

Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009

Samdata analyse

Rapport

IS-1861



Heftets tittel: Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2009

Utgitt: Desember 2010

Bestillingsnummer: IS-1861
ISBN-nr. 978-82-8081-212-4

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling økonomi og analyse

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfatter: Ragnild Bremnes
Per Bernhard Pedersen
Vårinn Hellevik

Grafisk design: Andvord Grafisk AS

Forord

I denne rapporten presenteres analyser av omfanget av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet. I kapittel 1 presenteres resultater basert på de data institusjonene har rapportert til Norsk pasientregister. Nytt i årets rapport er en gjennomgang av resultater fra kontrollkommisjonenes arbeid og av fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om tvangsmedisinering, se kapittel 2. I kapittel 3 har vi tatt inn en oppsummering av kontrollkommisjonenes merknader vedrørende pasientenes generelle velferd.

Det har vært en målsetting å redusere omfanget av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet. Helse- og omsorgsdepartementet har nå pålagt de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet å utarbeide forpliktende handlingsplaner for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. 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 kontrollkommisjonenes behandling av klagesaker.

Denne rapporten er en del av SAMDATA, Helsedirektoratets styringsinformasjon for spesialisthelsetjenesten (somatisk sektor, psykisk helsevern for voksne, for barn og unge, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Innhold

Forord	1
Innledning	5
Sammendrag	7
1. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009 i følge NPR-data	9
1.1 Innledning	9
1.2 Lovgrunnlag	10
1.3 Datagrunnlag	11
1.4 Nasjonale utviklingstrekk	14
1.4.1 Omfang	14
1.4.2 Utskrivningsformalitet	19
1.5 Variasjon i omfang av tvangsinnleggelse	21
2.9.4 Variasjon mellom behandlingstilstander	22
1.5.1 Variasjon mellom bostedsområder	24
1.6 Pasientegenskaper	27
2. Kontrollkomisjonenes virksomhet i 2009 og fylkesmennenes behandling av klager på tvangsmedisinering	31
2.1 Innledning	31
2.2 Datagrunnlag og metode	32
Geografiske variasjoner	32
2.3 Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	33
2.4 Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon	37
2.5 Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern.	37
2.6 Utfallet av klagebehandlingen på vedtak om tvungent psykisk helsevern	41
2.7 Dokumentkontroll etter 3 måneder og etter ett år av tvungent psykisk helsevern.	45
2.8 Vedtak om skjerming	46
2.9 Bruk av tvangsmidler	47
2.9.1 Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler	47
2.9.2 Vedtak om kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personalet til stede (isolat)	48
2.9.3 Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler.	48
2.9.4 Kortvarig fastholding	48
2.10 Fylkesmannens behandling av klager på tvangsmedisinering	48

3. Kontrollkomisjonenes årsrapporter 2009 – Velferdskontroll	51
3.1 Innledning	51
3.2 Kommentarer fra de enkelte kommisjonene	51
Vedlegg	57
Referanseliste	61

Innledning

I denne rapporten presenteres analyser av omfanget av tvangsbruk innenfor det psykiske helsevernet. I kapittel 1 presenteres resultater basert på de data institusjonene har rapportert til Norsk pasientregister. Nytt i årets rapport er en gjennomgang av resultater fra kontrollkomisjonenes arbeid og av fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om tvangsmedisinering, se kapittel 2. I kapittel 3 har vi tatt inn en oppsummering av kontrollkomisjonenes merknader til 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 bedre å datakvaliteten på dette området.

Gjennomgangen av data fra kontrollkomisjonene avdekker også en betydelig underrapportering, særlig av utfallet av kontrollkomisjonenes behandling av klager på skjerming og på bruken av tvangsmidler.

Helse- og omsorgsdepartementet har nå pålagt de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet å utarbeide forpliktende handlingsplaner for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Skal dette arbeidet lykkes, er man avhengig av gode data, for å kunne kvalitetssikre utviklingen på feltet.

Sammendrag

Beregninger basert på pasientdata fra NPR viser at om lag 5 000 personer ble tvangsinnlagt til sammen 7 200 ganger i 2009. Dette tilsvarer 135 tvangsinnlagte personer og 192 tvangsinnleggelse per 100 000 voksne innbyggere og utgjør 20 prosent av personene som ble behandlet i det psykiske helsevernet for voksne og 16 prosent av alle døgnopphold. Nivået er tilnærmet uendret fra 2008, og det ser ikke ut til at omfanget av tvangsinnleggelse er på vei ned. 79 prosent av de tvangsinnlagte personene ble tvangsinnlagt én gang mens 4 prosent ble tvangsinnlagt fire eller flere ganger. Halvparten av tvangsinnleggelsene var en innleggelse til tvungen observasjon, og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ble vurdert å være nødvendig for én av fem observasjonsopphold. Ved utskrivning ble det fattet vedtak om videre tvungen oppfølging utenfor institusjon for hver tredje tvangsinnleggelse. Data for 2009 viser at det er flest menn som tvangsinnlegges og at 10 prosent av de tvangsinnlagte er 70 år eller eldre. Schizofreni spektrum lidelser, affektive lidelser og stoffrelaterte lidelser er de vanligste hoveddiagnosene blant tvangsinnlagte pasienter og tre av fire tvangsinnleggelse i 2009 gjelder pasienter i disse diagnosegruppene. 38 prosent av de tvangsinnlagte pasientene og 67 prosent av pasientene utskrevet til tvungent ettervern var diagnostisert med en schizofrenidiagnose. Tvangsinnlagte i aldersgruppen 40-60 år ble oftere skrevet ut til tvungent ettervern enn tvangsinnlagte i øvrige aldersgrupper.

Analysene viser betydelig variasjon i omfanget av tvangsinnleggelse. Helse Nord hadde flest tvangsinnleggelse i forhold til antall innbyggere i opptaksområdet, men med store forskjeller mellom foretaksområdene i regionen. For landet varierte antall tvangsinnleggelse per 100 000 voksne innbyggere fra 94 i Helse Førde helseforetaksområde til 306 i opptaksområdet til Universitetssykehuset i Nord-Norge. Slike forskjeller vil sannsynligvis både kunne forklares ved forskjeller i befolkningens sykелighet og ved praksisforskjeller. Variasjonen forklares i liten grad av pasienter med mange tvangsinnleggelse.

Gjennomgang av data fra Norsk Pasientregister viser at det fortsatt er betydelige utfordringer med hensyn til komplett og god registrering av bruk av tvang. For 26 prosent av døgnoppholdene ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern mangler opplysning om henvisningsformalitet og spesialistvedtak ved innleggelse er også mangelfullt rapportert for enkeltinstitusjoner. Tilgjengelige data gir heller ikke grunnlag for å kunne analysere *varigheten* av tvangsvedtak fordi rapportering av vedtaksendringer ser ut til å være mangelfull.

I følge tall fra kontrollkommissjonene ble det i 2009 fattet 3710 vedtak om tvungen observasjon og 3568 vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH). Sett i forhold til folketallet er det store geografiske forskjeller i hyppigheten av slike tvangsvedtak både for tvungen observasjon og for TPH.

311 vedtak om tvungen observasjon ble påklaget til kontrollkommissjonene. Av disse fikk syv prosent medhold.

I følge kommisjonene ble 1900 vedtak om TPH påklaget til kontrollkommisjonene. På landsbasis ble seks prosent av de påklagede vedtakene opphevet. Det er imidlertid store forskjeller mellom kommisjonene. Mens kommisjonene i enkelte områder opphever to prosent av de påklagede vedtakene, opphever kommisjoner i andre områder helt opp til 18 prosent. Noen av disse forskjellene kan skyldes tilfeldige variasjoner fra ett år til et annet. De kan imidlertid også skyldes ulik praktisering av Psykisk helsevernloven. Sett i forhold til innbyggertallet er det ingen sammenheng mellom antall vedtak som påklages og andel vedtak som oppheves. Det er imidlertid en tendens til at kontrollkommisjoner i områder med mange tvangsvedtak *noen ganger* også opphever flere tvangsvedtak.

I kapitlet gjennomgås også vedtak om skjerming og bruk av tvangsmidler. Kommisjonenes innrapportering er her, spesielt for utfallet av kommisjonenes behandling, svært mangelfulle.

I 2009 ble 839 vedtak om tvangsmedisinering påklaget til fylkesmennene. Av disse fikk elleve prosent av klagerne helt eller delvis medhold. Fire prosent av klagerne fikk helt medhold, slik at vedtaket ble opphevet. Det er store forskjeller i andel klager der vedtaket oppheves, fra ingen klager i noen fylker, til hele 17 prosent i ett fylke. Det er uklart om disse forskjellene skyldes tilfeldige variasjoner, eller er uttrykk for ulik praktiseringen av Psykisk helsevernloven.

I kapittel 3 oppsummeres kontrollkommisjonenes merknader vedrørende velferdskontroll. I 2009 tok kommisjonene bl.a. opp forhold som aktivitetstilbud og bemaning. Situasjonen til psykisk utviklingshemmede med psykisk lidelse er også omtalt. Videre peker kommisjonene bl.a. på mangelfulle innleggelsesskriv fra leger, og på at det psykiske helsevernet kan ha vansker med å få overført utskrivningsklare pasienter til kommunen.

1. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009 i følge NPR-data

Beregninger basert på pasientdata fra NPR viser at om lag 5 000 personer ble tvangsinnlagt til sammen 7 200 ganger i 2009. Dette tilsvarer 135 tvangsinnlagte personer og 192 tvangsinnleggelses per 100 000 voksne innbyggere og utgjør 20 prosent av personene som ble behandlet i det psykiske helsevernet for voksne og 16 prosent av alle døgnopphold. Nivået er tilnærmet uendret fra 2008, og det ser ikke ut til at omfanget av tvangsinnleggelses er på vei ned. 79 prosent av de tvangsinnlagte personene ble tvangsinnlagt én gang mens 4 prosent ble tvangsinnlagt fire eller flere ganger. Halvparten av tvangsinnleggelsene var en innleggelse til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ble vurdert å være nødvendig for én av fem observasjonsopphold. Ved utskrivning ble det fattet vedtak om videre tvungen oppfølging utenfor institusjon for hver tredje tvangsinnleggelse.

Analysene viser betydelig variasjon i omfanget av tvangsinnleggelses. Helse Nord hadde flest tvangsinnleggelses i forhold til antall innbyggere i opptaksområdet, men med store forskjeller mellom foretaksområdene i regionen. For landet varierte antall tvangsinnleggelses per 100 000 voksne innbyggere fra 94 i Helse Førde helseforetaksområde til 306 i opptaksområdet til Universitetssykehuset i Nord-Norge. Slike forskjeller vil sannsynligvis både kunne forklares ved forskjeller i befolkningens sykkelighet og ved praksisforskjeller. Variasjonen forklares i liten grad av pasienter med mange tvangsinnleggelses.

1.1 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 å ikke 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, og forskjellene kan ikke utelukkende forklares ved forskjeller i befolkningens sykkelighet men må i noen grad skyldes praksisforskjeller.

Analysene i dette kapitlet vil belyse bruk av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern (TPH) i det psykiske helsevernet for voksne i 2009. Analysene gjelder omfang av tvangsinnleggelses (tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern), variasjon i omfang av tvangsinnleggelses, utskrivningsformalitet for tvangsinnleggelses og pasientegenskaper for tvangsinnlagte pasienter. Varigheten av tvangsvedtakene vil også være relevant å belyse, men tilgjengelige data gir ikke grunnlag for å analysere dette for 2009.

1.2 Lovgrunnlag

Psykisk helsevernloven (Lov 2. juli 1999 nr 62), revidert våren 2006 (Besl. O. nr 69 2005-2006) regulerer bruken av tvang i det psykiske helsevernet i Norge. Tvangsbruken kan deles tre hovedgrupper: Tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern (kapittel 3), tvangsbehandling (§4-4) og tvangsmiddelbruk (§4-8).

En henvisning til tvungent psykisk helsevern skal omfatte en legeerklæring og en begjæring¹ som begge skal være uavhengige av den institusjonen pasienten henvises til. I løpet av 24 timer etter at innleggelsen har funnet sted, skal en spesialist vurdere om begjæringen om tvang skal opprettholdes gjennom vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern eller om oppholdet skal baseres på frivillighet. For vedtak om tvungent psykisk helsevern må pasienten være alvorlig sinnslidende (jf. §3-3 med merknader) og i tillegg må minst ett av to tilleggskriterier være oppfylt:

- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin utsikt til bedring vesentlig redusert eller dersom det er stor sannsynlighet for at pasientens tilstand forverres i nær fremtid (behandlingskriteriet).
- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å forhindre at pasienten gjør alvorlig skade på seg selv eller andre (farekriteriet).

Tvungen observasjon kan benyttes for å avklare om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er til stede og er avgrenset til ti dager². Et spesialistvedtak kan ikke endres fra frivillig til tvang uten at ny henvisning foreligger³. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan etableres uten døgnomsorg dersom dette er et bedre alternativ for pasienten og dersom pasientens bo- og familiesituasjon ligger til rette for en slik ordning. Vedtaket kan enten fattes direkte ved henvisning av hjemmeboende pasient eller ved omgjøring av vedtak om tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Ettersom det i innleggelsesbegjæringen ikke skilles mellom tvungent psykisk helsevern med og uten døgn, er det opp til institusjonen å fatte vedtak om endring mellom de to omsorgsnivåene.

Vedtaket om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan påklages til kontrollkommissjonen. Kontrollkommissjonen skal også alltid orienteres når en pasient blir undergitt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Kommisjonen skal deretter så snart som mulig gjøre en dokumentgjennomgang for å sikre at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på vurdering av gjeldende vilkår. Når pasienten er under tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige sørge for at

¹ Etter lovendring per 1. januar 2007 er tutorordningen opphevet og henvisende lege kan også begjære pasienten innlagt.

² Observasjonsperioden kan utvides med ytterlige ti dager ved samtykke fra kontrollkommissjonens leder.

³ Etter lovendring per 1. januar 2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang dersom en utskrivning innebærer at pasienten vil utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om vilkårene for vernet fremdeles er til stede. Vedtaket opphører etter ett år dersom kontrollkommisjonen ikke samtykker i at vernet opprettholdes.

1.3 Datagrunnlag

Analysene i dette kapitlet bygger på opplysninger om døgnopphold⁴ og pasienter ved institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne slik dette er rapportert til Norsk Pasientregister (NPR). Data er kontrollert og tilrettelagt av Helsedirektoratet.

Alle behandlingssteder i det psykiske helsevernet er rapporteringspliktige til NPR, og institusjoner med godkjenning for bruk av tvang skal rapportere om tvangsbruk. Data for 2008 og 2009 er personentydige og for disse årene vil det derfor være mulig å identifisere hvor mange personer som var i behandling.

Den informasjon NPR etterspør er tilstrekkelig for kvantitativt å kunne analysere alle former for tvangsbruk i det psykiske helsevernet for voksne på en god måte, men fordi flere institusjoner rapporterer mangelfullt til NPR kan innsamlet datamateriale bare i begrenset grad utnyttes. Analyser som gjelder bruk av tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern må av samme grunn baseres på data fra et utvalg av institusjoner med antatt god datakvalitet (heretter omtalt som analyseutvalg). Dette er gjort for at det datamaterialet som ligger til grunn for analysene i størst mulig grad skal kunne generere representative resultater. Dersom praksis for tvangsbruk ved institusjonene som ekskluderes fra analyseutvalget avviker vesentlig fra praksis ved institusjonene som inngår i utvalget vil ikke analyseresultatene gi en god beskrivelse av bruken av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet.

Hva som er god datakvalitet vil i noen grad være et spørsmål om skjønnsmessige vurderinger, men data fra døgninstitusjonene er kontrollert på institusjonsnivå og vurdert i henhold til definerte kriterier: For å inngå i analyseutvalget må institusjonen ha god kompletthet i rapportering av døgnaktivitet⁵, og spesialistvedtak ved innleggelse må være oppgitt for minst 80 prosent av døgnoppholdene. Utvalget avgrenses også til å gjelde innleggelser **fra egen bolig** til institusjoner med permanent eller midlertidig godkjenning for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold⁶.

Tabell V1 bakerst i rapporten gir en oversikt over datakvalitet og hvilke institusjoner som inngår i analyseutvalget for 2009. Målt ved andel oppholdsdøgn dekker utvalget 81 prosent av aktiviteten ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg⁷. 28 343 døgnopphold fordelt på 16 592 personer inngår i utvalget. Datagrunnlaget og analyseutvalget er nærmere beskrevet i tabellene V2 og V3. Tabell 1.1 gir en oversikt over utvalgets representativitet per RHF og etter institusjonstype.

⁴ Et døgnopphold defineres her som et sammenhengende opphold ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Pasienten kan overføres mellom avdelinger eller institusjoner i løpet av døgnoppholdet.

⁵ Komplettheten er kontrollert opp mot de samleoppgavene institusjonene rapporterer til SSB. For 2009 antas rapportert aktivitet å være tilstrekkelig komplett for alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet.

⁶ Klassifiseringen er gjort i henhold til Helsedirektoratets oversikt per august 2010. Institusjonene som hadde slik godkjenning representerte 93 prosent av aktiviteten ved sykehusene og 55 prosent av aktiviteten ved andre døgninstitusjoner i 2009, målt både ved innleggelser, oppholdsdøgn og utskrivninger.

