180		

Gjentatte analyser basert på pasientdata fra NPR har vist at det er flere kvinnelige enn mannlig døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne, mens tvangsinnleggelser i størst grad gjelder menn. I 2011 var 47 prosent av døgnpasientene men 54 prosent av de tvangsinnlagte pasientene menn. Overvekten av menn var enda større blant pasienter innlagt til tvungen observasjon uten påfølgende etablering av tvungent psykisk helsevern.

Aldersfordelingen for tvangsinnlagte pasienter skilte seg i 2011 lite fra aldersfordelingen for pasienter med bare frivillige opphold, men de yngste pasientene var overrepresentert blant innlagte til tvungen observasjon.

Schizofrenier er den største diagnosegruppen blant tvangsinnlagte pasienter, og dette bekreftes igjen i analyser av data for 2011: 42 prosent av de tvangsinnlagte pasientene var diagnostisert med en slik lidelse som hovedtilstand dette året. Andelen er ytterligere økt fra

2010 da schizofrenier var angitt som hovedtilstand for 39 prosent av de tvangsinnlagte pasientene. 68 prosent av innleggelsene der tvungent psykisk helsevern ble etablert gjaldt denne gruppa, mens tvungen observasjon brukes i mindre grad.

For 28 prosent av de tvangsinnlagte pasientene rapporteres rusrelatert lidelse, enten som hovedtilstand eller som tilleggsproblematikk. Dette er noe hyppigere enn for frivillig innlagte pasienter, og overhyppigheten gjelder pasienter innlagt for tvungen observasjon.

For tvangsinnlagte samlet viser gjennomgang av data median varighet av opphold under tvang på 9 døgn. Innleggelser som gjelder schizofrenier (F2) og affektive lidelser (F3) hadde de lengste tvungne oppholdene mens pasienter med rusrelaterte lidelser (F1), nevrotiske lidelser (F4) og personlighetsforstyrrelser (F6) gjennomgående hadde kortere opphold under tvang.

3 Kontrollkomisjonenes virksomhet i 2011 og fylkesmennenes behandling av klager på tvangsmedisinering

De 54 (av 56) kontrollkomisjonene vi har data, fra avholdt i 2011 i alt 2113 (2010: 2496) møter og foretok totalt 2411 (2010: 2550) besøk ved institusjonene.

I følge tall fra kontrollkomisjonene ble det i 2011 fattet 4110 (2010: 3980) vedtak om tvungent psykisk helsevern og 3165 (2010: 3499). Sett i forhold til folketallet er det store forskjeller i hyppigheten av slike tvangsvedtak både for TPH og for tvungen observasjon. Av 3165 vedtak om tvungen observasjon ble

249 vedtak påklaget til kontrollkomisjonene. Av disse fikk syv prosent medhold. Av de 4110 vedtakene om TPH ble 2238 vedtak, eller 54 prosent, påklaget til kontrollkomisjonene. Av disse fikk syv prosent medhold. Det er imidlertid store forskjeller mellom kommisjonene. Mens kommisjonene i enkelte områder gir tre til fire prosent av klagerne medhold, opphever kommisjoner i andre områder 13 til 14 prosent av vedtakene. 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.

Etter ett år under tvungent vern skal kontrollkomisjonene kontrollere at forutsetningene for tvungent vern fortsatt er til stede. Det ble i 2011 gjennomført 1328 slike kontroller. Av disse var 735 fortsatt under tvungent vern i institusjon, mens 593 var under tvungent vern uten døgnopphold. I tre prosent av sakene ble vernet opphevet.

I kapitlet gjennomgås også klager på vedtak om skjerming og bruk av tvangsmidler. Innrapporteringen fra kommisjonene er imidlertid for mangelfull til å kunne benyttes.

Fylkesmennene behandlet i 2011 i alt 848 klager på vedtak om tvangsmedisinering, tre prosent flere enn året før. Fylkesmennene opphevet fire prosent av vedtakene pga. saksbehandlingsfeil, mot to prosent året før. Ut over dette fikk 49 klagere (seks prosent) helt eller delvis medhold, mot 69 klagere (åtte prosent) året før. Det er store forskjeller i andel klager som gis helt eller delvis medhold. Pga. av lav prosentueringsbasis i flere fylker, vil imidlertid dette kunne skyldes tilfeldige variasjoner. Det er likevel en tendens til at områder med mange klager har en høyere andel klager som får helt eller delvis medhold.

Fylkesmennene behandlet i tillegg fem saker om tvungen ernæring. Ingen av klagerne fikk medhold.

3.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet referere en del resultater fra kontrollkomisjonenes virksomhet i 2011. Gjennomgangen vil bli konsentrert om data over behandlingen av saker om etablering og videreføring av vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH) og vedtak om tvungen observasjon. Vi vil i tillegg kommentere data om klager på skjermingsvedtak og bruk av tvangsmidler. Vi vil avslutningsvis også gjengi noen resultater fra fylkesmennesenes behandling av klager over tvangsmedisinering og tvangsernæring.

3.2 Datagrunnlag og metode

Formålet med gjennomgangen er tosidig: For det første er det i seg selv av interesse å få en kartlegging av kontrollkomisjonenes virksomhet. I hvilken grad påvirker kommisjonenes arbeid omfanget av tvangsutøvelse innen det psykiske helsevernet? Kan det avdekkes eventuelle forskjeller i praktiseringen av psykisk helsevernloven? I den forbindelse vil også kvaliteten på dataene bli vurdert, og sammenholdt med data fra andre kilder, med sikte på senere forbedringer i registreringen. For det andre: Data om tvangsbruk innrapportert til Norsk pasientregister er foreløpig mangelfulle. Data fra kommisjonene vil dermed kunne supplere den informasjonen vi har fra andre kilder.

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 klagen på disse vedtakene antas å være rimelig komplette. Opplysninger om klager på vedtak om skjerming og klager på vedtak om bruk av tvangsmidler er gjennomgående svært mangelfullt registrert. Disse dataene er foreløpig ikke egnet til å kvalitetssikre kommisjonenes arbeid.

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 to kommisjoner. Heller ikke disse kommisjonene hadde ansvar for institusjoner der tvang i særlig grad ble benyttet.

Kommisjonene ved Sandviken sykehus og for Psykiatrien i Vestfold HF har i dokumentkontrollen etter psykisk helsevernlovens § 3-8 for 2010 ikke skilt mellom kontroller av vedtak om tvungen observasjon, og kontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern. For Sandviken har vi estimert fordelingen, basert på pasientdata fra NPR. For Vestfold har vi benyttet den relative fordelingen for 2009. For 2011 rapporteres tallene også for disse kommisjonene separat for hhv. tvungent vern og tvungen observasjon.

Geografiske variasjoner

For å studere variasjoner i kommisjonenes og institusjonenes praktisering av tvanganvendelse, 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, 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), samt for klager over tvangsmedisinering.

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 mottar imidlertid sykehustjenester fra Nordlandssykehuset. Disse to områdene er derfor slått sammen til Nordland (ekskl. Ofoten). Finnmark 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.

3.3 Kontrollkommisjonenes virksomhet i 2011

De 54 (av 56) kontrollkommisjonene vi har data fra avholdt i 2011 totalt 2113 (2010: 2496) møter, herav 949 (1251) møter ved behandling av saker etter psykisk helsevernlovens §6-4^B og 1164 (1245) andre møter. Det ble utført 1920 (1976) anmeldte og 491 (574) uanmeldte kontrollbesøk ved institusjonene, total 2411 (2550), noe færre enn året før.

3.4 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 2011 registrert 28 slike saker, mot 14 året før. I en av sakene fikk pasienten medhold, mot i ingen saker året før.

3.5 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 i § 3-5 (tvungent vern/observasjon) 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. Kommisjonene behandlet i 2011 84 slike saker, mot 31 året før. Institusjonen fikk medhold i 63 av disse sakene (2010: 27 saker) og avslag i 21 (2010: 3 saker).

3.6 Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

I følge phvl. §3-2 kan det fattes vedtak om tvungen observasjon, og i følge §3-3 kan det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern. Vilkårene for dette er omtalt i kapittel 1.