⁷ Representativitet kan alternativt måles ved andel innleggelser. Dette er testet og gir tilnærmet samme resultat.

Tabell 1.1 Analyseutvalgets representativitet målt ved andel av oppholdsdøgn i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2009.

RHF	Sykehus	DPS oa	Totalt
Sør-Øst	86	95	89
Vest	100	100	100
Midt-Norge	0	2	1
Nord	100	100	100
Totalt	80	83	81

Datakilde: NPR

Informasjon om endring av spesialistvedtak er ufullstendig. Ved gjennomgang av data for 2009 er det blant annet påvist:

- Manglende kronologi mellom dato for siste vedtak og dato for utskrivning.
- Avsluttede døgnopphold (utskrivninger) med vedtak om tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern *med* døgnopphold som siste registrerte spesialistvedtak.
- Frivillige vedtak som etterfølges av tvangsvedtak.

Datakontroller vil bare i begrenset grad kunne fange opp feil eller manglende registrering og kompletthet og kvalitet i registrering av vedtaksendring er usikker. Det er derfor foreløpig ikke mulig å gjøre gode analyser av tvangsvedtakenes varighet.

Begrunnelse for vedtak og henvisningsformalitet er også svært mangelfullt rapportert i data for 2009 og kan derfor heller ikke utnyttes i analysene. Tabell 1.2 gir en oversikt over registrering av henvisningsformalitet per RHF og helseforetak. Oversikten gjelder døgnopphold ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

Tabell 1.2 Manglende registrering av henvisningsformalitet. Døgnopphold ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg. Helseforetak, regionale helseforetak og totalt. 2009.

RHF/ HF	Døgnopphold (antall)	Mangler henvisningsformalitet (prosent)
Helse Sør-Øst RHF	18 132	28
Sykehuset Østfold HF	2 064	10
Akershus universitetssykehus HF	1 364	66
Oslo universitetssykehus HF	1 931	43
Sykehuset Innlandet HF	2 825	30
Vestre Viken HF	2 380	29
Psykiatrien i Vestfold HF	1 620	0
Sykehuset i Telemark HF	1 433	8
Sørlandet sykehus HF	2 542	40
Direkte under Helse Sør-Øst RHF	1 973	23
Helse Vest RHF	7 969	23
Helse Stavanger HF	2 473	0
Helse Fonna	1 425	29
Helse Bergen HF	2 655	50
Helse Førde HF	757	11
Direkte under Helse Vest RHF	659	1
Helse Midt-Norge RHF	5 539	29
Helse Sunnmøre HF	1 080	36
Helse Nordmøre og Romsdal HF	552	12
St Olavs Hospital HF	2 639	29
Helse Nord-Trøndelag HF	1 268	33
Helse Nord RHF	3 549	18
Nordlandssykehuset HF	1 420	28
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2 129	11
Alle institusjoner	35 189	26

Datakilde: NPR

1.4 Nasjonale utviklingstrekk

1.4.1 Omfang

Det er ulike 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, men for et robust bilde vil det være nødvendig å se flere mål i sammenheng. Det hadde vært ønskelig å kunne måle omfanget av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ved å se både på antall innleggelses til tvang, på antall tvangsinnlagte pasienter og på varighet av tvangsvedtaket (dager under tvang). For å kunne sammenligne mellom år må antallet ses i forhold til befolkningsutviklingen. Analyser av omfanget av tvangsinnleggelses må, som beskrevet over, baseres på data fra et utvalg av døgninstitusjoner, og tilgjengelige data er ikke tilstrekkelig komplette til å kunne gi informasjon om varighet av tvangsvedtakene i nasjonale analyser. Dette innebærer at nasjonale tall må estimeres, at det bare blir mulig å se på omfanget av tvangsinnleggelses eller tvangsinnlagte personer, og det begrenser også muligheten for analyser på disaggregert nivå.

Sintef Helse har fulgt utviklingen i omfanget av tvangsinnleggelses for perioden 2001 – 2008 (se kapittel 5 i Pedersen (red), 2009), og har også utviklet en metode for å estimere nasjonale tall basert på analyseutvalget av institusjoner med god datakvalitet. Denne metodikken vil bli videreført i analyser for 2009. Dette innebærer at volumet av tvangsinnleggelses til henholdsvis sykehus og andre døgninstitusjoner korrigeres i forhold til analyseutvalgets representativitet (jf. tabell 1.1), og estimeres innenfor et intervall basert på data fra de institusjonene som inngår i utvalget. For innleggelses⁸ til institusjoner som ikke inngår i utvalget antas tre typer fordeling mellom de ulike spesialistvedtakene:

Høyt estimat med gjennomsnittlig marginalfordeling lik de fem institusjonene i utvalget med laveste andel frivillige innleggelses.

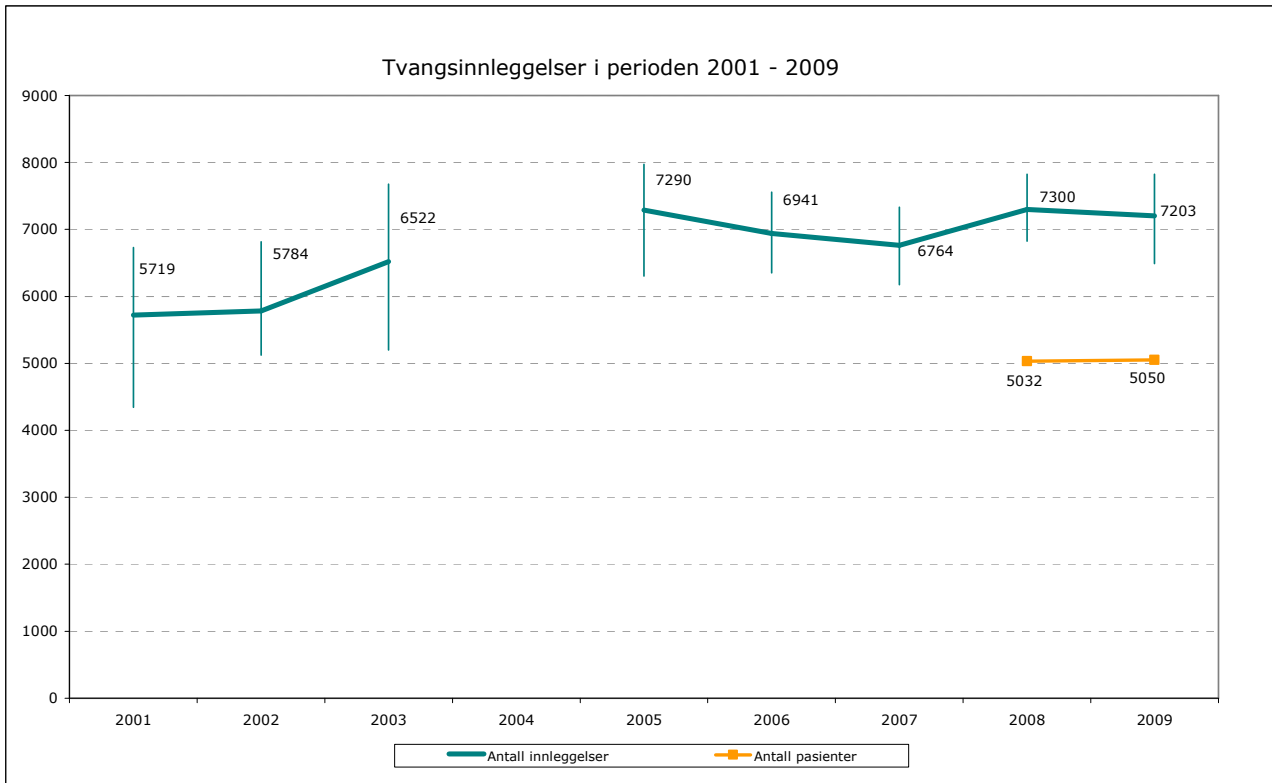
Lavt estimat med gjennomsnittlig marginalfordeling lik de fem institusjonene i utvalget med høyeste andel frivillige innleggelses.

Gjennomsnittlig estimat med gjennomsnittlig marginalfordeling lik alle institusjoner i utvalget.

Denne metoden gir et trepunktsestimat for totalt omfang av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Dersom institusjonene som ikke leverer data av godkjent kvalitet i gjennomsnitt ikke har høyere eller lavere andel tvangsinnleggelses enn de fem observerte institusjonene med henholdsvis laveste og høyeste andel frivillige innleggelses, vil det faktiske omfanget av tvangsinnleggelses ligge innenfor det estimerte intervallet. Intervallet blir smalere og mer presist når datakompletheten øker.

⁸ 2009 er første år hvor det antas at pasientdata fra NPR er tilnærmet komplett for alle døgninstitusjoner mht opplysninger om antall døgnopphold. Fordi denne informasjonen tidligere ikke har vært kjent, ble oppholds-døgn bruk som representativtetsmål i Sintefs analyser, og antall opphold ved ekskluderte institusjoner ble anslått ut fra gjennomsnittlig oppholdstid i utvalget. For å sikre sammenlignbarhet mellom år er dette videreført. Analyseutvalget for 2009 dekker tilnærmet samme andel døgnopphold som andel oppholds-døgn, og resultatene påvirkes derfor ikke av denne vurderingen.

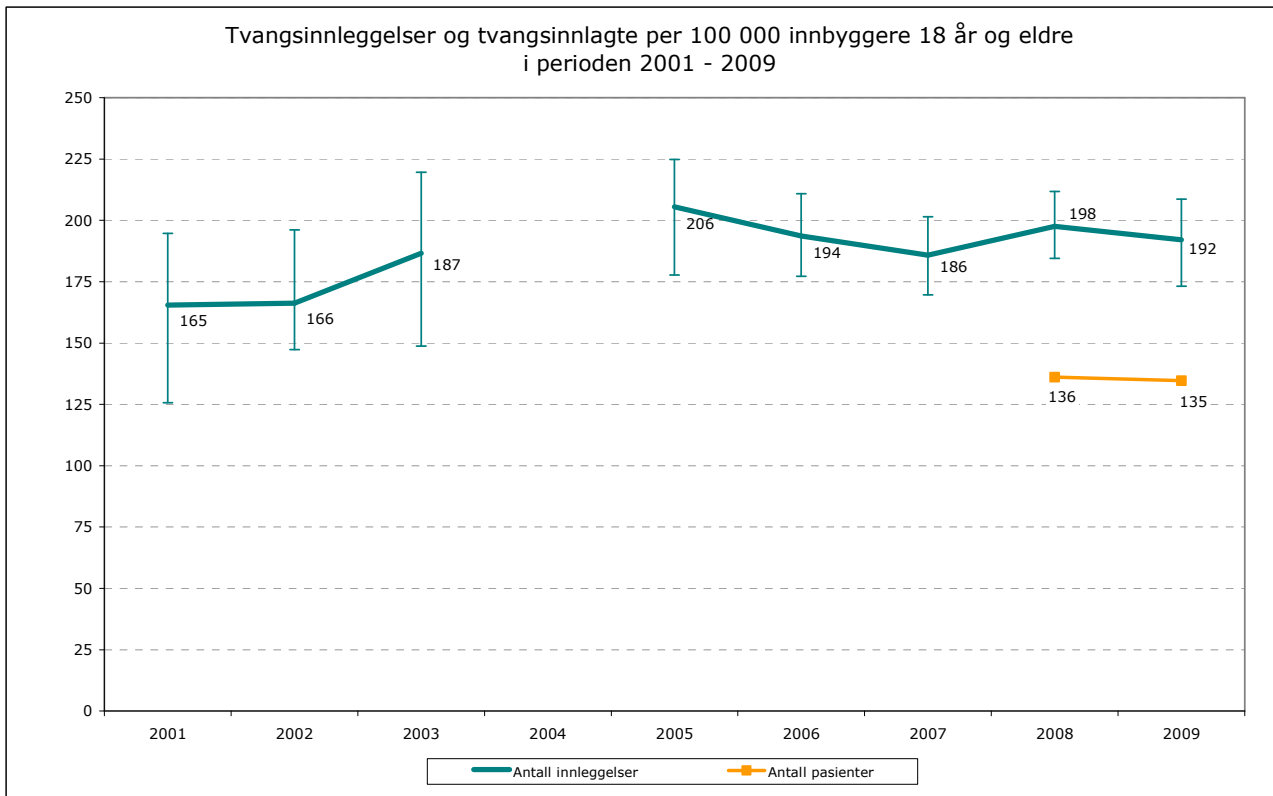
Figur 1.1 viser estimert utvikling i antall innleggelser til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern for perioden 2001 – 2009 og antall tvangsinnlagte pasienter for 2008 og 2009. For innleggelser til institusjoner som ikke inngår i analyseutvalget er antall pasienter estimert ved å anta samme antall tvangsopphold per pasient som for pasienter som inngår i analyseutvalget. Det vil være knyttet noe usikkerhet til denne estimeringsmetoden, men estimeringen gjelder en liten andel av oppholdene. Tall for perioden 2001 – 2007 er hentet fra Sintefs beregninger (se kapittel 6 i Bjørngaard (red), 2008)⁹. Figurene 1.2 og 1.3 viser utvikling i omfanget av tvangsinnleggelser dersom estimert antall holdes opp mot befolkningsutviklingen.



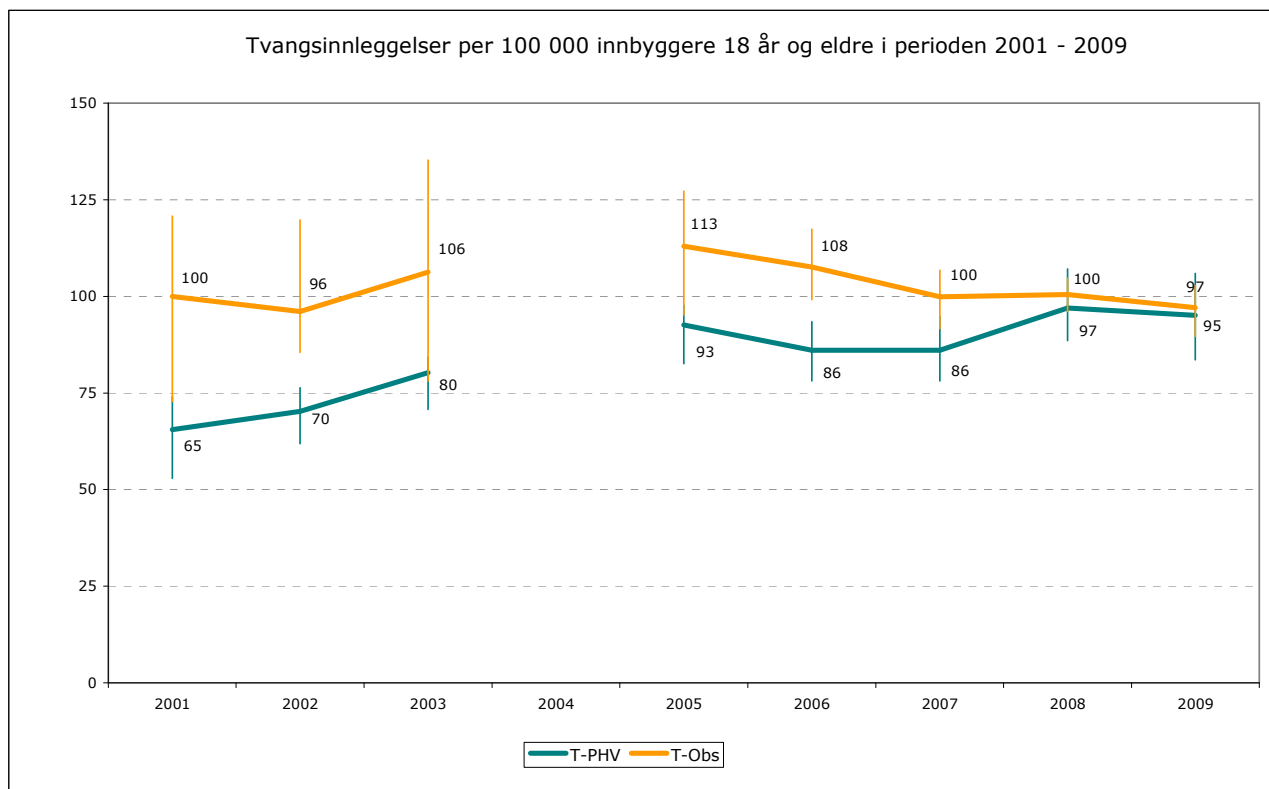
Data fra NPR, Tall for 2001-2007 er beregnet av SINTEF.

Figur 1.1 Antall innleggelser (ekskl. overføringer) og pasienter med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Estimerte tall. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001 – 2009.

⁹ Det er oppdaget en feil i Sintefs analyser av tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne for 2008, og utvikling presentert i kapittel 5 i Pedersen (red), 2009 er ikke reell. 2008-data er derfor analysert på nytt.



Figur 1.2 *Antall innleggelser (ekskl. overføringer) og pasienter med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Estimerte tall per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001 – 2009.*

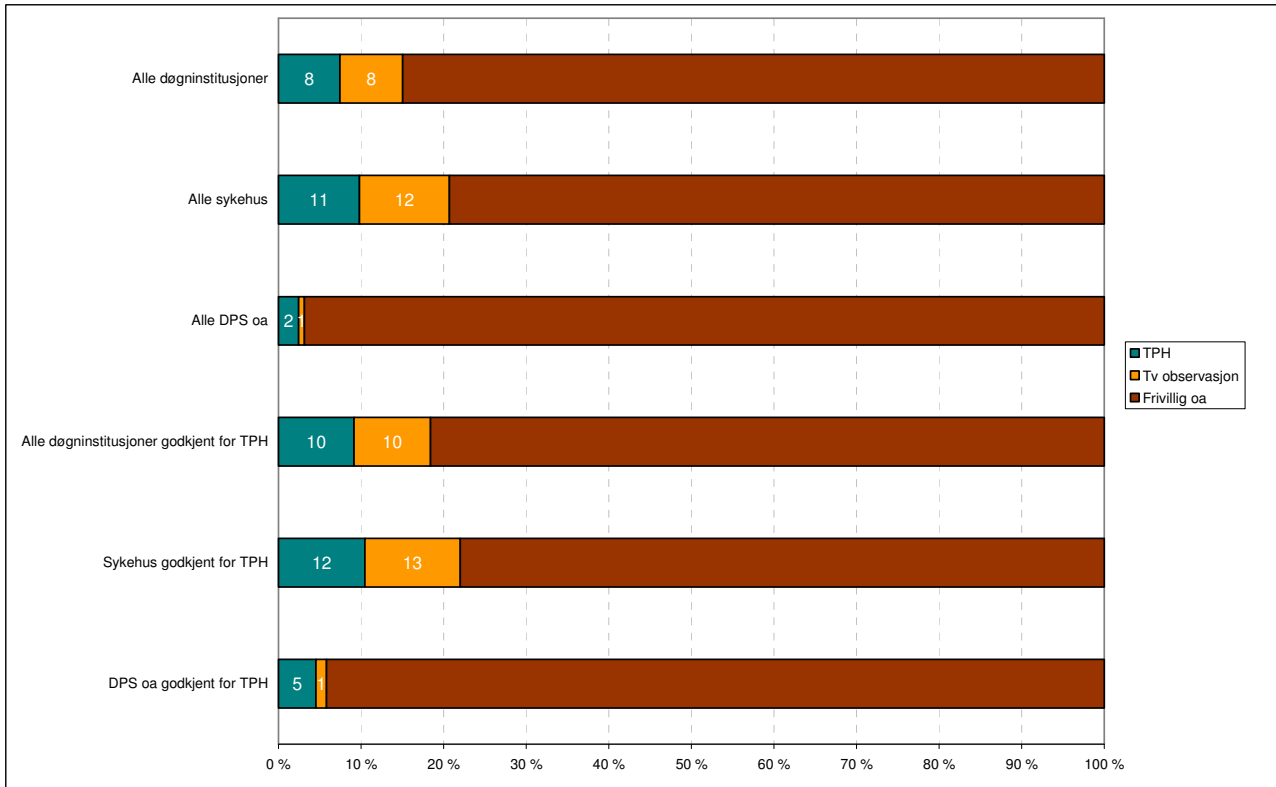


Figur 1.3 Antall innleggelseser (ekskl. overføringer) med vedtak om henholdsvis tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Estimerte tall per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001 - 2009.

Beregninger for 2009 viser at om lag 5 000 personer ble tvangsinnlagt til sammen 7 200 ganger dersom analyseutvalget har en representativ fordeling av spesialistvedtak ved innleggelse og tvangsinnleggelseser per tvangsinnlagte pasient. Dette tilsvarer 192 tvangsinnleggelseser og 135 tvangsinnlagte personer per 100 000 voksne innbyggere. 93 prosent av tvangsinnleggelsesene var innleggelse ved en sykehusavdeling.

Estimater basert på gjennomsnittsbetraktninger viser en liten nedgang i omfanget av tvangsinnleggelseser fra 2008 til 2009, men med den usikkerheten som ligger i de estimerte verdiene gir ikke dette grunnlag for å konkludere med reduksjon i omfanget av tvangsinnleggelseser. 51 prosent av tvangsinnleggelsesene i 2009 var et vedtak om tvungen observasjon og for disse ble det fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for én av fem innleggelseser.

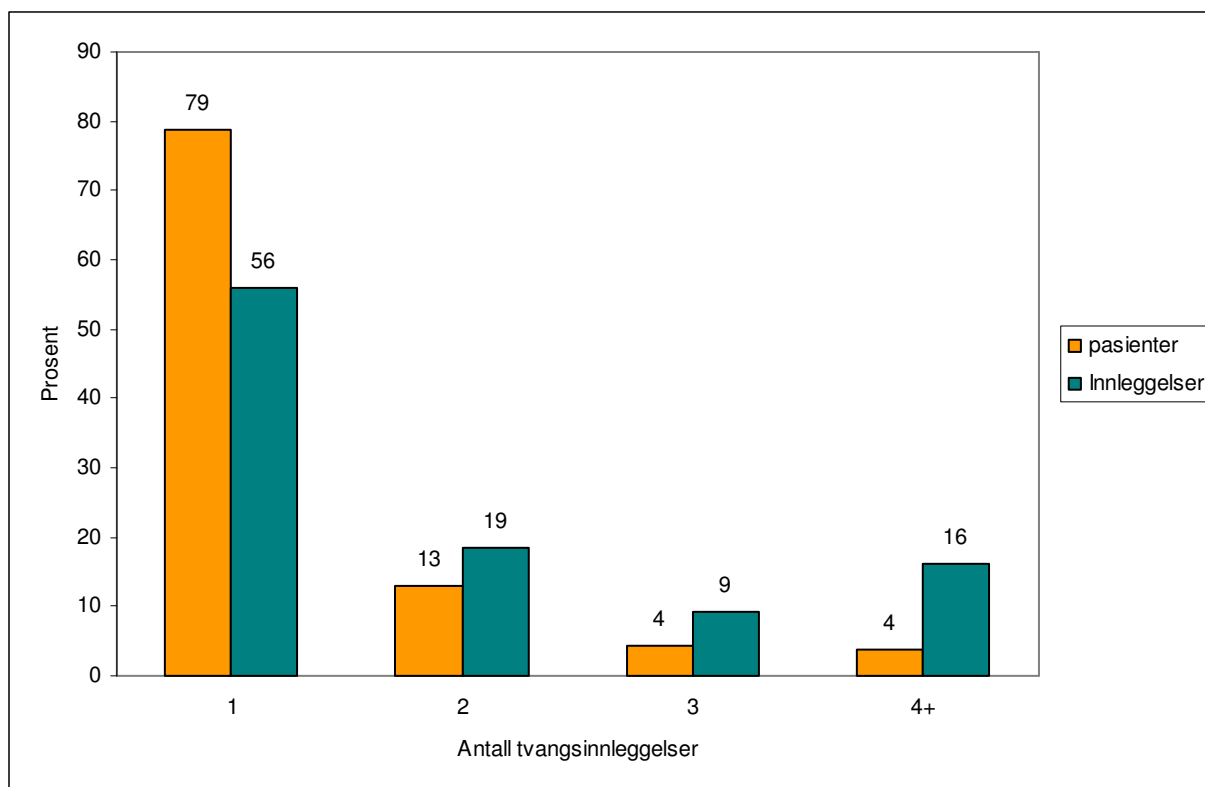
Figur 1.4 viser *andel* tvangsinnleggelseser til døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet. Andeler som gjelder døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern er basert på data fra institusjonene som inngår i analyseutvalget. Andeler som gjelder alle døgninstitusjoner er basert på opplysninger om antall døgnopphold i rapportering til NPR og estimerte verdier for omfang av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern (jf. figur 1.1).



Figur 1.4 Tvangsinnleggelser (ekskl. overføringer) til døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentandel. Totalt og etter institusjonstype. 2009.

Det ble fattet vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ved innleggelse for 16 prosent av alle døgnopphold i det psykiske helsevernet (ekskl. overføringer) i 2009.

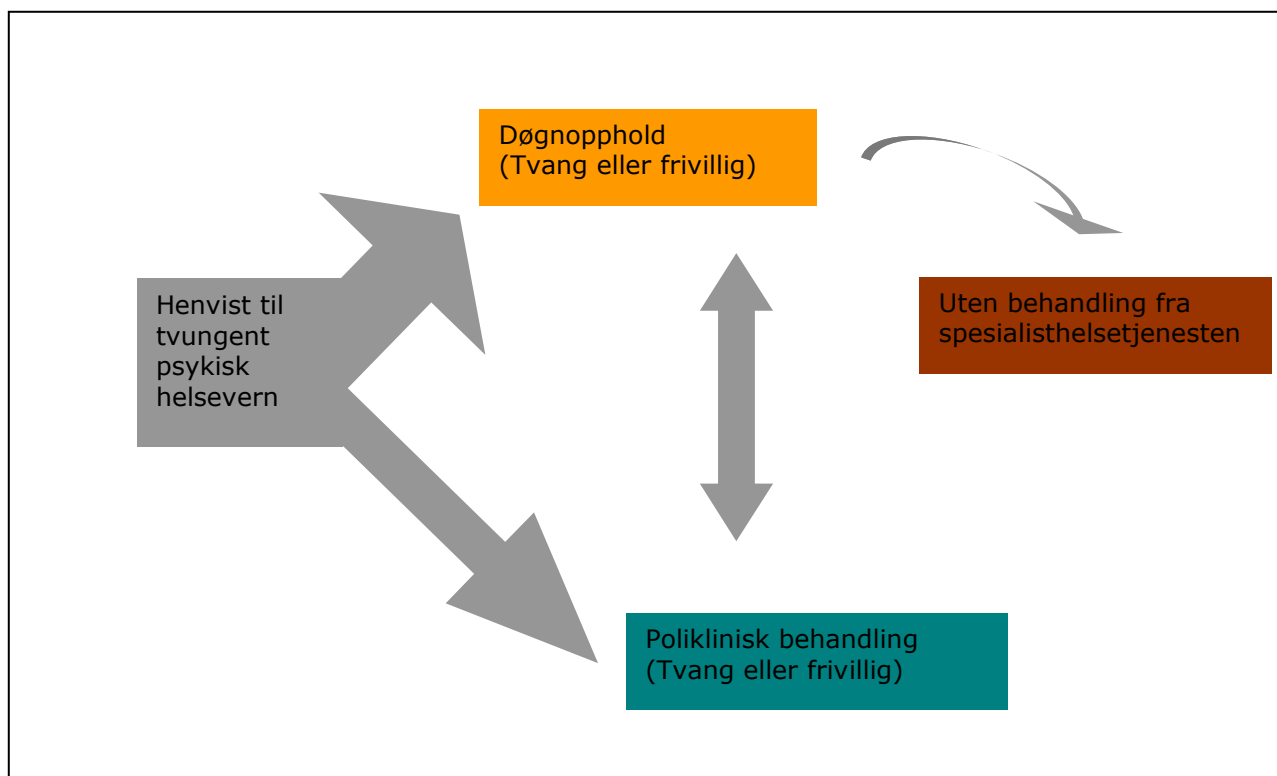
20 prosent av personene som var under døgnbehandling i 2009 ble tvangsinnlagt én eller flere ganger. 79 prosent av de tvangsinnlagte pasientene i analyseutvalget ble tvangsinnlagt én gang mens fire prosent ble tvangsinnlagt mer enn tre og inntil 18 ganger. 16 prosent av alle tvangsinnleggelser gjelder pasienter med minst fire tvangsinnleggelser. Forholdet mellom tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter er illustrert i figur 1.5.



Figur 1.5 Innleggelser (ekskl. overføringer) og pasienter med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Prosentandel. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Analyseutvalg. 2009.

1.4.2 Utskrivningsformalitet

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan etableres med eller uten døgnopphold, og vedtak om tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg (heretter omtalt som tvang uten døgn (TUD)) kan etableres direkte ved henvisning eller ved utskrivning fra døgnavdeling. Figur 1.6 viser relevante behandlingsforløp for pasienter henvist til tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern. Vedtaksspesialist kan fatte vedtak om endring av omsorgsnivå for tvungent vern uten at ny henvisning foreligger.



Figur 1.6 Etablering av tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold.

Analyser i denne rapporten gjelder omfang av tvang uten døgn ved utskrivning fra døgninstitusjon. Som illustrert i figuren vil ikke dette fange opp alle vedtak om tvang uten døgn. I hvilken grad tvang uten døgn etableres uten foregående døgnopphold er ukjent.

For informasjon om formell status ved utskrivning fra døgninstitusjon må informasjon om endring av vedtak utnyttes. Som redegjort for i kapittel 1.3 er denne informasjonen usikker. Analyse av utskrivningsformalitet vil baseres på data fra analyseutvalget som benyttes i analyser av tvangsinnleggelse og avgrenses dermed til å gjelde formalitet ved utskrivning for tvangsinnleggelse i 2009¹⁰. Fordi det ikke er mulig å kontrollere for komplettheten i materialet, vil analysene være forbundet med vesentlig usikkerhet, og det er ikke mulig å si noe om antall personer med vedtak om tvang uten døgn.

Tabell 1.4 viser andel utskrivninger til tvang uten døgn i 2009 for tvangsinnleggelse samme år.

¹⁰ Analyseutvalget benyttes fordi dette gjelder institusjoner med god kompletthet i registrert formalitet ved innleggelse.

Tabell 1.4 Utskrivninger til tvang uten døgn. Tvangsinnleggelse i analyseutvalg. Prosentandel. 2009.

Spesialistvedtak ved innleggelse	Utskrevet til tvang uten døgn (prosent)
Tvungen observasjon	7
Tvungent psykisk helsevern	55
Totalt	31
Antall tvangsinnleggelse (N) ¹	5 084

Datakilde: NPR

1) Gjelder tvangsinnleggelse i analyseutvalg, avsluttet i 2009.

Beregninger basert på data fra institusjonene i analyseutvalget viser at det ved utskrivning fattes vedtak om tvang uten døgn for om lag 1 av 3 tvangsinnleggelse. Ca 12 prosent av tvangsinnleggelse gjort i 2008 var ikke avsluttet ved årsslutt. Dersom disse antas avsluttet i 2009 og med samme fordeling for utskrivningsparagraf som vist i analyser av 2009-data og dersom beregninger basert på analyseutvalget korrigeres i forhold til utvalgets representativitet (jf. tabell 1.1), kan antall utskrivninger til tvang uten døgn estimeres til ca 2 250 i 2009. I Bremnes et al.(2008) ble antall utskrivninger til tvang uten døgn anslått til ca 2 600 for 2007. Beregningene er forbundet med usikkerhet for begge år og man kan derfor ikke konkludere med reduksjon i utskrivninger til tvang uten døgn.

1.5 Variasjon i omfang av tvangsinnleggelse

Variasjon i omfanget av tvang kan gjelde

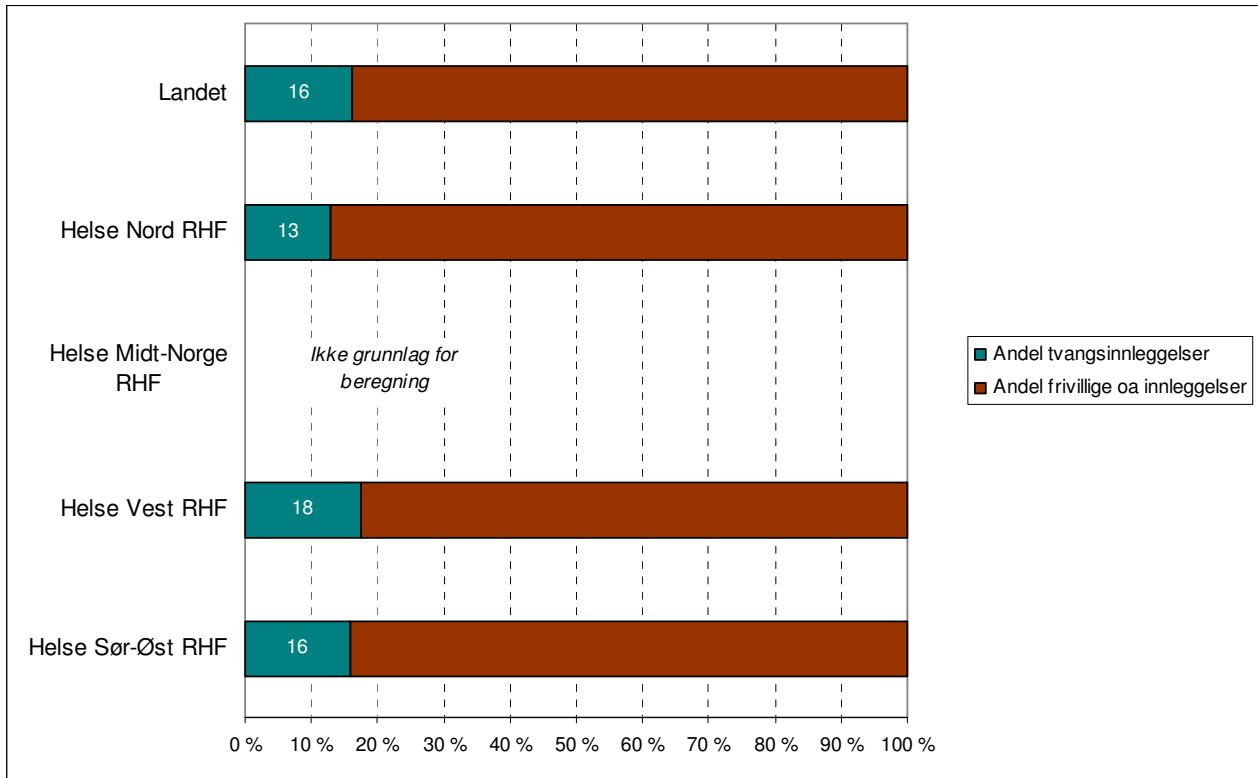
- Variasjon mellom bostedsområder
- Variasjon mellom behandlingstilbud

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 sist men ikke minst har ulike behov i befolkningen betydning for begge innfallsvinklener. Dersom tjenestetilbudet er funksjonsfordelt eller det finnes andre årsaker til at behandlingstilbudet i stor grad tar tvangsinnleggelse av pasienter bosatt utenfor eget opptaksområde, vil de to målene kunne gi ulike bilder hva gjelder omfang av tvangsinnleggelse. Det vil derfor være nyttig å analysere variasjon i forhold til begge innfallsvinkler.