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

Når noen blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal i følge phvl. § 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 tvungent vern/tvungen observasjon er foreløpig mangelfulle i Norsk pasientregister. I forbindelse med årsmeldingene er det innsamlet informasjon om antall dokumentkontroller for hhv. tvungent vern og tvungen observasjon. Siden dokumentkontrollene skal omfatte samtlige vedtak, kan disse dermed gi oss viktig informasjon om antall tvangsinnleggelse som har funnet sted.

Tabell 3.1 gir tall for omfanget av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i 2008, 2009 og 2010, fordelt på Helseregioner.

^B Saker om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungent psykisk helsevern, samt saker om overføring,

Tabell 3.1 Vedtak om tvungen observasjon og om tvungent psykisk helsevern. Helseregioner 2008–2011

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet
Tvungent psykisk helsevern					
2008	2 656	1 110	604	404	4 774
2009	1 936	866	447	431	3 668
2010	2 200	1 104	314	362	3 980
2011	2 518	957	294	341	4 110
Pst endring 2010–2011	14	-13	-6	-6	3
Tvungen observasjon					
2008	2 088	893	174	361	3 516
2009	2 133	840	308	429	3 710
2010	2 116	701	318	364	3 499
2011	1 846	653	340	326	3 165
Pst endring 2010–2011	-13	-7	7	-10	-10

- 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.

I følge kontrollkomisjonenes årsmeldinger var det en økning i antall vedtak om tvungent vern, fra 3980 vedtak i 2010 til 4110 i 2011. Dette gir en økning på 3 prosent. Økningen fra 2010 til 2011 var i sin helhet i Helse Sør-Øst, og var særlig knyttet til Oslo/Akershus, samt for Sørlandet. Av de til sammen 4110 vedtakene om tvungent vern for 2011, gjalt 292 vedtak tvungent vern uten døgnopphold. I de øvrige regioner gikk antall tvangsvedtak ned. På landsbasis gikk antall vedtak om tvungen observasjon ned med 10 prosent. Helse Midt-Norge var eneste region med en økning i observasjonsvedtak. Økningen i antall observasjonsvedtak her motsvares av en tilsvarende nedgang i antall vedtak om tvungent vern. Omvendt motsvares nedgangen i antall observasjonsvedtak i Helse Sør-Øst av en tilsvarende økning i antall vedtak om tvungent vern. Helse Vest og Helse Nord hadde nedgang for begge vedtakstypene.

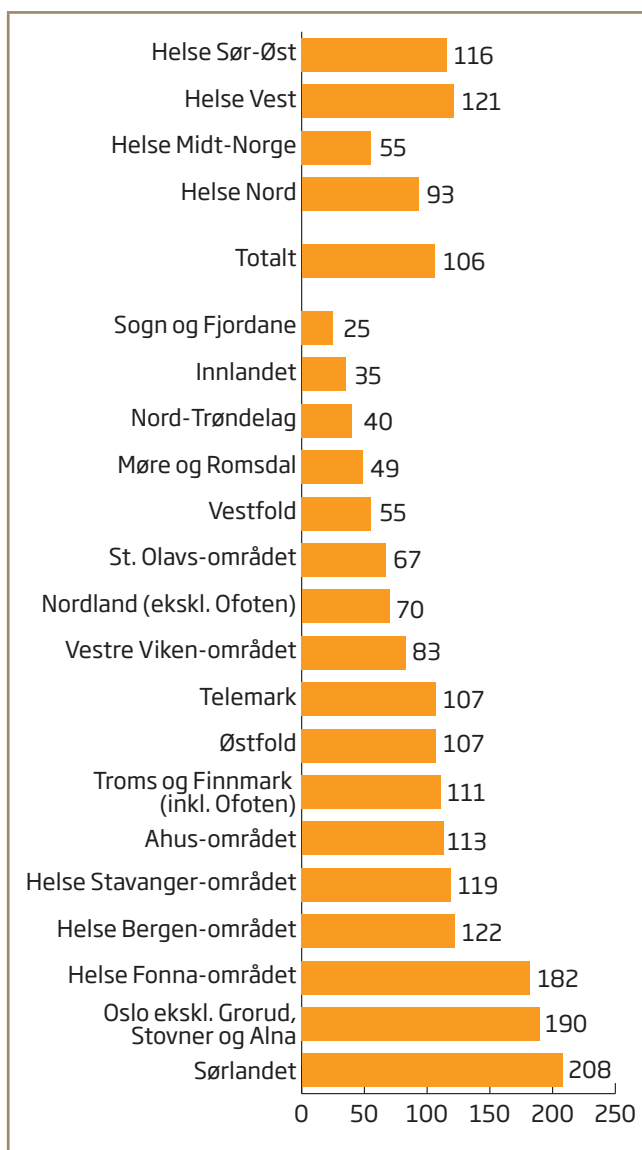
I tabell 3.2 har vi brutt ned tallene i tabell 3.1 på ulike distrikter, og beregnet befolkningsbaserte rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre. I tillegg til rå-ratene, har vi også beregnet ratene i prosent av nivået på landsbasis. Eksempelvis har Ahus-området en rate for TPH-vedtak på 113 vedtak per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Raten på landsbasis er 106. Ahus ligger dermed på 106 prosent av landsgjennomsnittet, eller seks prosent over dette. Områdeinndelingen er omtalt foran. I figur 3.1 og figur 3.2 er ratene framstilt grafisk.

Vi har sammenholdt kommisjonstallene med ratetallene på tvangsinnleggelse estimert ut fra NPR-data (se kapittel 1). For sum vedtak fant vi for de områdene som har sammenlignbare data en korrelasjonskoeffisient på 0,73.⁹

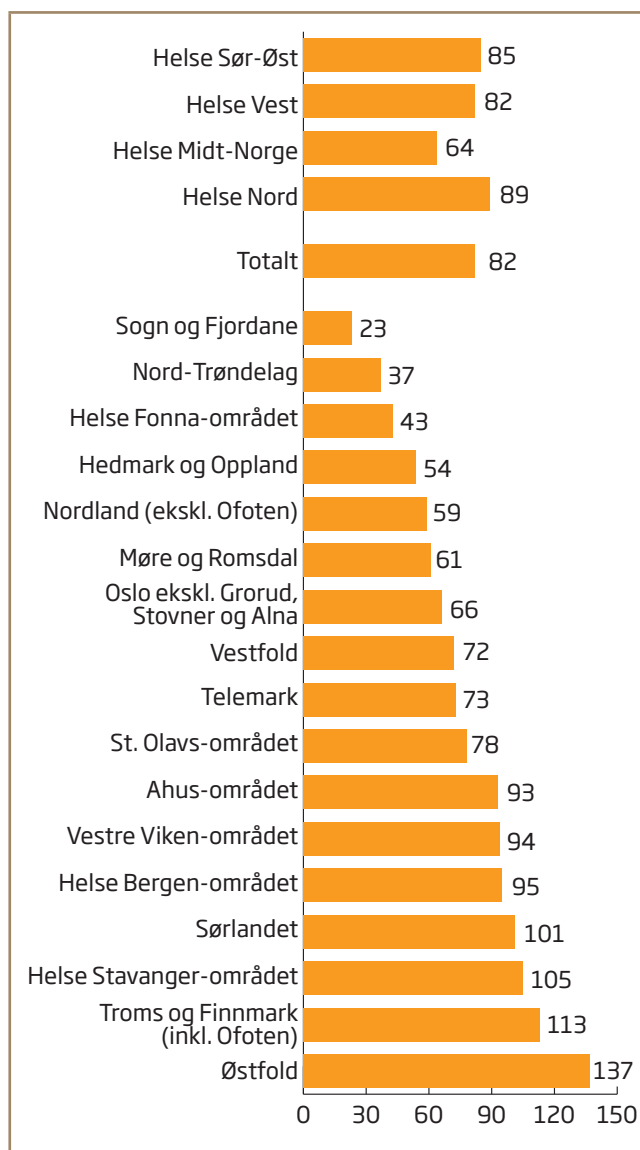
9 Pearsons r er et korrelasjonsmål som varierer fra -1 (høy verdi på den ene variabelen går alltid sammen med en lav verdi på den andre variabelen) via 0 (ingen sammenheng) til +1 (en høy verdi på den ene variabelen går alltid sammen med en høy verdi på den andre variabelen).