Analysene korrigerer for manglende kompletthet i datamaterialet ved at innleggelse til institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern men med underkjent datakvalitet er gitt sannsynlighet for tvang lik andel tvangsinnleggelse i analyseutvalget. Helse Midt-Norge RHF er bare representert i analyseutvalget ved én prosent av aktiviteten ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg. Det er derfor ikke grunnlag for å beregne omfang av tvangsinnleggelse for institusjoner og bostedsområder tilknyttet dette regionale helseforetaket.

2.9.4 Variasjon mellom behandlingsinstitusjoner

Estimert omfang av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern viser at 16 prosent av alle døgnopphold i det psykiske helsevernet for voksne i 2009 var basert på vedtak om tvang ved innleggelse. Figur 1.7 viser hvor stor andel av døgnoppholdene som var basert på vedtak om tvang i hvert av de regionale helseforetakene.



1) Innleggelse til institusjoner som ikke inngår i analyseutvalget gis en sannsynlighet for tvang lik andel tvangsinnleggelse i analyseutvalget.

Figur 1.7 Omfang av tvangsinnleggelse. Prosentandel av alle døgnopphold (ekskl. overføringer) i det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 2009.

I Helse Vest RHF var 18 prosent av døgnoppholdene i det psykiske helsevernet for voksne en tvangsinnleggelse. Tilsvarende tall for Helse Nord RHF var 13 prosent, mens andelen for Helse Sør-Øst RHF ligger på landsgjennomsnittet.

Andel tvangsinnleggelse vil avhenge av kapasiteten i døgnbehandlingen, og forskjellene som fremkommer mellom de regionale helseforetakene kan skyldes forskjeller i terskel for å komme i behandling. I tabell 1.5 presenteres derfor også rater for tvangsinnleggelse der omfanget måles mot antall innbyggere i de regionale helseforetakenes opptaksområder.

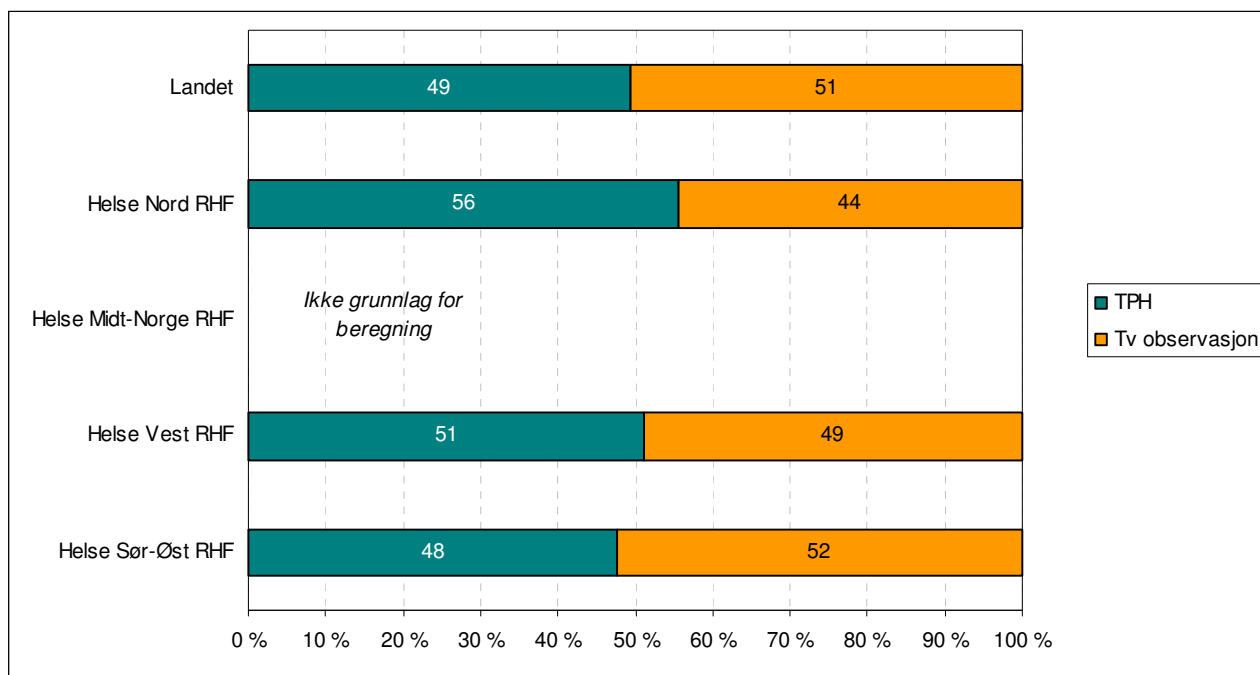
Tabell 1.5 Tvangsinnleggelseser per 100 000 innbyggere 18 år og eldre i opptaksområde. Regionale helseforetak. 2009.

RHF	Tvangsinnleggelseser per 100 000 innbygger 18+
Helse Sør-Øst RHF ¹	176
Helse Vest RHF	202
Helse Midt-Norge RHF	<i>Ikke grunnlag for beregning</i>
Helse Nord RHF	213
Landet	192

Datakilde: NPR

1) Innleggelseser til institusjoner som ikke inngår i analyseutvalget gis en sannsynlighet for tvang lik andel tvangsinnleggelseser i analyseutvalget.

Ratene viser at Helse Nord RHF, som hadde laveste andel tvangsinnleggelseser, har det høyeste omfanget i forhold til antall innbyggere i det regionale helseforetakets opptaksområde. Døgninstitusjonene i Helse Nord RHF benyttet også relativt mindre tvungen observasjon enn døgninstitusjonene i Helse Vest og Sør-Øst RHF. Fordelingen er gjengitt i figur 1.8.



Figur 1.8 Relativ fordeling mellom vedtak om tvungen observasjon og vedtak om tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Regionale helseforetak. 2009.

Det er store forskjeller i omfang av tvangsinnleggelseser mellom døgninstitusjoner både innad i og på tvers av de regionale helseforetakene. I vedlegget bakerst i rapporten gis en institusjonsvis oversikt over omfanget av tvangsinnleggelseser i 2009, målt ved andel av alle døgnopphold ved den enkelte institusjon (ekskl. overføringer). Den institusjonsvise variasjonen oppsummeres i tabell 1.6.

Tabell 1.6 *Institusjonsvis variasjon i omfang av tvangsinnleggelse. Prosentandel av døgnoppholdene med vedtak om tvang ved innleggelse. Analyseutvalg. 2009.*

Spesialistvedtak		Høyeste prosentandel	Laveste prosentandel	Gjennomsnitt
Sykehus	Tvungen observasjon	19	0	13
	Tvungent psykisk helsevern	21	3	12
	Alle tvangsinnleggelse	39	3	25
DPS oa	Tvungen observasjon	5	0	1
	Tvungent psykisk helsevern	15	0	5
	Alle tvangsinnleggelse	15	0	6

Datakilde: NPR

De institusjonsvise forskjellene kan ha ulike årsaker. Forskjellene vil i noen grad kunne forklares ved at pasientsammensetningen er forskjellig i de ulike døgninstitusjonene, for eksempel på grunn av forskjeller i pasientpopulasjonens sykkelighet eller på grunn av funksjonsfordeling mellom institusjoner. De institusjonsvise forskjellene er likevel for store til at dette forklarer all variasjon. Inngrepskriteriene i lovverket gir rom for faglig skjønn, og terskel for bruk av tvang kan derfor variere mellom vedtaksspesialister og institusjoner. Pre- og posthospitale tjenesters evne til å forebygge utvikling av alvorlig psykisk sykdom og akutte kriser og til å gi behandling før det blir nødvendig å bruke tvang vil også være av betydning. Her kan det være lokale forskjeller, både hva gjelder tjenesteutforming, kompetanse og kapasitet.

1.5.1 Variasjon mellom bostedsområder

Analyser av variasjon mellom bostedsområder tar utgangspunkt i hvilken kommune pasienten bor i, og ikke ved hvilken institusjon vedkomne er behandlet. Analysene som presenteres her gjelder befolkningen i henholdsvis bostedsregionene og foretaksområdene.

Tabell 1.7 gir en oversikt over antall tvangsinnleggelse per 100 000 voksne innbyggere i bostedsregionene. Den viser at det er flest tvangsinnleggelse i forhold til antall voksne innbyggere i helseregion Nord. 98 prosent av tvangsinnleggelse i 2009 gjaldt pasienter bosatt i det regionale helseforetakets opptaksområde, og resultatene avviker svært lite fra rater for de regionale helseforetakene (jf. tabell 1.5).

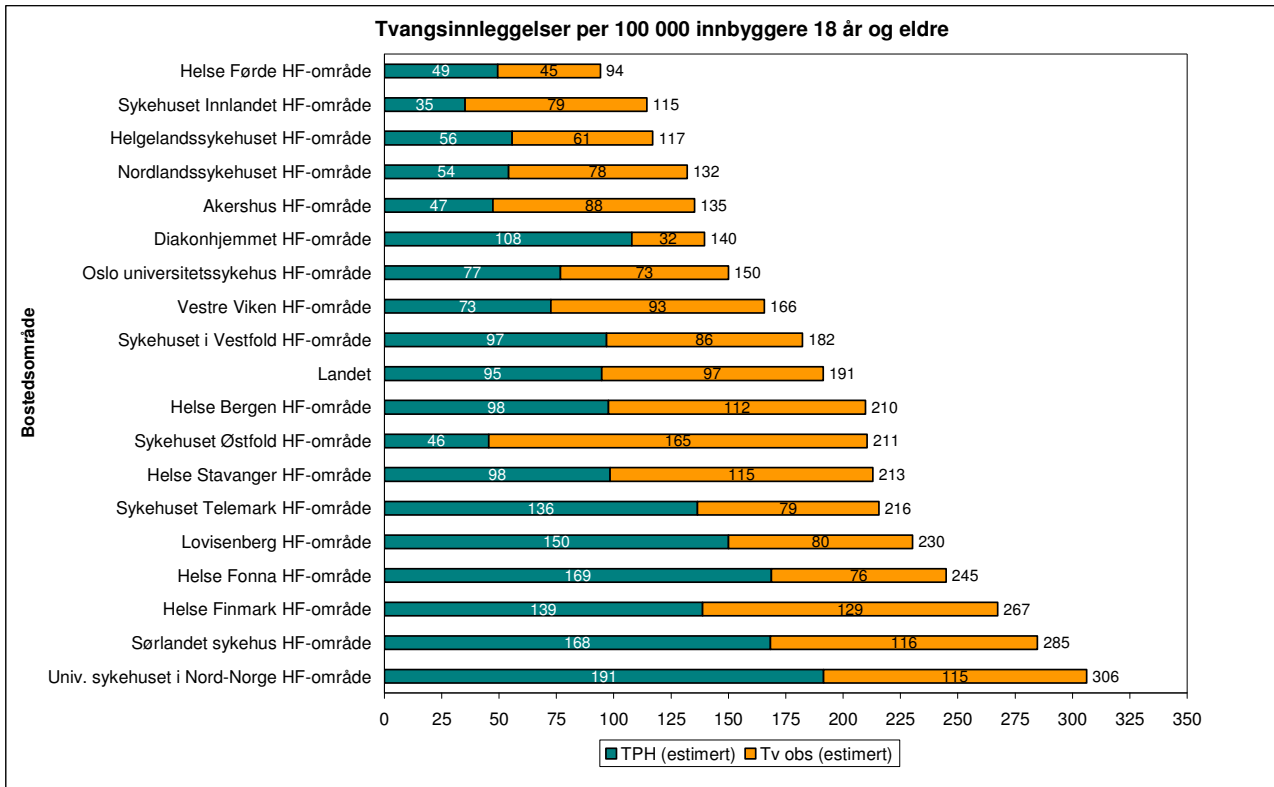
Tabell 1.7 *Tvangsinnleggelse per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter bostedsregion. 2009.*

Bostedsregion ¹	Tvangsinnleggelse per 100 000 innbygger 18+
Sør-Øst	176
Vest	205
Midt-Norge	<i>Ikke grunnlag for beregning</i>
Nord	221
Landet	192

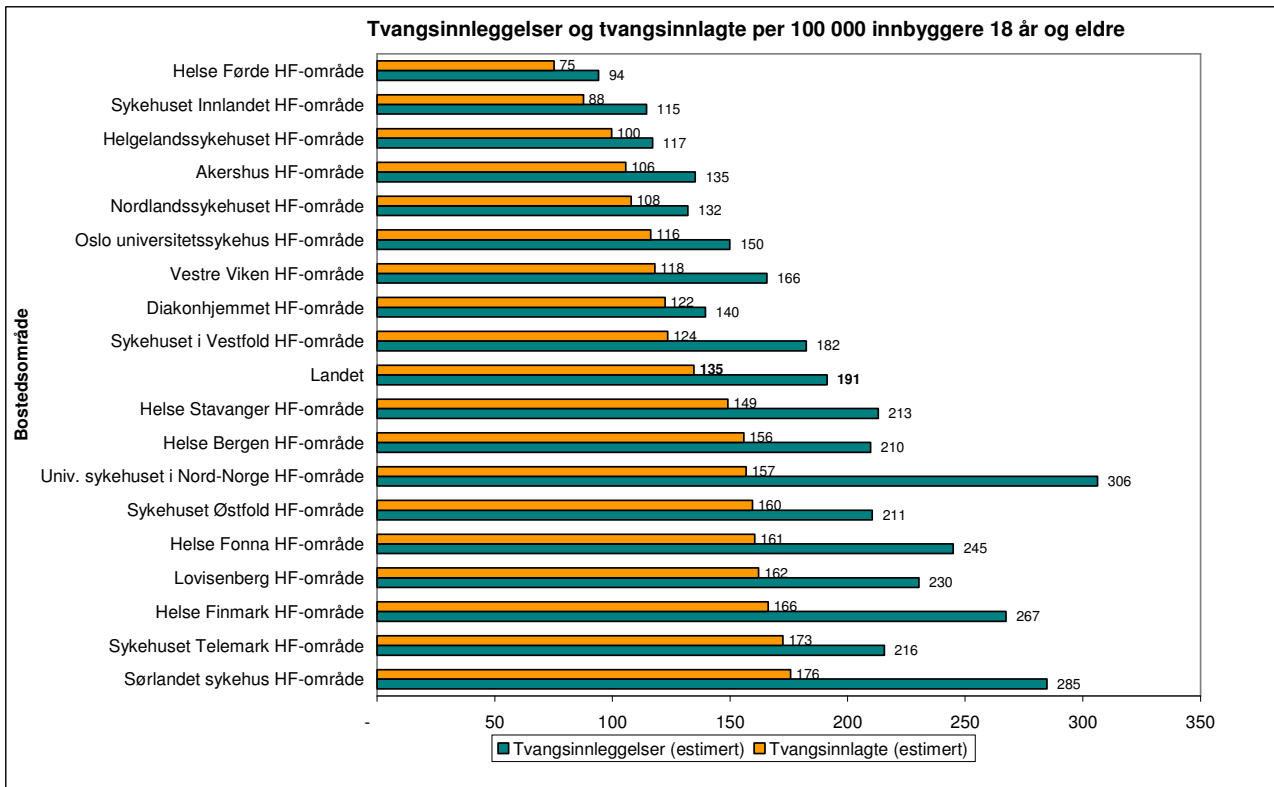
Datakilde: NPR

1) Innleggelse til institusjoner som ikke inngår i analyseutvalget gis en sannsynlighet for tvang lik andel tvangsinnleggelse i analyseutvalget.

Figur 1.9 og 1.10 presenterer befolkningsbaserte rater for tvangsinnleggelses og tvangsinnlagte pasienter for foretaksområdene.

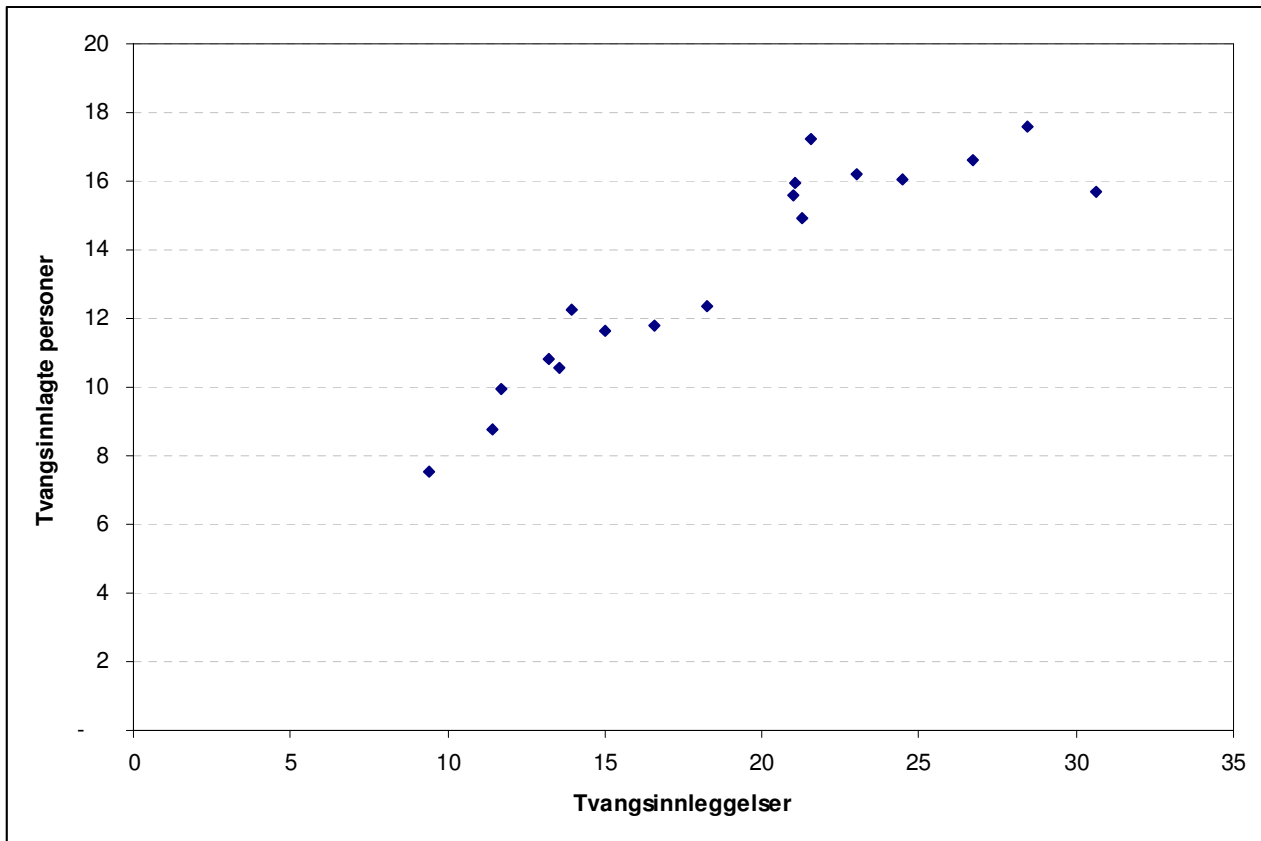


Figur 1.9 Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Antall per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter pasientens bostedsområde. 2009.



Figur 1.10 Tvangsinnleggelser og pasienter med vedtak om tvungen observasjon og/ eller tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Antall per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter pasientens bostedsområde. 2009.

Ratene for helseforetaksområdene viser at det er betydelige forskjeller, både innad i og på tvers av helseregionene. Ratene for tvangsinnleggelser varierer fra 94 per 100 000 voksne innbygger i Helse Førde helseforetaksområde til 306 per 100 000 voksne innbygger i Universitetssykehuset i Nord-Norge helseforetaksområde og fra 75 tvangsinnlagte personer per 100 000 voksne innbyggere i Helse Førde helseforetaksområde til 176 tvangsinnlagte personer per 100 000 voksne innbyggere i Sørlandet sykehus helseforetaksområde. Pasienter med mange tvangsinnleggelser forklarer noe av variasjonen i rate for tvangsinnleggelser, men i hovedsak har foretaksområdene med de høyeste og laveste ratene for tvangsinnleggelser også de høyeste og laveste ratene for antall tvangsinnlagte personer. Korrelasjon mellom rate for tvangsinnleggelser og rate for tvangsinnlagte pasienter er illustrert ved figur 1.11.



(Pearsons $r = 0,91$)

Figur 1.11 Antall tvangsinnleggelser og antall tvangsinnlagte pasienter. Antall per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Etter bostedsområde. 2009.

Pasientdata fra NPR har tidligere ikke vært egnet for analyser av forskjeller mellom foretaksområder fordi man verken hadde komplette opplysninger om antall døgnopphold eller komplette opplysninger om spesialistvedtak ved innleggelse. Geografisk variasjon i omfanget av tvangsinnleggelser er derfor tidligere bare analysert med utgangspunkt i behandlingsinstitusjon. Se kapittel 5 i Bjørngaard (red), 2008 for analyser basert på data for 2007. Med unntak for helseforetak uten egen sykehusfunksjon, blir tvangsinnleggelser i all hovedsak håndtert i det helseforetaket pasienten sokner til¹¹, men analysene er likevel ikke direkte sammenlignbare, og det er dermed ikke mulig å se på endring i omfang av tvangsbruk på disaggregert nivå.

1.6 Pasientegenskaper

Tabellene 1.8, 1.9 og 1.10 viser kjønns-, alders- og diagnosefordeling for pasienter behandlet ved døgninstitusjonene som inngår i analyseutvalget. Det skilles mellom pasienter som bare har vært i frivillig behandling, pasienter med minst ett tvungent opphold i løpet av året og pasienter med minst ett vedtak om tvang uten døgn. Fordeling av tvangsinnleggelserne er også gjengitt.

¹¹ 94 prosent av tvangsinnleggelserne i 2009 gjaldt pasienter fra foretakenes opptaksområde og 98 prosent gjaldt pasienter fra de regionale helseforetakenes opptaksområde.

Tabell 1.8 *Kjønnsfordeling for pasienter med bare frivillige opphold, pasienter med minst én tvangsinnleggelse og pasienter utskrevet til tvang uten døgn. Fordeling av tvangsinnleggelser mellom menn og kvinner. Analyseutvalg. 2009.*

Kjønn	Bare frivillige opphold	Minst én tvangsinnleggelse	Utskrevet til tvang uten døgn	Tvangsinnleggelser
Menn	47	55	57	53
Kvinner	53	46	43	47
Totalt	100	100	100	100
Antall (N)	12 483	4 085	808	5 744

Datakilde: NPR

Tabell 1.9 *Aldersfordeling for pasienter med bare frivillige opphold, pasienter med minst én tvangsinnleggelse og pasienter utskrevet til tvang uten døgn. Fordeling av tvangsinnleggelser mellom de ulike aldersgruppene. Analyseutvalg. 2009.*

Aldersgrupper	Bare frivillige opphold	Minst én tvangsinnleggelse	Utskrevet til tvang uten døgn	Tvangsinnleggelser
0-29 år	25	26	20	28
30-39 år	20	22	23	22
40-49 år	20	21	25	21
50-59 år	15	13	17	14
60-69 år	9	9	10	8
70 år eller eldre	11	10	6	8
Totalt	100	100	100	100
Antall (N)	12 483	4 085	808	5 744
Fødselsår ikke registrert (n)	1	1		1

Datakilde: NPR

Tabell 1.9 *Diagnosefordeling for pasienter med bare frivillige opphold, pasienter med minst én tvangsinnleggelse og pasienter utskrevet til tvang uten døgn. Fordeling av tvangsinnleggelser mellom de ulike diagnosegruppene. Analyseutvalg. 2009.*

Hoveddiagnose	Bare frivillige opphold	Minst én tvangsinnleggelse	Utskrevet til tvang uten døgn	Tvangsinnleggelser
Organiske lidelser (kap F0)	3	6	3	5
Stoffrelaterte lidelser (kap F1)	15	17	7	16
Schizofreni spektrum lidelser (kap F2)	12	38	67	43
Affektive lidelser (kap F3)	34	20	12	17
Nevrotiske lidelser (kap F4)	17	6	2	5
Fysiske atferdssyndromer (kap F5)	1	1	0	0
Personlighetsforstyrrelser (kap F6)	5	5	4	6
Andre diagnoser i ICD-10	12	9	5	8
Totalt	100	100	100	100
Antall (N)	12 483	4 085	808	5 744
Diagnose ikke registrert (n)	1 660	702	77	871

Datakilde: NPR

Analysene viser at det er flest menn som tvangsinnlegges og at det fattes vedtak om tvungent ettervern for en større andel menn enn kvinner. Fordelingen av tvangsinnleggelsene viser imidlertid at det er flere tvangsinnleggelser per tvangsinnlagte pasient for kvinner enn for menn.

Aldersfordelingen for tvangsinnlagte pasienter skiller seg lite fra aldersfordelingen for pasienter med bare frivillige opphold. Pasienter i aldersgruppen 40 – 60 år skrives oftere ut til tvungent ettervern enn tvangsinnlagte pasienter i øvrige aldersgrupper. Logistiske regresjonsanalyser basert på pasientdata fra 2007 viste signifikant større sannsynlighet for utskrivning til tvang uten døgn for pasienter i aldersgruppen 50-59 år (se Bremnes et. al., 2008B). En av ti tvangsinnlagte pasienter var 70 år eller eldre i 2009.

I 2009 var 38 prosent av de tvangsinnlagte pasientene diagnostisert med en schizofrenilidelse. 43 prosent av tvangsinnleggelsene og 67 prosent av utskrivningene til tvungent ettervern gjaldt pasienter med diagnose i denne diagnosegruppa. Andel tvangsinnleggelser som gjelder stoffrelaterte lidelser og schizofreni spektrum lidelser har økt sammenholdt mot analyser av pasientdata for 2006 (se Bremnes et. al., 2008A).

2. Kontrollkommisjonenes virksomhet i 2009 og fylkesmennenes behandling av klager på tvangsmedisinering

I følge tall fra kontrollkommisjonene ble det i 2009 fattet 3710 vedtak om tvungen observasjon og 3568 vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH). Sett i forhold til folketallet er det store forskjeller i hyppigheten av slike tvangsvedtak både for tvungen observasjon og for TPH. Av 3710 vedtak om tvungen observasjon ble 311 påklaget til kontrollkommisjonene. Av disse fikk syv prosent medhold. I følge kommisjonene ble det i 2009 fattet 3568 vedtak om TPH. 1900 vedtak ble påklaget til kontrollkommisjonene. Av disse fikk seks prosent medhold. Det er imidlertid store forskjeller mellom kommisjonene. Mens kommisjonene i enkelte områder gir to prosent av klagerne medhold, opphever kommisjoner i andre områder helt opp til 18 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. Sett i forhold til innbyggertallet er det ingen sammenheng mellom antall vedtak som påklages og andel vedtak som oppheves. Det er imidlertid en tendens til at kontrollkommisjoner i områder med mange tvangsvedtak *noen ganger* også opphever flere tvangsvedtak.

I kapitlet gjennomgås også vedtak om skjerming og bruk av tvangsmidler. Kommisjonenes innrapportering er her, spesielt for utfallet av kommisjonenes behandling, svært mangelfulle.

I 2009 ble 839 vedtak om tvangsmedisinering påklaget til fylkesmennene. Av disse fikk elleve prosent av klagerne helt eller delvis medhold. Vedtakene ble imidlertid bare opphevet i fire prosent av sakene. Det er store forskjeller i andel klager som gis medhold, fra ingen klager i noen fylker, til hele 17 prosent i ett fylke.

2.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet referere en del resultater fra kontrollkommisjonenes virksomhet i 2009. 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 gjennomgå data over skjermingsvedtak, og over bruk av tvangsmidler. Vi vil avslutningsvis også gjengi noen resultater fra fylkesmennenes behandling av klager over tvangsmedisinering.

2.2 Datagrunnlag og metode

Formålet med gjennomgangen er tosidig: For det første er det i seg selv av interesse å få en kartlegging av kontrollkommisjonenes 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 kontrollkommisjonene elektronisk til Helsedirektoratet. Data fra kommisjonene er i varierende grad komplette. I mange tilfeller avviker opplysninger om utfallet av kommisjonenes vedtak fra sum antall klagesaker. Når det gjelder klager på vedtak om skjerming og vedtak om bruk av tvangsmidler er utfallet av kommisjonenes behandling av sakene 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.

Kommisjonen ved Sandviken sykehus har i dokumentkontrollen etter psykisk helsevernlovens § 3-8 ikke skilt mellom kontroller av vedtak om tvungen observasjon, og kontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern. Vi har derfor på dette punktet i estimert fordelingen for Bergen HF, basert på pasientdata fra NPR.

Kvaliteten på de øvrige data vil bli kommentert i tilknytning til resultatene for de enkelte variablene.

Geografiske variasjoner

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

Ut fra kommisjonenes ståsted vil vel det ideelle være å publisere tall for den enkelte kommisjon. Imidlertid vil det ofte være en arbeidsdeling mellom kommisjonene innen samme fylke, eksempelvis slik at en kommisjon har oppsyn med DPS-ene, og en annen kommisjon har oppsyn med sykehusene. Ettersom tvungen 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. Ofoten-området, som hører inn under Universitetssykehuset i Nord-Norge, mottar også brorparten av sykehustjenestene fra Bodø. Disse tre områdene er derfor slått sammen til Nordland. 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 Grorud og Stovner) slått sammen. Det samme gjelder områdene i Møre og Romsdal. Et fåtall institusjoner har ikke noe klart områdeansvar. Disse er tatt med under den kommisjon de tilhører. Dette påvirker bare i liten grad tallene. For å få kommisjonsinndelingen til å samsvare med områdeinndelingen, har tallene for Follo DPS blitt tatt ut av kommisjonstallene for Akershus område I og slått sammen med kommisjonstallene for Oslo og Follo. Tilsvarende er tallene for Voss DPS og Bjørkely psykiatriske senter tatt ut av kommisjonsdataene for Valen, 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.

2.3 Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

I følge psykisk helsevernloven §3-2 kan det fattes vedtak om tvungen observasjon, og i følge §3-3 kan det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern. For tvungent psykisk helsevern stiller loven opp følgende krav:

1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.
2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.
3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.
4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

For tvungen observasjon er kravene de samme, med unntak av punkt 3, der det er tilstrekkelig at det er overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene i punkt 3 ovenfor.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, 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 psykisk helsevernlovens § 3-8 underretning om dette sendes kontrollkommisjonen. Kontrollkommisjonen skal så snart som mulig forvise seg om

at riktig framgangsmåte har vært fulgt, og at vedtaket bygger på en vurdering av vilkårene.

Data om etablering av 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 tvangsinnleggelses som har funnet sted.

Tabell 2.1 gir tall for omfanget av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i 2008 og 2009, fordelt på Helseregioner.

Tabell 2.1 Vedtak om tvungen observasjon og om tvungent psykisk helsevern. 2008 og 2009.

RHF	Tvungent psykisk helsevern			Tvungen observasjon		
	2008	2009	Pst endring	2008	2009	Pst endring
Helse Sør-Øst RHF	2656	1836	-31	2088	2133	2
Helse Vest RHF*	1110	866	-22	893	840	-6
Helse Midt-Norge RHF	604	447	-28	174	308	77
Helse Nord RHF	404	431	7	361	429	19
Landet	4774	3568	-25	3516	3710	6

*For begge år 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.

I følge kontrollkomisjonenes årsmeldinger var det en markert nedgang i antall vedtak om tvungent vern, fra 4762 vedtak i 2008 til 3556 vedtak i 2009. Dette gir en nedgang på 25 prosent. Med unntak av Helse Nord, var det en nedgang i alle RHF-ene. Det var i samme periode en svak økning i antall vedtak om tvungen observasjon. Økningen er særlig markant i Helse Midt-Norge RHF. Det framgår ikke av rapportene hvor stor andel av observasjonsvedtakene som blir omgjort til tvungent vern.

Det er uklart om nedgangen i antall vedtak om tvungent vern er reell. Som vi så i kapittel 1, finner vi ikke en tilsvarende nedgang i antall innleggelses til tvungent psykisk helsevern, basert på data fra NPR. Den registrerte nedgangen i vedtak om TPH kan delvis ha sammenheng med bedre registreringspraksis, at kontroller observasjonsvedtak i 2009 i større grad enn i 2008 har blitt skilt ut fra vedtak om TPH. Økningen i antall observasjonsvedtak er likevel for liten til å kunne forklare nedgangen.