Tabell 3.2 Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i følge kontrollkomisjonene. Helseforetaksområder 2011.

Distrikt	Vedtak om tvungent psykisk helsevern			Vedtak om tvungen observasjon		
	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av lands-gjennomsnittet	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av lands-gjennomsnittet
Helse Sør-Øst	2 518	116	109	1 846	85	104
Helse Vest	957	121	114	653	82	101
Helse Midt-Norge	294	55	52	340	64	78
Helse Nord	341	93	88	326	89	109
Totalt	4110	106	100	3 165	82	100
Østfold	232	107	101	298	137	168
Ahus-området	422	113	106	348	93	114
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	779	190	179	272	66	81
Hedmark og Oppland	106	35	33	162	54	66
Vestre Viken-området	280	83	79	314	94	114
Vestfold	102	55	52	133	72	88
Telemark	143	107	100	98	73	89
Sørlandet	454	208	196	221	101	124
Helse Stavanger-området	302	119	112	268	105	129
Helse Fonna-området	240	182	171	57	43	53
Helse Bergen-området	394	122	114	309	95	117
Sogn og Fjordane	21	25	24	19	23	28
Møre og Romsdal	97	49	46	122	61	75
St. Olavs-området	156	67	63	180	78	95
Nord-Trøndelag	41	40	37	38	37	45
Nordland (ekskl. Ofoten)	116	70	66	97	59	72
Troms og Finnmark (inkl. Ofoten)	225	111	105	229	113	139



Figur 3.1 Dokumentkontroller av vedtak om tvungen psykisk helsevern 2011. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre



Figur 3.2 Dokumentkontroller av vedtak om tvungen observasjon i psykisk helsevern 2011. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Det er store forskjeller i tallet på tvangsvedtak i forhold til innbyggertall, fra en rate for TPH på 25 i Sogn og Fjordane, til 208 på Sørlandet. Tilsvarende varierer raten for tvungen observasjon fra 23 i Sogn og Fjordane til 137 i 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 7275 kontroller av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, har vi bare registrert 25 saker der kommisjonen har kommet til at vernet skulle opphøre. Data om

utfallet av behandlingen er imidlertid mangelfulle, og dekker bare 3893 av de 7275 kontrollene. Selv om vi tar høyde for dette, utgjør omgjøringene bare 0,6 prosent av sakene.

3.7 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 2011 mottatt 177 redegjørelser for unntak fra konverteringsforbudet.

3.8 Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon

Kontrollkomisjonene behandlet i 2011 i alt 249 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 247 året før. To av de 249 klagen var fra pårørende, de øvrige fra pasienten. Vi har ovenfor sett at det ble fattet vedtak om observasjon i 3165 saker. Klagen tilsvarende dermed ca. åtte prosent. Av klagerne fikk igjen 18 stykker, eller ca. syv prosent medhold. Av alle vedtak om tvungen observasjon ble dermed 0,6 prosent omgjort av kommisjonene gjennom klagebehandling. I 29 prosent av sakene fikk klageren avslag. I 54 prosent av sakene ble klagen trukket.

3.9 Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern

Tabell 3.3 viser antall klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern for perioden 2008 til 2011. 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 sammen-

Tabell 3.3 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern. Helseregioner 2008-2011

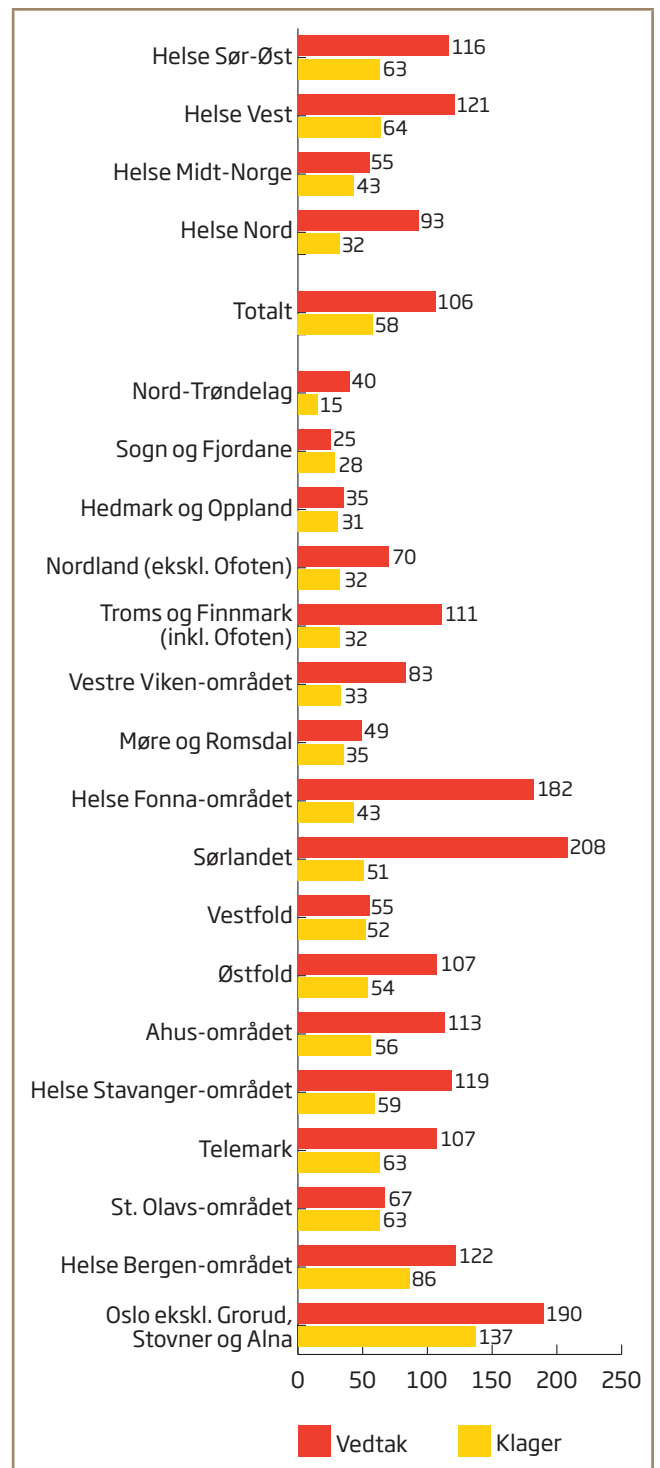
RHF		Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Landet
Klager på TPH	2008	1 105	444	322	116	1 987
	2009	1 172	318	296	114	1 900
	2010	1 107	403	266	139	1 915
	2011	1 379	510	231	118	2 238
	Pst endring 2010-2011	25	27	-13	-15	17
Vedtak om TPH totalt	2008	2 656	1 110	604	404	4 774
	2009	1 936	866	447	431	3 668
	2010	2 200	1 104	314	362	3 980
	2011	2 518	957	294	341	4 110
	Pst endring 2010-2011	14	-13	-6	-6	3
Klager i prosent av vedtak						
	2008	42	40	53	29	42
	2009	61	37	66	26	52
	2010	50	37	85	38	48
	2011	55	53	79	35	54

ligningens skyld også tatt med antall vedtak om tvungent vern og antall klager i prosent av antall vedtak.

I 2011 ble det ialt fremmet 2238 klager på tvungent vern. Av disse ble 31 fremmet av nærmeste pårørende og 2207 av pasienten. Antall klager på tvungent vern har økt med 17 prosent fra 2010 til 2011. Økningen kom i Helse Sør-Øst og Helse Vest. I øvrige regioner har det vært en nedgang. Antall klager har økt mer enn antall vedtak. Klageprosenten har dermed økt fra 48 til 54 prosent, med en økning i Helse Sør-Øst og i Helse Vest, og en nedgang i øvrige regioner.

I tabell 3.4 har vi brutt ned tallene for 2011 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 54 per 100 000 innbyggere. Klageraten på landsbasis er 58. Østfold ligger dermed på 93 prosent av landsgjennomsnittet, eller syv prosent under dette gjennomsnittet. Figur 3.3 framstiller klagerate og samlet vedtaksrate grafisk. I figuren er distriktene sortert etter stigende klagerate.

Det er betydelige variasjoner i klageratene, fra 15 klager per 100 000 innbyggere i Nord-Trøndelag til 137 i Oslo. Områder med mange vedtak synes gjennomgående også å ha flere klager. Sammenhengen er likevel ikke entydig (Pearsons $r=0,59$). Det er heller ikke slik at en i områder med mange tvangsvedtak (høy rate) har en høyere andel som klager, sammenhengen er tvert om negativ ($r=-0,57$). Det er betydelige forskjeller i andel klager i prosent av antall vedtak, fra 24 prosent i Helse Fonna-området til 110 prosent i Sogn og Fjordane.



Figur 3.3 Klagerate og samlet vedtaksrate for tvungent psykisk helsevern i 2011. Per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Tabell 3.4 Klager på vedtak om tvungen psykisk helsevern og vedtak om tvungen psykisk helsevern 2011. Antall og rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

	Klager			Vedtak			Klager i prosent av vedtak
	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landet	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landet	
Helse Sør-Øst	1 379	63	110	2 518	116	109	55
Helse Vest	510	64	111	957	121	114	53
Helse Midt-Norge	231	43	75	294	55	52	79
Helse Nord	118	32	56	341	93	88	35
Totalt	2 238	58	100	4 110	106	100	54
Østfold	117	54	93	232	107	101	50
Ahus-området	208	56	96	422	113	106	49
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	560	137	236	779	190	179	72
Hedmark og Oppland	93	31	53	106	35	33	88
Vestre Viken-området	110	33	57	280	83	79	39
Vestfold	95	52	89	102	55	52	93
Telemark	84	63	108	143	107	100	59
Sørlandet	112	51	89	454	208	196	25
Helse Stavanger-området	150	59	102	302	119	112	50
Helse Fonna-området	57	43	75	240	182	171	24
Helse Bergen-området	280	86	149	394	122	114	71
Sogn og Fjordane	23	28	48	21	25	24	110
Møre og Romsdal	70	35	61	97	49	46	72
St. Olavs-området	145	63	108	156	67	63	93
Nord-Trøndelag	16	15	27	41	40	37	39
Nordland (ekskl. Ofoten)	53	32	56	116	70	66	46
Troms og Finnmark (inkl. Ofoten)	65	32	56	225	111	105	29

Tabell 3.5 Utfall av kontrollkomisjonenes behandling av klager over vedtak om tvungent psykisk helsevern i perioden 2008-2011

	Prosentvis fordeling			Klager totalt	Prosentueringsbasis
	Medhold	Avslag/avvisning	Klagen trukket		
Helse Sør-Øst					
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
Helse Vest					
2008	8	55	37	444	390
2009	7	60	32	318	290
2010	8	51	41	403	403
2011	9	48	43	510	488
Helse Midt-Norge					
2008	7	42	51	322	331
2009	7	59	34	296	274
2010	7	56	38	266	259
2011	6	63	31	231	229
Helse Nord					
2008	3	48	48	116	116
2009	4	58	38	114	114
2010	4	62	35	139	138
2011	9	57	34	118	118
Landet					
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

3.10 Utfallet av klagebehandlingen på vedtak om tvungent psykisk helsevern

Tabell 3.5 viser utfallet av klagebehandlingen i perioden 2008-2011. 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).

På landsbasis varierer over tid andel klager som får medhold fra fem til åtte prosent. Andel klager som får avslag varierer tilsvarende fra 47 til 55 prosent, mens andel klager som blir trukket varierer fra 39 til 47 prosent.

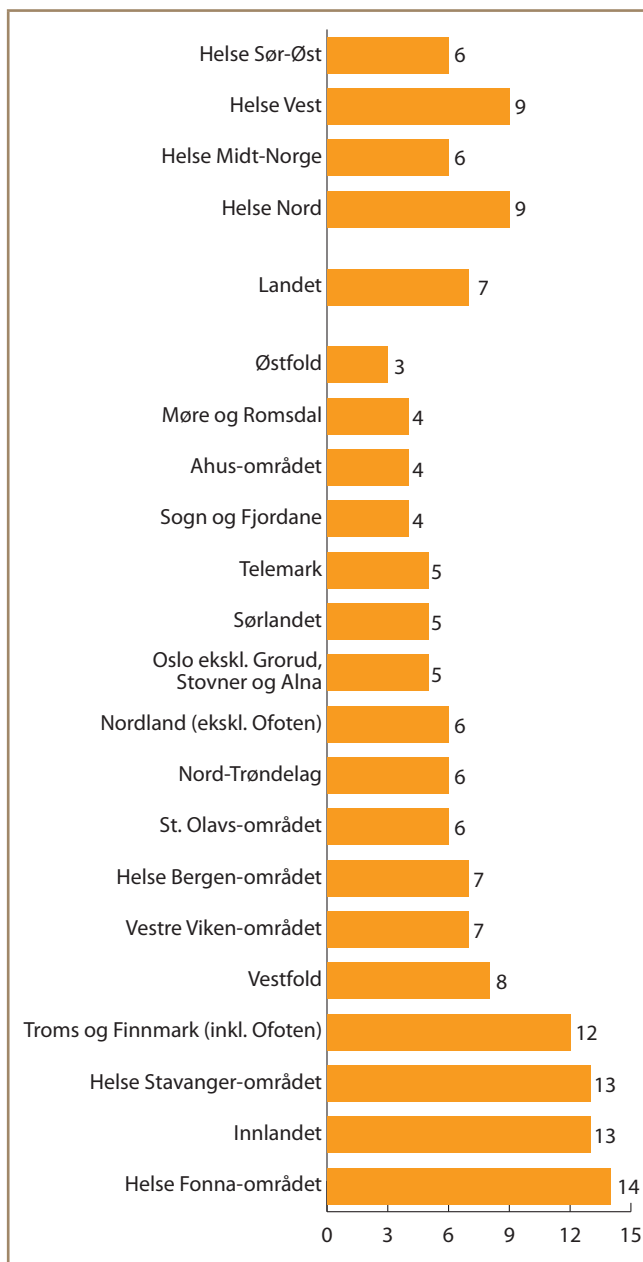
Det å trekke klagen må sees i sammenheng med phvl. § 6-4, der det heter at en ved avslag fra kommisjonen ikke kan fremme ny klage før etter seks måneder. Det er vel derfor grunn til å anta at noen av klagerne ble trukket når klageren ser at saken går mot avslag. Samtidig er det grunn til å tro at en del klager trekkes fordi sykehuset meddeler at det uansett går mot en utskrivelse fra tvungent vern. Om de trukne sakene regnes med, fikk i 2011 93 prosent av klagerne, direkte eller indirekte, avslag på klagen. Om de trukne sakene holdes utenfor, fikk klager medhold i 13 prosent av sakene.