I kapittel 1 foran har vi på bakgrunn av data fra Norsk pasientregister anslått antall innleggelses til TPH til ca 3600, og til tvungen observasjon til ca. 3600, til sammen ca 7200 (alle tall 2009). Det ser dermed ut til å være godt samsvar mellom opplysningene i de to kildene. Av innleggelsene til tvungen observasjon ble imidlertid ca 21 prosent, eller ca 800 senere omgjort til tvungent vern. Samlet antall vedtak om tvungent vern blir etter dette ca 4300. Det knytter seg usikkerhet til om/i hvilken grad kommisjonene foretar ny dokumentkontroll ved omgjøring av vedtak fra tvungen observasjon til tvungent psykisk helsevern. I den grad kommisjonene foretar ny kontroll, gir tall fra kontrollkomisjonenes oppgaver ca 800 færre vedtak for TPH, mens det er godt samsvar i tallene for tvungen observasjon. Sammenligningen er oppsummert i tabell 2.2.

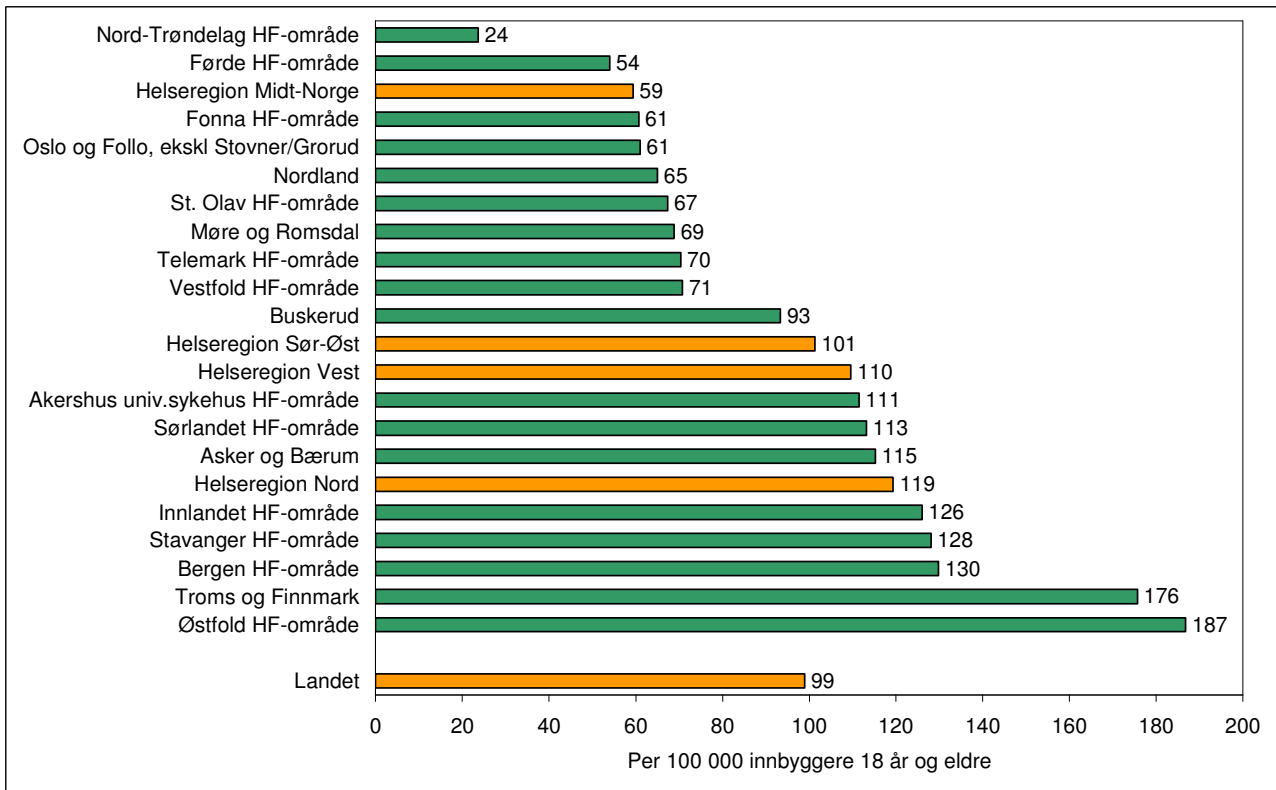
Tabell 2.2 Vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon i følge ulike datakilder. 2009.

Innleggelser beregnet ut fra data i NPR				Vedtak i følge kontrollkomisjonene	
Tvungen observasjon	Tvungent psykisk helsevern	Tvangsinnleggelser totalt	Antall personer tvangsinnlagt	Tvungen observasjon	Tvungent psykisk helsevern
3638	3565	7203	5050	3710	3568

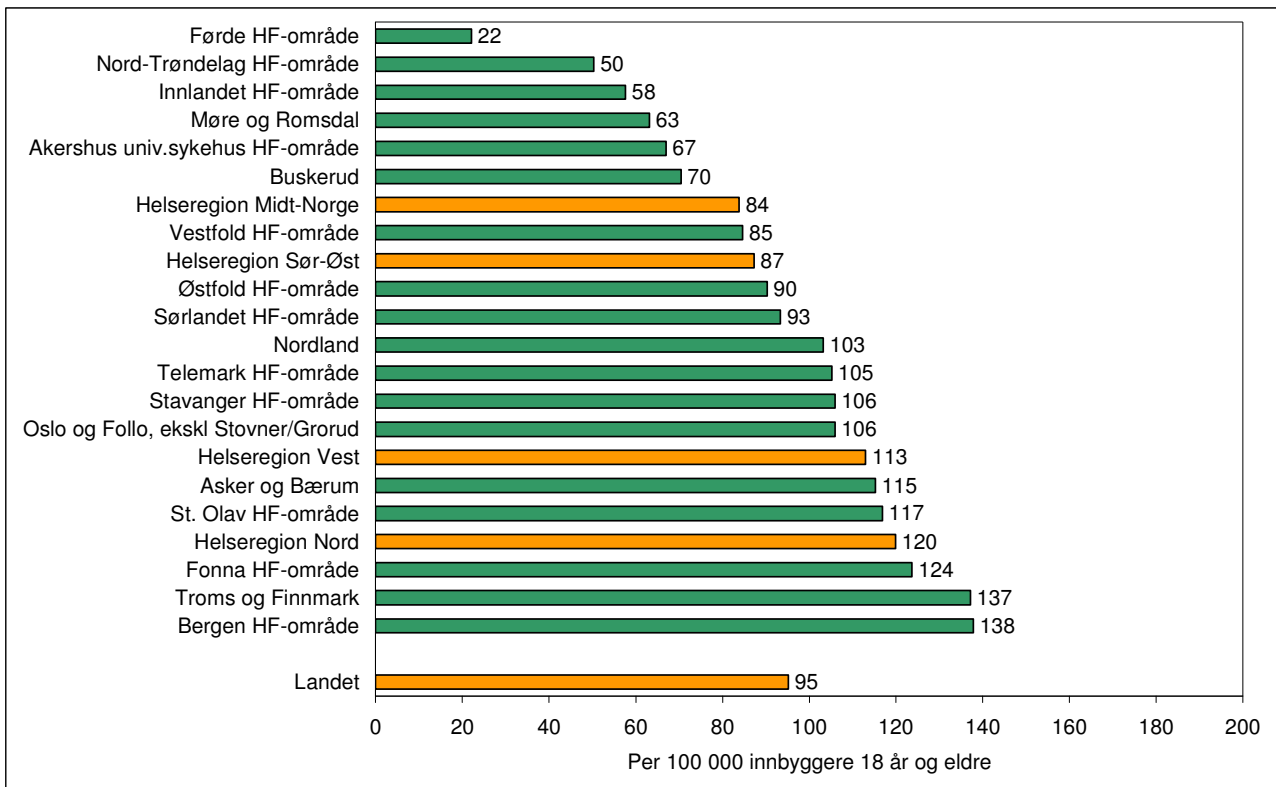
I tabell 2.3 har vi brutt ned tallene i tabell 2.1 på ulike distrikter, og beregnet befolkningsbaserte rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre. Områdeinndelingen er omtalt foran. I figur 2.1 og figur 2.2 er ratene framstilt grafisk.

Tabell 2.3 Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Helseforetaksområder 2009.

Distrikt	Observasjon	TPH	Observasjonsvedtak		Vedtak om TPH	
	Antall vedtak	Antall vedtak	Per 100 000 18 år og eldre	Rate i prosent av landet	Per 100 000 18 år og eldre	Rate i prosent av landet
Østfold HF-område	393	190	187	189	90	95
Akershus univ.sykehus HF-område	263	158	111	113	67	70
Oslo og Follo, ekskl. Stovner/Grorud	313	544	61	62	106	111
Innlandet HF-område	374	171	126	127	58	61
Asker og Bærum	143	143	115	116	115	121
Buskerud	187	141	93	94	70	74
Vestfold HF-område	127	152	71	72	85	89
Telemark HF-område	93	139	70	71	105	111
Sørlandet HF-område	240	198	113	114	93	98
Helseregion Sør-Øst	2133	1836	101	102	87	92
Stavanger HF-område	312	258	128	129	106	111
Fonna HF-område	78	159	61	61	124	130
Bergen HF-område	406	431	130	131	138	145
Førde HF-område	44	18	54	55	22	23
Helseregion Vest	840	866	110	111	113	119
Møre og Romsdal	133	122	69	70	63	66
St. Olav HF-område	151	262	67	68	117	123
Nord-Trøndelag HF-område	24	51	24	24	50	53
Helseregion Midt-Norge	308	435	59	60	84	88
Nordland	119	189	65	66	103	108
Troms og Finnmark	310	242	176	178	137	144
Helseregion Nord	429	431	119	121	120	126
Landet	3710	3568	99	100	95	100



Figur 2.1 *Kontroller av vedtak om tvungen observasjon i 2009. Psykisk helsevern. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre*



Figur 2.2 *Kontroller av vedtak om tvungen psykisk helsevern i 2009. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.*

Det er betydelige forskjeller i tallet på tvangsvedtak i forhold til innbyggertall, fra en observasjonsrate på 24 i Nord-Trøndelag og 54 i Førde, til 176 i Troms og Finnmark og 187 i Østfold. Tilsvarende varierer vedtakene om tvungent vern fra 22 i Førde og 50 i Nord-Trøndelag til 137 i Troms og Finnmark og 138 i Bergen.

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 7278 kontroller av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, har vi bare registrert 27 saker der kommisjonen har kommet til at vernet skulle opphøre. Data om utfallet av behandlingen er imidlertid mangelfulle, og dekker bare 3740 av de 7278 kontrollene. Selv om vi tar høyde for dette, utgjør omgjøringene under en prosent av sakene.

2.4 Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon

Kontrollkommisjonene behandlet i 2009 i alt 311 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon, en økning fra 267 året før. Vi har ovenfor sett at det ble fattet vedtak om observasjon i 3710 saker. Klagenes svarer dermed ca åtte prosent. Av klagerne fikk igjen ca syv prosent medhold. Av alle vedtak om tvungen observasjon ble dermed under en prosent omgjort av kommisjonene gjennom klagebehandling.

I 34 prosent av sakene fikk klageren avslag. I 56 prosent av sakene, ble saken trukket.

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

Tabell 2.4 viser antall klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern for 2008 og 2009. Selv om tallene ikke er direkte sammenlignbare (det kan klages flere ganger på samme vedtak, og også på vedtak fattet tidligere år) har vi for sammenligningens skyld også tatt med antall vedtak om tvungent vern og antall klager i prosent av antall vedtak.

Tabell 2.4 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern. Helseregioner 2008 og 2009.

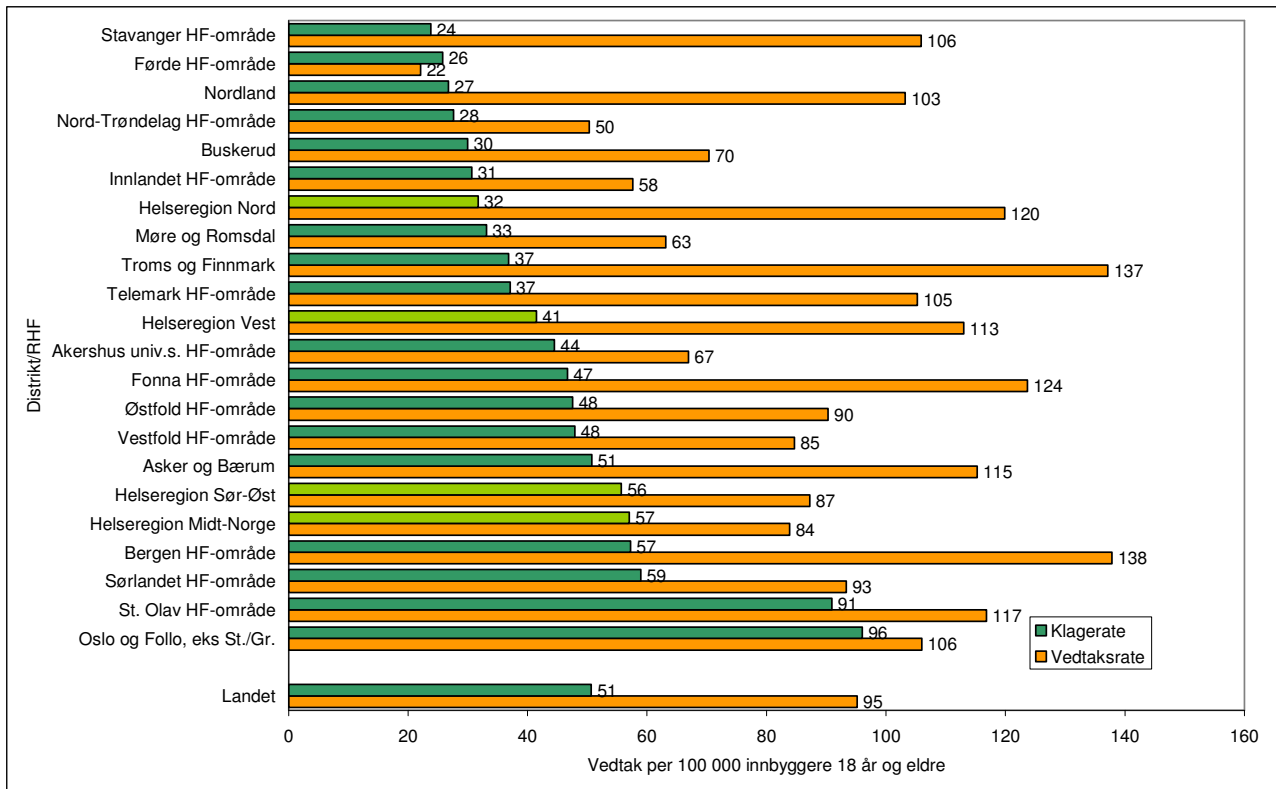
RHF	Klager på TPH			Vedtak om TPH totalt			Klager i prosent av vedtak	
	2008	2009	Prosent endring	2008	2009	Prosent endring	2008	2009
Helse Sør-Øst RHF	1105	1172	6	2656	1836	-31	42	64
Helse Vest RHF	444	318	-28	1110	866	-22	40	37
Helse Midt-Norge RHF	322	296	-8	604	447	-28	55	66
Helse Nord RHF	116	114	-2	404	431	7	29	26
Landet	1987	1900	-4	4774	3568	-25	42	53

Det er en svak nedgang i antall klager på tvungent vern, fra 1987 til 1900, eller fire prosent. Ettersom antall vedtak om tvungent vern har gått ned med 25 prosent, øker likevel klageandelen fra 42 prosent til 53 prosent.

I tabell 2.5 har vi brutt ned tallene for 2009 på geografiske områder. Vi har også beregnet rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, og raten i prosent av raten på landsbasis. Figur 2.3 framstiller klagerate og samlet vedtaksrate grafisk. I figuren er distriktene sortert etter stigende klagerate.

Tabell 2.5 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern og vedtak om tvungent psykisk helsevern 2009. Antall og rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Distrikt	Klager			Vedtak totalt			Klager i prosent av vedtak
	Antall	Per 100 000 18 år og eldre	Rate i prosent av landet	Antall	Per 100 000 18 år og eldre	Rate i prosent av landet	
Østfold HF-område	100	48	94	190	90	95	53
Akershus univ.sykehus HF-område	105	44	88	158	67	70	66
Oslo og Follo, ekskl. Stovner/Grorud	493	96	189	544	106	111	91
Innlandet HF-område	91	31	61	171	58	61	53
Asker og Bærum	63	51	100	143	115	121	44
Buskerud	60	30	59	141	70	74	43
Vestfold HF-område	86	48	95	152	85	89	57
Telemark HF-område	49	37	73	139	105	111	35
Sørlandet HF-område	125	59	116	198	93	98	63
Helseregion Sør-Øst	1172	56	110	1836	87	92	64
Stavanger HF-område	58	24	47	258	106	111	22
Fonna HF-område	60	47	92	159	124	130	38
Bergen HF-område	179	57	113	431	138	145	42
Førde HF-område	21	26	51	18	22	23	117
Helseregion Vest	318	41	82	866	113	119	37
Møre og Romsdal	64	33	65	122	63	66	52
St. Olav HF-område	204	91	179	262	117	123	78
Nord-Trøndelag HF-område	28	28	55	51	50	53	55
Helseregion Midt-Norge	296	57	113	435	84	88	68
Nordland	49	27	53	189	103	108	26
Troms og Finnmark	65	37	73	242	137	144	27
Helseregion Nord	114	32	63	431	120	126	26
Landet	1900	51	100	3568	95	100	53



Figur 2.3 Klagerate og samlet vedtakssrate for tvungent psykisk helsevern. Per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

Det er betydelige variasjoner i klageratene, fra 24 klager per 100 000 innbyggere i Stavanger og 26 i Førde til 91 i St Olav HF-område, og 96 i Oslo og Follo. Det er ingen entydig sammenheng mellom klageraten og raten for antall tvangsvedtak som fattes (Pearsons $r=0,44$)¹². Det blir dermed betydelige forskjeller i andel klager i prosent av antall vedtak, fra 22 prosent i Stavanger til 117 prosent i Førde.