Tabell 3.6 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungen psykisk helsevern. Prosentvis fordeling av utfallet. Helseregioner og distrikter 2011

	Prosentvis fordeling			Klager totalt	Prosent- uerings- basis	Klager per 100 000 innbyg- gere 18 år og eldre	Klager som får medhold per 100 000 innbyg- gere 18 år og eldre
	Medhold	Avslag/ avvisning	Klagen trukket				
Helse Sør-Øst	6	42	52	1 379	1 305	63	3,4
Helse Vest	9	48	43	510	488	64	5,7
Helse Midt-Norge	6	63	31	231	229	43	2,4
Helse Nord	9	57	34	118	118	32	3,0
Landet	7	47	47	2 238	2 140	58	3,7
Østfold	3	36	62	117	117	54	1,4
Ahus-området	4	18	78	208	208	56	2,4
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	5	49	45	560	528	137	6,8
Hedmark og Oppland	13	37	50	93	82	31	3,6
Vestre Viken-området	7	36	57	110	95	33	2,1
Vestfold	8	56	36	95	77	52	3,3
Telemark	5	43	52	84	84	63	3,0
Sørlandet	5	63	32	112	114	51	2,7
Helse Stavanger- området	13	48	39	150	136	59	7,1
Helse Fonna-området	14	49	37	57	59	43	6,1
Helse Bergen-området	7	49	44	280	270	86	5,6
Sogn og Fjordane	4	35	61	23	23	28	1,2
Møre og Romsdal	4	87	9	70	70	35	1,5
St. Olavs-området	6	55	39	145	143	63	3,9
Nord-Trøndelag	6	31	63	16	16	15	1,0
Nordland (ekskl. Ofoten)	6	64	30	53	53	32	1,8
Troms og Finnmark (inkl. Ofoten)	12	51	37	65	65	32	4,0

I tabell 3.6 har vi brutt ned tallene for 2011 på distrikter og helseregioner. Andel klagere som fikk medhold er fremstilt grafisk i figur 3.4. Medholdsprosenten er

beregnet ut fra samtlige klager (inklusive saker som senere har blitt trukket). I figuren er distriktene sortert etter stigende andel medhold.



Figur 3.4 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Prosent av klager som fikk medhold. Helseregioner og distrikter 2011.

Som det framgår av figuren er det betydelige forskjeller mellom områdene i omgjøringsprosenten, fra tre til fire prosent i Østfold, Møre og Romsdal, Ahus-området og Sogn og Fjordane til 13 til 14 prosent i Helse Stavanger-området, Innlandet og Helse Fonna.

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 kommisjonsbehandlingen¹⁰. 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».

Vi har undersøkt dette ved å se på grad av samvariasjon mellom klageraten (klager per 100 000 innbyggere 18 år og eldre) og andel av klager som fikk medhold.

Vi fant bare en svak sammenheng ($r = -0,18$).

Det kan likevel tenkes at kontrollkomisjonene mer indirekte påvirker omfanget av tvangsvedtak. Vi har derfor undersøkt om kommisjonene gjennomgående gir flere klager medhold i områder med høyt antall tvangsvedtak enn i områder med lavt antall tvangsvedtak. Vi har gjort dette ved å sammenligne «medholdsrate», dvs. antall pasienter som får medhold per 100 000 innbyggere (18 år og eldre), med tvangsrate, dvs. antall vedtak om tvungent vern per 100 000 innbyggere (18 år og eldre). Det er mao. en tendens til at høy tvangsrate går sammen med høy medholdsrate ($r = 0,65$).

10 Det er en relativt lav korrelasjon mellom medholdsprosenten i det enkelte distrikt i 2010 og 2011 ($r = 0,09$).

Tabell 3.7 Omfang av etterprøving etter tre måneder under tvungent vern. 2009-2011

	Antall kontroller			Herav pasienter uten døgnopphold 2011	Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre 2011
	2009	2010	2011		
Helse Sør-Øst	429	465	395	51	18,2
Helse Vest	150	209	139	4	17,5
Helse Midt-Norge	113	148	133	32	24,9
Helse Nord	60	56	55	24	15,0
Landet	752	878	722	111	18,7

3.11 Etterprøving etter 3 måneder og etter ett år under tvungent psykisk helsevern

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

Tabell 3.7 viser antall kontroller etter 3 måneder på tvang. 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 01.10.2010–31.09.2011. Oversikten omfatter heller ikke tilfeller der pasienten har klaget. Tallene må derfor sees i sammenheng med klageomfanget (se ovenfor).

I perioden 01.10.2010–31.09.2011 ble det fattet vedtak om tvungent vern for 722 pasienter som fortsatt var under tvungent vern tre måneder senere (og som ikke hadde klaget på det tvungne vernet), en nedgang på 18 prosent fra foregående år. Raten er lavere for Helse Nord og høyere for Helse Midt-Norge enn for de øvrige regionene. Kontrollkommisjonene omgjør bare unntaksvis vedtaket, på landsbasis i kun åtte saker (to prosent).

Tabell 3.8 viser kontrollkommisjonenes 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 2011 hadde vært under tvungent vern i ett år eller mer. I tillegg til absoluttallene har vi også ført opp rate i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre.

Tabell 3.8 Omfang av vedtak om samtykke til forlengelse av tvungent vern ut over ett år. 2009-2011

	Antall kontroller					Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre 2011		
	2009	2010	2011	Herav med døgnopphold 2011	Herav uten døgnopphold 2011	Totalt	Med døgnopphold	Uten døgnopphold
Helse Sør-Øst	687	688	689	411	278	31,7	18,9	12,8
Helse Vest	257	280	310	252	58	39,1	31,8	7,3
Helse Midt-Norge	218	198	205	45	160	38,4	8,4	30,0
Helse Nord	115	148	124	27	97	33,8	7,4	26,5
Landet	1 277	1 314	1 328	735	593	34,3	19,0	15,3

I 2011 var det totalt 1328 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, om lag samme antall som året før. Av disse var imidlertid 45 prosent på tvungent vern uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Sett i forhold til antall innbyggere var det samlet sett noen flere pasienter i Helse Vest og Helse Midt-Norge enn i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Helse Midt-Norge og Helse Nord har imidlertid en langt høyere andel pasienter som ikke hadde døgnopphold. Ser vi på pasientene som fortsatt var innlagt er raten betydelig lavere i Midt-Norge og i Nord enn i Sør-Øst, og særlig i Vest. Ettårskontrollen fører ikke i særlig grad til at det tvungne vernet opphører. I kun 38 saker (3 prosent av kontrollene) ble det tvungne vernet opphevet.

3.12 Klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon/tvungent vern og på vedtak om oppheving av tvungen observasjon/tvungent vern

Det ble fremmet åtte klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon eller tvungent vern, alle fra nærmeste pårørende. Tre av klagerne fikk medhold, en fikk avslag, mens tre klager ble trukket.

Det ble fremmet 15 klager på vedtak om opphør av tvungen observasjon, syv fra pasienter og åtte fra nærmeste pårørende. To klagere fikk medhold, ni fikk avslag, en klage ble avvist, mens tre klager ble trukket.

Det ble fremmet tretten klager på vedtak om opphør av tvungent vern, en fra pasient, elleve fra nærmeste pårørende og en fra offentlig myndighet. To klagere fikk medhold, seks avslag, mens seks klager ble trukket.

3.13 Klager på vedtak om bruk av skjerming og tvangsmidler

Vilkårene for bruk av tvangsmidler og skjerming er nærmere omtalt i kapittel 1. Vedtak om bruk av slike tiltak kan påklages til kontrollkommissjonen.

I følge Bjørkly et al. (2011) ble det i 2009 i alt fattet 2689 vedtak om skjerming overfor 1406 pasienter. Det ble fattet 4200 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler overfor 1065 pasienter, 269 vedtak om kortvarig anbringelse bak låst dør (isolasjon) overfor 114 pasienter og 1875 vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler overfor 712 pasienter. Det ble i tillegg fattet 1680 vedtak om kortvarig fastholding overfor 574 pasienter.

Tabell 3.9 viser antall registrerte klagesaker på bruk av tvangsmidler i perioden 2008–2011. I tabellen har vi for 2011 også angitt antall kommisjoner som har rapportert en eller flere klagesaker.

For bruk av skjerming har det over perioden 2008–2010 vært en påfallende nedgang i antall klager, og nivået ligger i 2011 fortsatt betydelig under 2008/2009.. For tvangsmidlene varierer klagetallene fra år til år, og bare et fåtall av de 56 kommisjonene har for 2010 registrert en eller flere klager på bruken. Data synes derfor åpenbart mangelfulle, og vil ikke bli nærmere analysert.