¹² 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).

2.6 Utfallet av klagebehandlingen på vedtak om tvungent psykisk helsevern

Tabell 2.6 viser utfallet av klagebehandlingen i 2008 og 2009. 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).

Tabell 2.6 *Utfall av kontrollkomisjonenes behandling av klager over vedtak om tvungent psykisk helsevern i 2009.*

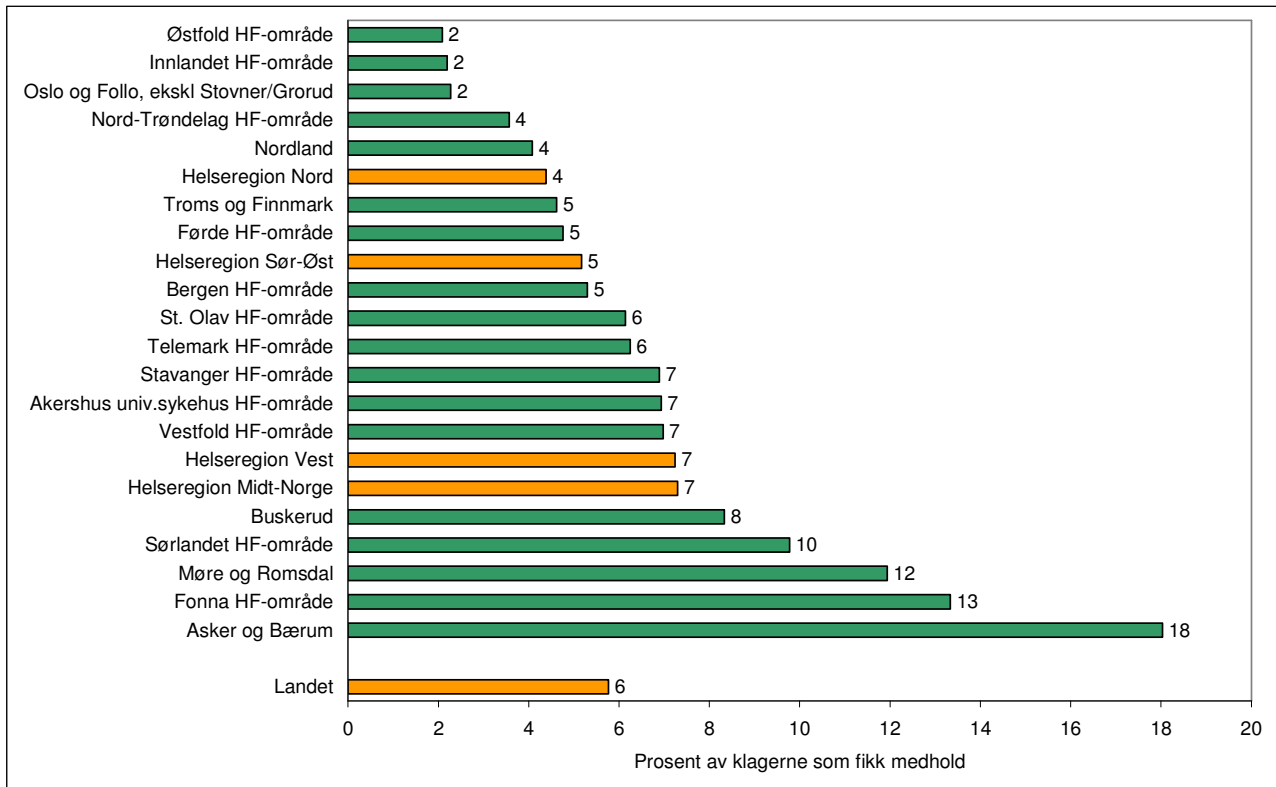
RHF	Prosentvis fordeling			Klager totalt	Prosentueringsbasis
	Medhold	Avslag/avvisning	Klagen trukket		
2008					
Helse Sør-Øst RHF	9	51	39	1105	1140
Helse Vest RHF	8	55	37	444	390
Helse Midt-Norge RHF	7	42	51	322	331
Helse Nord RHF	3	48	48	116	116
Landet	8	50	41	1987	1977
2009					
Helse Sør-Øst RHF	5	52	43	1172	1160
Helse Vest RHF	7	60	32	318	290
Helse Midt-Norge RHF	7	59	34	296	274
Helse Nord RHF	4	58	38	114	114
Landet	6	55	39	1900	1838

På tross av svak nedgang i antall klager, gikk andel klager som fikk medhold ned fra 8 til 6 prosent. Nedgangen var særlig stor i Sør-Øst. Antall klager som ble avslått eller avvist økte tilsvarende med fem prosentpoeng, fra 50 til 55 prosent. I de resterende sakene ble klagen trukket. Det å trekke klagen må sees i sammenheng med psykisk helsevernlovens § 6-4, der det heter at en ved avslag fra kommisjonen ikke kan fremme ny klage før etter seks måneder. Det er vel derfor grunn til å anta at noen av klagen ble trukket når pasienten 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 94 prosent av klagerne, direkte eller indirekte, avslag på klagen. Om de trukne sakene holdes utenfor, fikk klager medhold i ca ti prosent av sakene.

I tabell 2.7 har vi brutt ned tallene for 2009 på distrikter og helseregioner. Andel klager som fikk medhold er fremstilt grafisk i figur 2.4. Medholdsprosenten er beregnet ut fra samtlige klager (inklusive saker som senere har blitt trukket). I figuren er distriktene sortert etter stigende andel medhold.

Tabell 2.7 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Prosentvis fordeling av utfallet. Helseregioner og distrikter 2009.

Distrikt/RHF	Prosentvis fordeling			Klager totalt	Prosent- uerings- basis	Medhold per 100 000 innbyggere 18 år og eldre
	Medhold	Avslag/ avvisning	Klagen trukket			
Østfold HF-område	2	43	55	100	96	1,0
Akershus univ.sykehus HF-område	7	49	45	105	101	3,1
Oslo og Follo, ekskl. Stovner/Grorud	2	60	38	493	484	2,2
Innlandet HF-område	2	51	47	91	91	0,7
Asker og Bærum	18	43	39	63	61	9,2
Buskerud	8	48	43	60	60	2,5
Vestfold HF-område	7	62	31	86	86	3,3
Telemark HF-område	6	42	52	49	48	2,3
Sørlandet HF-område	10	37	53	125	133	5,8
Helseregion Sør-Øst	5	52	43	1172	1160	2,9
Stavanger HF-område	7	48	45	58	58	1,6
Fonna HF-område	13	47	40	60	60	6,2
Bergen HF-område	5	70	25	179	151	3,0
Førde HF-område	5	62	33	21	21	1,2
Helseregion Vest	7	60	32	318	290	3,0
Møre og Romsdal	12	75	13	64	67	4,0
St. Olav HF-område	6	51	43	204	179	5,6
Nord-Trøndelag HF-område	4	75	21	28	28	1,0
Helseregion Midt-Norge	7	59	34	296	274	4,2
Nordland	4	61	35	49	49	1,1
Troms og Finnmark	5	55	40	65	65	1,7
Helseregion Nord	4	58	38	114	114	1,4
Landet	6	55	39	1900	1838	2,9

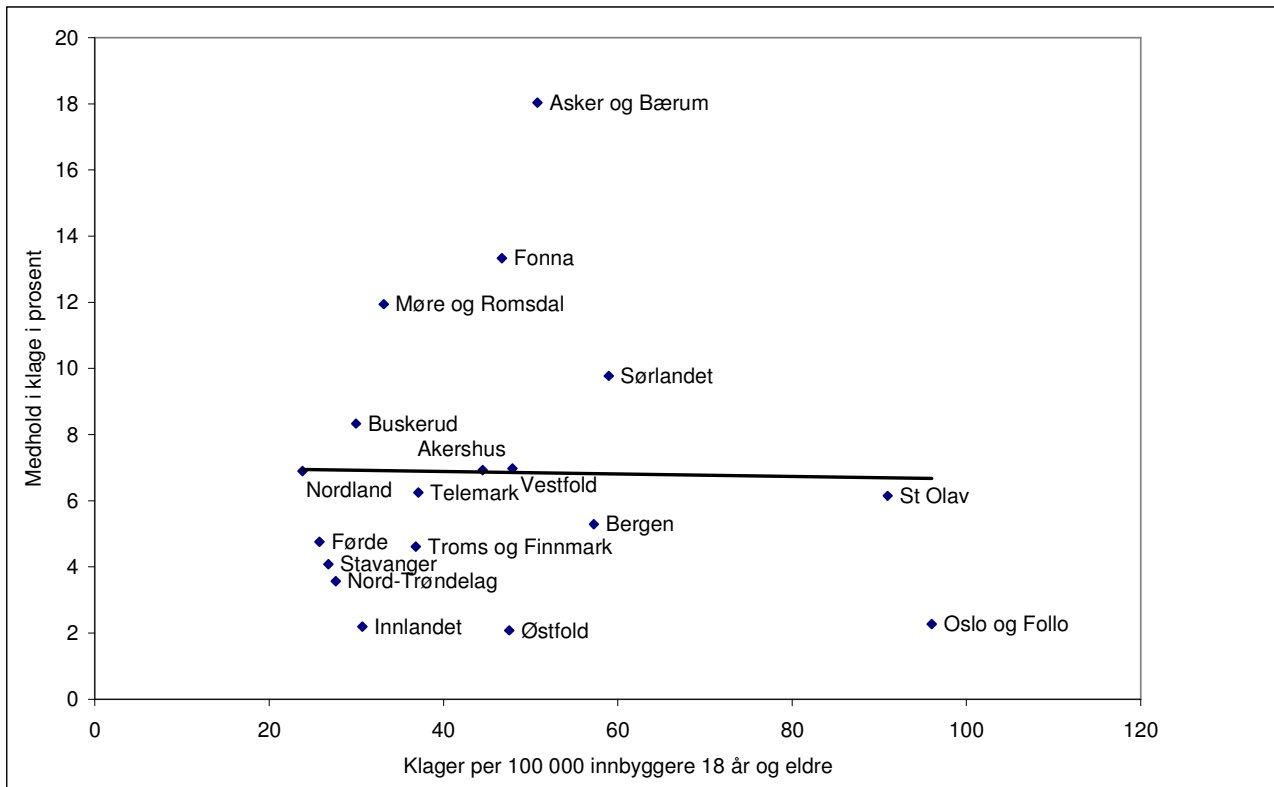


Figur 2.4 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungen psykisk helsevern. Prosentvis fordeling av utfallet. Helseregioner og distrikter 2009.

Som det framgår av figuren er det betydelige forskjeller mellom områdene i omgjøringsprosenten, fra to prosent i Østfold, Innlandet og Oslo/Follo, til 13 prosent i Fonna og 18 prosent i Asker og Bærum.

Slike forskjeller kan gjenspeile flere forhold. Antall klager er i enkelte distrikter såpass lavt at tilfeldige variasjoner fra ett år til et annet vil kunne påvirke utfallet av kommisjonsbehandlingen. En annen mulig forklaring vil være knyttet til pasientadferd, hvis mange klager på tvangsvedtaket kan det tenkes at flere også vil få avslag, ved at flere klager oppfattes som "ubegrunnet".

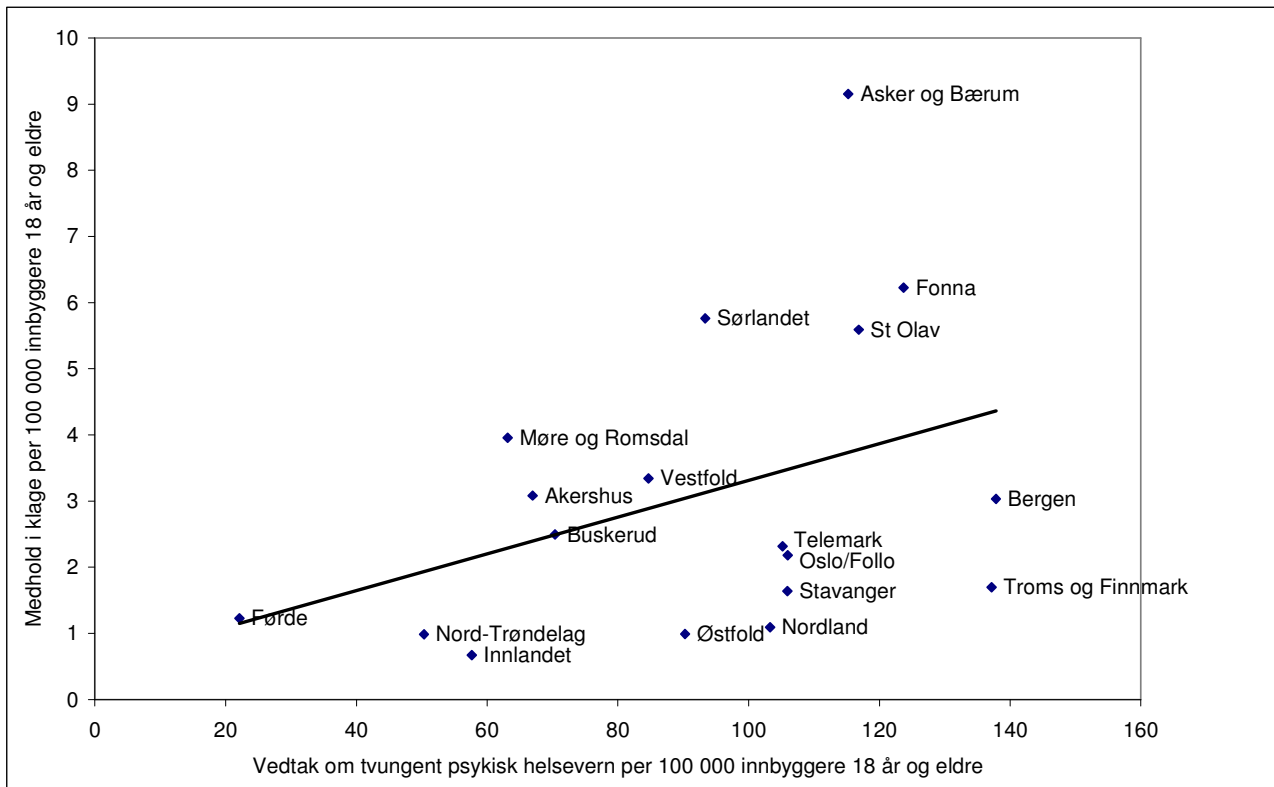
Vi har undersøkt dette ved å se på grad av samvariasjon mellom klageraten (klager per 100 000 innbyggere 18 år og eldre) og andel av klagerne som fikk medhold. Dette er illustrert i figur 2.5. I figuren har vi også tegnet inn regresjonslinjen, som angir sammenhengen mellom de to variablene.



Figur 2.5 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern 2009. Sammenhengen mellom klagerate og medholdsprosent etter distrikt.

Som det fremgår av figuren, finner vi ingen klar sammenheng mellom klagerate og andel klager som får medhold ($r=-0,02$). Dette illustreres også ved at regresjonslinjen er tilnærmet horisontal. Lav klagerate går like gjerne sammen med lav medholdsprosent (for eksempel i Innlandet) som med høy medholdsprosent (for eksempel i Møre og Romsdal). På tross av middels klagerate, har Asker og Bærum landets høyeste medholdsprosent.

Det kan likevel tenkes at kontrollkommisjonene 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 "medholdsraten", dvs. antall pasienter som får medhold per 100 000 innbyggere, med tvangsraten, dvs. antall vedtak om tvungent vern per 100 000 innbyggere (18 år og eldre). Sammenhengen er vist i figur 2.6. I figuren har vi igjen tegnet inn regresjonslinjen.



Figur 2.6 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern 2009. Sammenhengen mellom tvangsrate og medholdsrate etter distrikt.

Det er en tendens til at høy medholdsrate går sammen med høy andel tvangsvedtak ($r=0,38$). Det kan se ut for at områder med lav tvangsrate gjennomgående også har en lav medholdsrate. Omvendt er det imidlertid ikke slik at områder med en høy tvangsrate nødvendigvis fører til en høy medholdsrate. Eksempelvis har både Bergen og Troms og Finnmark en lav medholdsrate på tross av høy tvangsrate. Virkningen på tvangsutøvelsen er uansett begrenset. Selv for Asker og Bærum, som har den klart høyeste medholdsrate fører kommisjonsbehandlingen bare til en nedgang fra 115 til 106 tvangsvedtak per 100 000 innbyggere.

2.7 Dokumentkontroll etter 3 måneder og etter ett år av 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. Psykisk helsevernlovens §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. Psykisk helsevernlovens §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 2.8 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 01.10.2008-31.09.2009. Oversikten omfatter

heller ikke tilfeller der pasienten har klaget. Tallene må derfor sees i sammenheng med klageomfanget (se ovenfor).