Tabell 3.9 Registrerte klagesaker på bruk av skjerming og tvangsmidler i perioden 2008–2011, samt for 2011 antall kommisjoner som har rapportert en eller flere klager

	Antall klager				Antall kommisjoner
	2008	2009	2010	2011	2011
Skjerming	280	197	94	119	27
Mekaniske tvangsmidler	63	448	40	37	14
Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolering)	1	182	4	0	0
Korttidsvirkende legemidler	43	63	4	4	3
Kortvarig fastholding	13	87	3	13	7

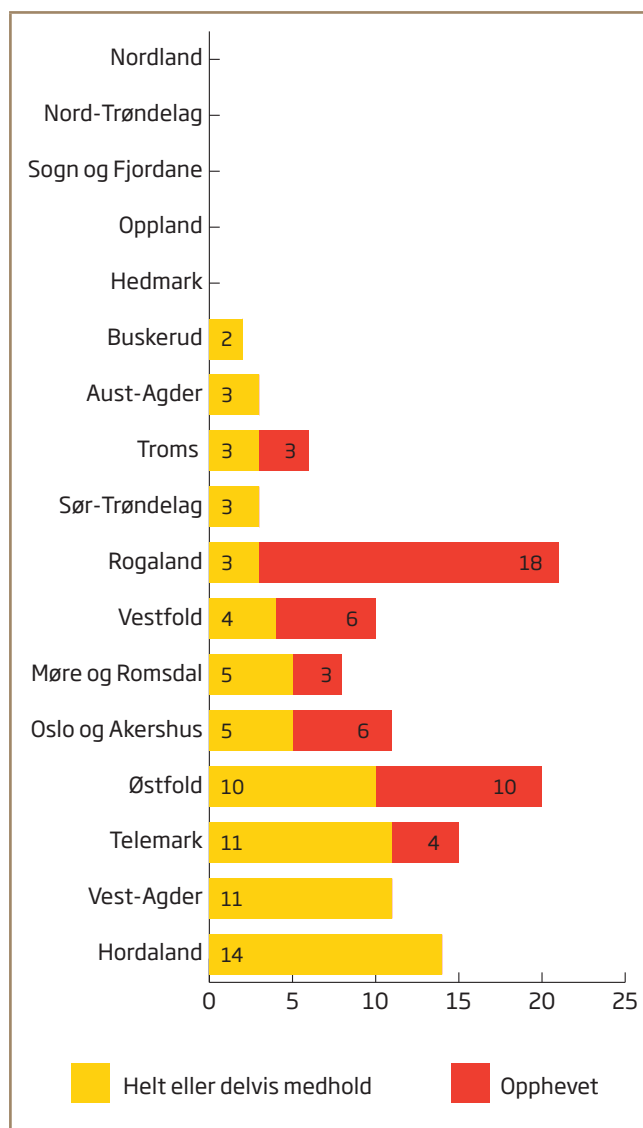
3.14 Fylkesmannens behandling av klager på tvangsmedisinering

I følge phvl. § 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. Bestemmelsene er nærmere omtalt i kapittel 1. 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.

Tabell 3.10 presenterer data fra fylkesmennenes tvangsmedisineringsklager, 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 førsteinstansen. Fylkesmannen har derfor ikke vurdert om klagen skal etterkommes. Det kan først gjøres hvis det kommer en ny klage etter at førsteinstansen har behandlet saken på nytt. I tabellen har vi i tillegg satt inn landstall for 2009 og 2010.

Tabell 3.10 Tvangsbehandling med legemidler. Antall klager, prosentandel der det er gitt helt eller delvis medhold og andel av disse hvor vedtaket er opphevet. Fylke. 2011

Fylke	Ikke medhold	Helt eller delvis medhold	Opphevet	Totalt	Antall
Østfold	80	10	10	100	30
Oslo og Akershus	89	5	6	100	219
Hedmark	100	0	0	100	12
Oppland	100	0	0	100	6
Buskerud	98	2	0	100	52
Vestfold	89	4	6	100	47
Telemark	85	11	4	100	27
Aust-Agder	98	3	0	100	40
Vest-Agder	89	11	0	100	35
Rogaland	79	3	18	100	62
Hordaland	86	14	0	100	110
Sogn og Fjordane	100	0	0	100	6
Møre og Romsdal	92	5	3	100	66
Sør-Trøndelag	97	3	0	100	70
Nord-Trøndelag	100	0	0	100	10
Nordland	100	0	0	100	19
Troms	95	3	3	100	37
Finnmark					0
Landet 2011	90	6	4	100	848
Landet 2010	89	8	2	100	821
Landet 2009	89	7	3	100	839
Antall 2011	765	49	34		848
Antall 2010	733	69	19		821
Antall 2009	750	60	29		839



Figur 3.7 Fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om tvangsmedisinering innenfor det psykiske helsevernet. Prosentandel av vedtakene der klager fikk helt eller delvis medhold og prosent der vedtaket ble opphevet. Fylker 2011

Figur 3.7 viser andel av klagerne i disse områdene der klageren fikk helt eller delvis medhold. Vi har også satt inn andel vedtak som ble opphevet pga. saksbehandlingsfeil eller lignende. I figuren er områdene sortert etter stigende andel saker der klager fikk helt eller delvis medhold.

Fylkesmennene behandlet i 2011 i alt 859 saker om tvangsmedisinering. Av disse ble 11 avvist, netto antall saker blir dermed 848, tre prosent flere enn året før (821). Fylkesmennene opphevet fire prosent av vedtakene pga. saksbehandlingsfeil, mot to prosent året før. Ut over dette fikk 49 klagerne (seks prosent) helt eller delvis medhold, mot 69 klagerne (åtte prosent) året før. Andelen klagerne som får helt eller delvis medhold varierer mellom fylkene, fra ingen klager i Oppland, Hedmark, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Nordland, til 14 prosent av klagerne i Hordaland. Pga. av lav prosentueringsbasis i flere fylker, vil imidlertid dette kunne skyldes tilfeldige variasjoner.

Vi har likevel undersøkt sammenhengen mellom klagerate og tendensen til å få helt eller delvis medhold. Klageraten kan dels gjenspeile behandlingspraksis i områdene, i områder med hyppig bruk av tvang vil en vel kunne forvente også flere klager på slik behandling. På den annen side kan klageraten også gjenspeile ulik tendens til å klage blant pasientene. I det første tilfelle ville vi forvente at en større andel av klagerne fikk medhold, i det andre tilfelle ville vi forvente det motsatte.

Opptaksområdene for institusjonene følger ikke lenger fylkesgrensene. I Tabell 3.11 har vi derfor slått sammen fylker for å få best mulig samsvar mellom foretaksområder og fylker. Dette gjelder Innlandet (Oppland og

Tabell 3.11 Tvangsbehandling med legemidler. Antall klager, prosentandel der det er gitt helt eller delvis medhold og vedtaket er opphevet. Områder. 2011

	Ikke medhold	Helt eller delvis medhold	Opphevet	Totalt	Antall	Klager pr. 100 000 innbyggere 18 år og eldre	Helt eller delvis medhold pr. 100 000 innbyggere
Østfold	80	10	10	100	30	13,8	1,4
Oslo og Akershus	89	5	6	100	219	24,0	1,3
Innlandet	100	0	0	100	18	6,0	0,0
Buskerud	98	2	0	100	52	25,1	0,5
Vestfold	89	4	6	100	47	25,5	1,1
Telemark	85	11	4	100	27	20,1	2,2
Sørlandet	93	7	0	100	75	34,4	2,3
Rogaland	79	3	18	100	62	18,6	0,6
Hordaland	86	14	0	100	110	29,2	4,0
Sogn og Fjordane	100	0	0	100	6	7,2	0,0
Møre og Romsdal	92	5	3	100	66	33,2	1,5
Sør-Trøndelag	97	3	0	100	70	30,1	0,9
Nord-Trøndelag	100	0	0	100	10	9,8	0,0
Nordland	100	0	0	100	19	10,2	0,0
Troms og Finnmark	95	3	3	100	37	20,5	0,6
Landet	90	6	4	100	848	21,9	1,3

Hedmark), Sørlandet (Aust- og Vest-Agder), samt Troms og Finnmark (der tvangsinnleggelsene i Finnmark går til Troms). Vi har her også vist klageraten (antall klager per 100 000 innbyggere) og medholdsrate (antall klager per 100 000 innbyggere som fikk helt eller delvis medhold).

Det er en tendens til at i områder med mange klager på vedtak om tvangsmedisinering får en større andel av klagerne helt eller delvis medhold ($r=0,47$). Jo flere klager som blir fremmet (i forhold til innbyggertallet) jo flere klager får også medhold ($r=0,65$).

3.15 Fylkesmennenes behandling av saker om tvangsernæring

I tillegg til klager på tvangsmedisinering, behandlet fylkesmennene fem klager på tvangsernæring. Ingen av klagerne fikk medhold.

4

Kommisjonenes merknader vedrørende velferdskontroll

I dette kapitlet oppsummeres kontrollkommisjonenes merknader vedrørende velferdskontroll. Kommisjonene har bl.a. tatt opp spørsmål om bruk av tiltak etter lovens kap. 4, fysisk utforming av institusjonen, institusjonenes saksbehandlingsrutiner, overføringer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, utarbeiding av individuell plan, husordensregler og bemanning.

4.1 Innledning

I dette kapitlet oppsummeres kontrollkommisjonenes merknader vedrørende velferdskontroll. Kontrollkommisjonene har i årsrapporten et fritekstfelt, hvor direktoratet blant annet etterspør kommisjonenes merknader vedrørende anvendelse av regelverk og velferdskontroll, jf. psykisk helsevernloven § 6-1 annet ledd. Helsedirektoratet mottok få innspill fra 2011.

Kommisjonenes innspill vil være av interesse for andre sentrale helsemyndigheter, helseforetak, brukerorganisasjoner og andre som er opptatt av å styrke rettssikkerheten og velferden til pasienter i det psykiske helsevernet. I tillegg vil det være nyttig for kontrollkommisjonene å se hen til andre kommisjoners velferdskontroll.

4.2 Problemstillinger/merknader

Enkelte problemstillinger reises av flere kommisjoner. Dette gjelder blant annet spørsmål om bruk av tiltak etter lovens kap. 4 og fysisk utforming av institusjonen. Som i 2010 er det også knyttet merknader til overføring til kommunen når pasienten er ferdigbehandlet, saksbehandling, individuell plan samt til husordensreglementet. Flere kontrollkommisjoner opplyser at de bistår sykehusene i tolkning av psykisk helsevernloven og -forskriften.

Bruk av tiltak etter phvl. kapittel 4

Kontrollkommisjonene Østfold I, Kontrollkommisjon I psykiatrisk klinikk, Stavanger Universitetssykehus (Midt-sektor) og Ullevål Universitetssykehus III har kommentarer knyttet til tiltak etter lovens kap. 4.

Kontrollkommisjon Østfold I har flere merknader knyttet til tiltak etter lovens kap. 4, blant annet behandling med medikamenter uten eget samtykke, skjerming og ulike former for tvangsmidler. Ullevål Universitetssykehus III har vært i kontakt med RSA Dikemark vedrørende skjerming, ransaking og urinprøvetaking.

Haukeland sykehus, psykiatrisk klinikk og Østfold II hadde begge bemerkninger vedrørende bruk av tvangstiltak overfor barn og unge. Haukeland sykehus, psykiatrisk klinikk beskrev kontakt med sykehuset og Fylkeslegen i en sak hvor en ungdom var beltelagt over lang tid. Østfold II hadde møte med avdelingsledelsen ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling vedrørende utøvelse av tvangsvedtak.

Fysiske forhold ved institusjonen

Kommisjonen for Sørlandet sykehus, Arendal 2 har rapportert om «kummerlige forhold» ved ungdomsklinikken, og at det blant annet må brukes hengelås på vinduene for å forhindre at barn rømmer. Kommisjonen Østfold I har tatt opp spørsmål om hygieneforhold og universell utforming av lokaler. Kommisjonen Blakstad har mottatt klage over ferdigmonterte belter på seng på pasientens rom og manglende renhold. Kontrollkommisjon Ullevål Universitetssykehus III har vært i dialog med institusjonen om sikring av pasientrom, fellesområder og uteområder.

Overføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen

Kontrollkommisjonene Ullevål Universitetssykehus I, Lovisenberg Diakonale sykehus II og Sør-Rogaland opplyser at alle pasienter blir værende innlagt på sykehuset etter at de er vurdert utskrivningsklare da kommunen ikke har egnet botilbud til rådighet.

Kontrollkommisjon Ullevål Universitetssykehus III opplyser at pasienter har opphold ved RSA lengre enn nødvendig da det er vanskelig å overføre pasienten til lavere sikkerhetsnivå.

Saksbehandling

Kommisjonene Østfold I, Sanderud og Ullevål Universitetssykehus III har hatt merknader vedrørende institusjonenes saksbehandlingsrutiner.

Østfold I har tatt opp problemstillinger knyttet til bl.a. manglende vedtak, klagerett og rett til advokat. Kommisjonen har videre hatt merknader knyttet til journalføring, klagerett/uttalelsesrett fra pasient og/eller pårørende og forlengelse av vern. Sanderud har innberettet til Fylkesmannen sviktende oppfølging av rutiner ved behandling av saker vedrørende tvungent psykisk helsevern ut over tre måneder og samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern ut over ett år.

Individuell plan

Kontrollkommisjonen Oslo Universitetssykehus, Aker Universitetssykehus I opplyser at ingen av DPSene kommisjonen har ansvar for har utarbeidet individuell plan eller andre former for krisehåndteringsplaner. Kommisjonen for Sunnhordaland, Hardanger og Voss etterlyser bedre koordinering og oppfølging av individuell plan, særlig for pasienter med dobbeltdiagnose som overføres hyppig mellom sykehus, DPS og kommune. Kommisjonen for Østfold I opplyser at de hadde en merknad knyttet til individuell plan i forbindelse med gjennomgang etter psykisk helsevernloven

Husordensregler

Kommisjonene Ullevål Universitetssykehus III, Blakstad, Østfold I samt Gjøvik, Toten, Hadeland og Valdres har alle merknader vedrørende innholdet i og praktisering av husordensregler ved sine institusjoner. Blant annet er det tatt opp forhold knyttet til begrensning i bruk av mobiltelefon og telefontid, bruk av PC og ransakning av personer og rom.

Bemannning

Kommisjonen for Blakstad har adressert spørsmål vedrørende bemanningen. Blakstad opplyser om klage på bemanningens oppførsel, at bemanningen sover om natten og manglende legitimering. Det er videre klaget på at pasienter har blitt glemt og vært innelåst ved brannalarm.

Vedlegg

Vedlegg 1: Antall innleggelser (ekskl. overføringer) i psykisk helsevern for voksne i 2011. Prosentvis fordeling av spesialistvedtak ved innleggelse og antall innleggelser hvor henholdsvis spesialistvedtak ved innleggelse og henvisningsformalitet ikke er angitt.

Institusjon	Utvalg	Godkjent for TPH	Innleggelser	Spesialistvedtak ¹⁾ (andel)				Sp.vedtak mangler (antall)	Henv.form mangler (antall)
				Frivillig	Tvungen observasjon	TPH	Annet		
Helse Sør-Øst RHF									
Sykehuset Østfold	Ja	Ja	1808	75	16	9	0	0	140
DPS Fredrikstad	Ja	Ja	228	96	2	2	0	0	4
DPS Edwin Ruud	Ja	Godkjent for TUD	88	100				0	4
DPS Halden/Sarpsborg	Ja	Godkjent for TUD	263	100				0	40
DPS Moss	Ja	Godkjent for TUD	138	100				0	2
Akershus Universitetssykehus	Ja	Ja	1970	64	19	17	0	0	1292
Alna DPS	Ja	Godkjent for TUD	170	100				1	1
Follo DPS	Ja	Godkjent for TUD	402	100				0	58
Grorud DPS	Ja	Godkjent for TUD	219	100				1	153
Jessheim DPS	Ja	Godkjent for TUD	153	100				0	97
Lillestrøm DPS	Ja	Godkjent for TUD	387	100				2	281
Josefinegt DPS	Ja	Godkjent for TUD	206	100				206	32
Søndre Oslo DPS	Ja	Godkjent for TUD	168	100				168	75
Oslo universitetssykehus	Nei	Ja	1180					1089	133
Sykehuset Innlandet	Ja	Ja	1853	84	11	5	0	2	249
DPS Gjøvik	Ja	Ja	437	88	7	4	0	0	346
DPS Hamar	Ja	Ja	136	99	0	1	0	0	47
DPS Lillehammer	Ja	Godkjent for TUD	309	100				0	10
DPS Tynset	Ja	Godkjent for TUD	66	100				0	7
DPS Kongsvinger	Ja	Tar ikke tvang	170	100				0	19
Fekjær psyk senter	Ja	Tar ikke tvang	71	100				0	28

Institusjon	Utvalg	Godkjent for TPH	Spesialistvedtak ¹⁾ (andel)					Sp.vedtak mangler (antall)	Henv.form mangler (antall)
			Innleggelser	Frivillig	Tvungen observasjon	TPH	Annet		
Blakstad sykehus	Ja	Ja	809	69	18	13	1	1	490
Sykehuset Buskerud	Ja	Ja	1220	77	15	7	0	0	298
Drammen psyk senter	Ja	Ja	238	99	0	1	0	0	26
Kongsberg sykehus	Ja	Ja	195	100	0	0	0	0	61
Psykiatrisk senter Asker	Ja	Ja	160	98	2	1	0	0	10
Psykiatrisk senter Bærum	Ja	Ja	128	96	2	2	0	3	8
Ringerike DPS	Ja	Godkjent for TUD	159	100				0	18
Psykatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	Ja	Ja	1376	81	11	8	0	0	0
Nordre Vestfold DPS	Ja	Ja	222	88	1	11	0	15	0
Søndre Vestfold DPS	Ja	Ja	150	82	2	16	0	3	0
Sykehuset Telemark	Ja	Ja	837	63	13	19	5	8	33
DPS Notodden/Seljord	Ja	Ja	297	96	0	4	0	26	54
DPS Porsgrunn	Ja	Ja	224	98	0	1	0	0	9
DPS Skien	Ja	Ja	407	96	1	2	1	0	12
Sørlandet sykehus Arendal	Ja	Ja	824	79	7	14	0	0	596
Sørlandet sykehus Kristiansand	Ja	Ja	1261	76	12	11	1	0	517
DPS Aust-Agder	Ja	Ja	590	100				1	60
DPS Lister	Ja	Godkjent for TUD	164	100				0	30
DPS Solvang	Ja	Godkjent for TUD	225	100				0	28
DPS Strømme	Ja	Godkjent for TUD	402	100				0	40
Diakonhjemmets sykehus	Ja	Ja	657	73	5	22	0	0	419
Lovisenberg diakonale sykehus	Ja	Ja	856	65	12	23	0	0	24
Oslo Hospital	Ja	Ja	10	60	0	40	0	0	1
DPS Vinderen	Ja	Ja	209	95	2	2	0	1	2
Skjelfoss psyk senter	Ja	Ja	7	0	0	100	0	0	0
Tøyen DPS	Ja	Godkjent for TUD	214	100				0	2
Modum Bad	Ja	Tar ikke tvang	1722	100				2	0
Furukollen psyk senter	Nei	Ja	3					3	2
Helse Vest RHF									
Stavanger univ.sjukehus	Ja	Ja	1703	65	18	16	1	0	7
Dalane DPS	Ja	Ja	125	100	0	0	0	1	3
Ryfylke DPS	Ja	Ja	98	95	2	3	0	0	1

Institusjon	Utvalg	Godkjent for TPH	Innleggelser	Spesialistvedtak ¹⁾ (andel)				Sp.vedtak mangler (antall)	Henv.form mangler (antall)
				Frivillig	Tvungen observasjon	TPH	Annet		
Sandnes DPS	Ja	Ja	268	92	0	8	0	0	0
Sola DPS	Ja	Ja	374	93	3	5	0	0	0
Stavanger DPS	Ja	Ja	169	98	1	2	0	2	1
Haugesund sjukehus	Ja	Ja	568	74	11	14	1	0	16
Valen sjukehus	Ja	Ja	253	52	19	25	3	1	141
Følgefonn DPS	Ja	Ja	128	99	0	0	1	0	26
Haugaland DPS	Ja	Ja	459	85	1	14	0	1	199
Stord DPS	Ja	Ja	125	97	0	3	0	0	32
Karmøy DPS	Ja	Tar ikke tvang	62	100				1	1
Helse Bergen Psykiatrisk klinikk	Ja	Ja	1840	60	23	16	1	1	303
Bjergvin DPS	Ja	Ja	560	98	0	1	1	2	226
Øyane DPS	Ja	Ja	35	100	0	0	0	0	9
Fjell og Årstad DPS	Ja	Godkjent for TUD	375	100				0	101
Helse Førde	Ja	Ja	483	88	5	7	0	0	9
Indre Sogn psykiatrisenter	Ja	Ja	65	95	0	5	0	0	3
Nordfjord psykiatrisenter	Ja	Ja	145	97	2	1	0	0	4
NKS Olaviken alderspsyk sykehus	Ja	Ja	125	54	11	34	0	0	0
Jæren DPS	Ja	Ja	519	82	6	12	0	0	0
Betanien DPS	Ja	Godkjent for TUD	315	100				4	62
Solli sykehus	Ja	Godkjent for TUD	204	100				0	14
Voss DPS, NKS Bjørkeli	Ja	Godkjent for TUD	148	100				0	4
Kristiansund psyk senter	Ja	Godkjent for TUD	187	100				109	70
Helse Midt-Norge RHF									
Molde sjukehus	Nei	Ja	768					735	116
Ålesund sjukehus	Nei	Ja	1250					333	498
Volda DPS	Nei	Ja	126					54	62
St Olavs hospital	Nei	Ja	2053					1896	375
Nidaros DPS	Nei	Ja	322					96	216
Orkdal DPS	Nei	Ja	295					178	150
Tiller DPS	Nei	Ja	478					283	418
Sykehuset Levanger	Nei	Ja	697					692	253
Sykehuset Namsos	Nei	Ja	272					270	251
DPS Kolvereid	Nei	Ja	60					45	58

Institusjon	Utvalg	Godkjent for TPH	Innleggelser	Spesialistvedtak ¹⁾ (andel)				Sp.vedtak mangler (antall)	Henv.form mangler (antall)
				Frivillig	Tvungen observasjon	TPH	Annet		
DPS Stjørdal	Nei	Ja	197					197	97
Helse Nord RHF									
Psyk senter Mo i Rana	Ja	Godkjent for TUD	111	100				0	15
Psyk senter Mosjøen	Ja	Godkjent for TUD	84	100				0	0
Nordlandssykehuset, Salten	Ja	Ja	1093	82	9	10	0	0	101
Salten DPS	Ja	Ja	197	99	0	1	0	1	160
Vesterålen DPS	Ja	Godkjent for TUD	406	100				2	86
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Ja	Ja	1101	62	15	22	1	0	39
DPS Sør-Troms	Ja	Ja	225	97	1	2	0	0	20
Psyk senter for Tromsø og omegn	Ja	Ja	1156	78	5	17	0	0	40
Ofoten psyk senter	Ja	Godkjent for TUD	249	100				1	7
Senter for psyk helse Nord-Troms	Ja	Tar ikke tvang	98	100				0	11
Senter for psyk helse, Midt-Troms	Ja	Tar ikke tvang	160	100				0	41
DPS Vest-Finnmark	Ja	Godkjent for TUD	241	100				1	1
DPS Øst-Finnmark	Ja	Godkjent for TUD	319	100				0	32
SANKS/DPS Midt-Finnmark	Ja	Tar ikke tvang	219	100				0	10
Kløveråsen utredn. og komp.senter	Ja	Tar ikke tvang	48	100				0	48



Helsedirektoratet

Postadresse: Postboks 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 200 50

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no