Tabell 2.8 Omfang av etterprøving etter tre måneder under tvungent vern. 2009

RHF	Antall kontroller	Rate per 100 000 18 år og eldre	Resultat av undersøkelsen Prosentvis fordeling		
			Vernet opphører	Vernet forlenges	Prosentueringsbasis
Helse Sør-Øst RHF	429	20,4	2	98	426
Helse Vest RHF	150	19,6	1	99	137
Helse Midt-Norge RHF	113	21,8	4	96	114
Helse Nord RHF	60	16,7	0	100	60
Landet	752	20,1	2	98	735

I perioden 01.10.2008-31.09.2009 ble det fattet vedtak om tvungent vern for 752 pasienter som fortsatt var under tvungent vern tre måneder senere. Raten er noe lavere for Helse Nord RHF enn for de øvrige RHF. Kontrollkommisjonene omgjør bare unntaksvis vedtaket, på landsbasis kun to prosent. Prosentueringen varierer fra fire i Midt-Norge (der raten også er høyest) til null i Helse Nord (der raten er lavest).

Tabell 2.9 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 2009 hadde vært under tvungent vern i ett år eller mer. I tillegg til absoluttallene har vi også ført opp rate i forhold antall innbyggere 18 år og eldre..

Tabell 2.9 Omfang av vedtak om samtykke til forlengelse av tvungent vern ut over ett år. 2009

	Antall kontroller	Rate per 100 000 18 år og eldre	Resultat av undersøkelsen Prosentvis fordeling		
			Vernet opphører	Vernet forlenges	Prosentueringsbasis
Helse Sør-Øst RHF	687	32,6	5	95	684
Helse Vest RHF	257	33,5	2	98	0
Helse Midt-Norge RHF	218	42,0	2	98	201
Helse Nord RHF	115	32,0	0	100	114
Landet	1277	34,1	3	97	1256

I 2009 var det totalt 1277 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år. Noen av disse vil være under tvungent vern uten døgnopphold. Ettårs kontrollen fører ikke i særlig grad til at det tvungne vernet opphører. Kun i 3 prosent av kontrollene oppheves det tvungne vernet. Kommisjonene i Helse Sør-Øst synes å ha en noe mer restriktiv praksis enn i de øvrige RHF for å forlenge vernet. Ratene for kontroll er noe høyere i Midt-Norge enn i de øvrige RHF.

2.8 Vedtak om skjerming

Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige etter psykisk helsevernlovens § 4-3 bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.

I følge Kontrollkomisjonene ble det 2009 truffet 2 218 vedtak om skjerming, en nedgang fra 2 349 i 2008. I følge data innsamlet av SINTEF Helse (Bremnes, Hatling og Bjørngård 2008), ble det i 2007 fattet i alt 2 349 vedtak om skjering overfor tilsammen 1 239 pasienter. Data fra kontrollkomisjonene samsvarer dermed godt med data fra andre kilder.

Det ble i 2009 fremmet 197 klager på skjermingsvedtak, mot 280 vedtak året før. For 2009 ble det altså fremmet klage i ni prosent av sakene. Vi kjenner ikke utfallet av behandlingen, for 2009 er det bare i 79 saker redegjort for utfallet av behandlingen (vedtak, eller at saken ble trukket).

2.9 Bruk av tvangsmidler

I følge psykisk helsevernloven § 4-8 skal tvangsmidler bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Som tvangsmiddel kan anvendes:

- a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- d. kortvarig fastholding.

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende.

2.9.1 Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler

I følge kontrollkomisjonene ble det i 2009 fattet 2 520 vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, en økning fra 2 369 vedtak i 2008. Disse tallene stemmer dårlig overens med tilsvarende data innrapportert fra institusjonene til SINTEF Helse for 2007 (Bremnes, Hatling og Bjørngaard 2008). Der ble omfanget beregnet til 4 123 ganger overfor 967 pasienter.

Det ble for 2009 fremmet klage på 448 vedtak mot 280 vedtak året før. For 2009 gjelder 443 av de 448 klagenes Helseregion Sør-Øst. Det synes derfor åpenbart at mange kommisjoner i de øvrige regioner ikke har innrapportert tallet på klagesaker. Det er for

2009 bare registrert utfall av behandlingen (kommisjonens vedtak, klagen trukket) i 42 saker. Rapporteringen er med andre ord svært mangelfull.

2.9.2 Vedtak om kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personalet til stede (isolat)

I følge kontrollkommisjonenes innrapportering ble det i 2009 truffet 267 vedtak om isolasjon, en økning fra 47 året før. Det ble for 2009 fremmet 182 klager, alle fra Helseregion Vest. Det er bare registrert utfallet av klagebehandlingen i ett tilfelle.

I følge SINTEF-rapporten er bruken av isolat på vei ut. Det er likevel åpenbart at kontrollkommisjonenes rapportering, både av klagesaker, og ikke minst utfalle av kommisjonens behandling av sakene er mangelfull.

2.9.3 Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler.

I følge kontrollkommisjonenes rapporter ble det i 2009 fattet 770 vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler, en økning fra 733 året før. SINTEF rapporterte for 2007 i alt 1804 tilfeller, fordelt på 736 personer. Det er altså rimelig samsvar i antall pasienter som er berørt. I følge kommisjonene ble det behandlet 63 klager på vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler. Utfallet av behandlingen er bare registrert i 9 tilfeller.

2.9.4 Kortvarig fastholding

I følge kommisjonene ble det i 2009 fattet 869 vedtak om kortvarig fastholding, en nedgang fra 1879 i 2008. I følge SINTEF-rapporten ble det for 2007 benyttet kortvarig fastholding i 999 tilfeller overfor 272 pasienter.

For 2009 er det registrert 87 klager, mot 13 klager året før. For 2009 kjenner vi bare utfallet for syv av de 87 sakene.

2.10 Fylkesmannens behandling av klager på tvangsmedisinering

I følge psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasient under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

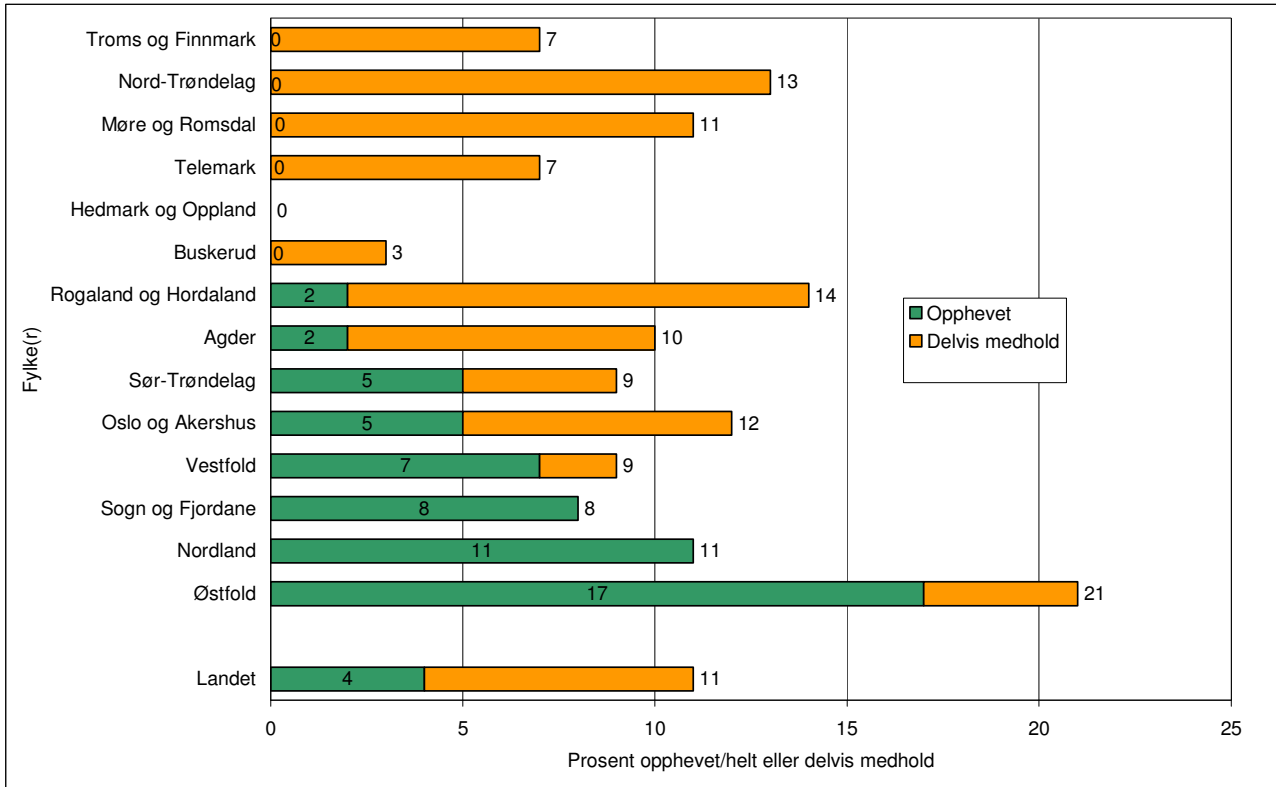
- a. Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.
- b. Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.

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 2.10 presenterer data fra fylkesmennenes tvangsmedisineringsklager, fordelt etter hvilket fylke behandlende institusjon er tilknyttet. Fylker med stort omfang av behandling over fylkesgrensene er slått sammen. Figur 2.7 viser prosentandel av klagen der vedtaket om tvangsmedisinering ble opphevet. I tillegg har vi angitt andel av klagen der klageren fikk delvis medhold. I figuren er fylkene sortert etter andel vedtak som ble opphevet.

Tabell 2.10 Tvangsbehandling med legemidler. Antall klager, prosentandel der det er gitt helt eller delvis medhold og andel av disse hvor vedtaket er opphevet. Fylke. 2009.

Fylke	Klager (antall)	Helt eller delvis medhold (prosent)	Prosent delvis medhold	Prosent av vedtakene som ble opphevet
Østfold	28	21	4	17
Oslo og Akershus	156	12	7	5
Buskerud	33	3	3	0
Hedmark og Oppland	23	0	0	0
Vestfold	67	9	2	7
Telemark	30	7	0	0
Agder	111	10	8	2
Rogaland og Hordaland	174	14	12	2
Sogn og Fjordane	13	8	0	8
Møre og Romsdal	64	11	11	0
Sør-Trøndelag	70	9	4	5
Nord-Trøndelag	16	13	13	0
Nordland	9	11	0	11
Troms og Finnmark	45	7	7	0
Sum	839	11	7	4



Figur 2.7 Fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om tvangsmedisinering innenfor det psykiske helsevernet. Prosentandel av vedtakene som ble opphevet og prosentandel av vedtakene der pasientene fikk delvis medhold. Fylker 2009.

Det ble gitt helt eller delvis medhold i klage på vedtak om tvangsbehandling med legemidler i 11 prosent av klagen. 2 av 3 fikk imidlertid bare delvis medhold. Det er store forskjeller i andel vedtak som oppheves, fra ingen klager i noen fylker, til hele 17 prosent i ett fylke.

3. Kontrollkommisjonenes årsrapporter 2009 – Velferdskontroll

I dette kapitlet oppsummeres kontrollkommisjonenes merknader vedrørende velferdskontroll. I 2009 tok kommisjonene bl.a. opp forhold som aktivitets-tilbud og bemanning. Situasjonen til psykisk utviklingshemmede med psykisk lidelse er også omtalt. Videre peker kommisjonene bl.a. på mangelfulle innleggelsesskriv fra leger, og på at det psykiske helsevern kan ha vansker med å få overført utskrivningsklare pasienter til kommunen.

3.1 Innledning

Kontrollkommisjonene har i årsrapporten et fritekstfelt, hvor direktoratet bl.a. etter-spør kommisjonenes merknader vedrørende anvendelse av regelverk og velferdskontroll jf. psykisk helsevernloven § 6-1 annet ledd. Direktoratet vil bli mer spesifikke under dette punktet for innrapporteringen for 2010.

Helsedirektoratet jobber videre med de innspillene kommisjonene gir i dette feltet. Vi har nedenfor sammenstilt teksten fra de kommisjonene som har rapportert om sin *velferdskontroll* fra 2009. Teksten er noe forkortet, og innspill som omhandler fortolkning av lov/ innspill i forhold til lovverk, er tatt ut.

Innspillene 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.

3.2 Kommentarer fra de enkelte kommisjonene

Kontrollkommisjon Østfold I

Kontrollkommisjonen har under sine ukentlige besøk på Veum blitt kontaktet av pasienter i forhold til en rekke problemstillinger knyttet til deres opphold i institusjonen.

Eksempelvis:

- spørsmål knyttet til inneklima
- spørsmål om renholdsrutiner hva gjelder så vel toaletter som pasientrom
- husordensregler og innskrenkning i bruk av mobiltelefon og PC - tilgang til daglige uteaktiviteter

Enkelte pasienter har reist spørsmål knyttet til oppfølging av kjent somatisk sykdom mens de er under tvungent psykisk helsevern på Veum, det være seg råderett over egen astmamedisin så vel som utredning i forhold somatiske symptomer.

Hva gjelder kontroll med bruk av restriktive tiltak, har kontrollkommisjonen hatt kommentarer til/stilt spørsmål til en rekke problemstillinger, blant annet hva gjelder forholdet til Pasientrettighetslovens kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon.

Eksempler:

- pasientens rett til innflytelse hva gjelder gjennomføring av skjerming
- pasientens rett til innflytelse hva gjelder bruk av tvangsmidler

Hva gjelder gjennomføring av behandling med legemidler uten pasientens samtykke, har kontrollkommisjonen hatt spørsmål knyttet til at behandling ved injeksjon bare skal gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta legemiddelet gjennom munnen.

Kontrollkommisjon Østfold II

Påpekt at enkelte ansatte har en nedlatende holdning til pasientene. Husordensregler som er strenge og praktiseringen av de, og der vi har hatt lange diskusjoner med ledelsen, og som etter KKs mening har bedret situasjonen for pasientene. Bemanningen på poliklinikkene av psykiatere og psykologer er generelt for liten. Det er vanskelig å få ansatt slike fagfolk. Dessuten er det mange oppgaver disse har som rapportering o.l. og dette går ut over behandlingen av pasientene.

Kontrollkommisjon Aker Univ. sykehus I

Det er pasienter som er utskrivningsklare, og sykehuset har et gjennomtenkt og planlagt opplegg for pasienten, men bydelen følger ikke opp sitt ansvar med å tilby opplegget. Pasienter blir værende på sykehuset mens det pågår en drakamp mellom institusjonen og bydelen. Etter det kommisjonen kan se gjelder (gjaldt) dette flere pasienter. Dette er forhold som bør avklares av overordnet helsemyndighet.

Kontrollkommisjon Akershus Område I

På Follo DPS Døgnerheten har det vært 3 pasienter på tvungent vern fra poliklinikken, som har vært frivillig på Døgnerheten. Ved ett tilfelle vurderte kommisjonen at spørsmålet om pasienten fikk forsvarlig helsehjelp skulle bringes inn til Fylkeslegen.

Kontrollkommisjon Akershus Område II

Har tatt opp bemanningssituasjon, stilt spørsmål ved observasjon når pasientene er meget godt kjent, stilt spørsmål om behandling når pasienter utskrives og blir lagt inn igjen i løpet av kort tid (14 dager - 3 uker). Kommisjonen drøfter jevnlig generelle spørsmål som f.eks. økning i beltelegging med overlegen og ellers enkeltsituasjoner. Formannen har hvert halvår møte med vedtaksansvarlige.

Kontrollkommisjon Blakstad Sykehus

Det vises til årsrapporten fra 2008. Det har forøvrig ikke dukket opp forhold som det er grunnlag for å kommentere særskilt.

Kontrollkommisjon Diakonhjemmet sykehus

Kontrollkommisjonen har i perioden vært opptatt av at vedtak truffet i medhold av psykisk helsevernlov av § 4-10, må inneholde en reel vurdering av hvor hensiktsmessig de forskjellige plasseringsalternativene er for pasienten. Kommisjonen har inntrykk av at sykehusavdelingene i økende grad er bevisst at de må vurdere om plasseringsalternativene passer for den enkelte pasient.

Kontrollkommisjon i det psykiske helsevern for barn og unge (Oslo)

1. Frivillig urinprøvetaking blir gjennomført uten at det er fattet vedtak.
2. Ved gjennomgang av tvangsprotokollene viser dette at for mange holdeepisoder blir det bare fattet et vedtak his det for eksempel har vært 3 holdeepisoder i løpet av en kveld /helg. Hvordan bør dette registreres: antall ganger eller antall vedtak? Statisk og faglig sett er det også viktig å vite at mange tvangsmiddelvedtak ofte er knyttet til få pasienter.
3. Formalkontrollen ved innleggelse av barn under 16 år med pårørendesamtykke burde vært drøftet nærmere slik at det kreves tydeligere faglig vurdering for behovet for innleggelse og en § 4-9 3mnds kontrollundersøkelse som for voksne under kap. 3 i PHVL.
4. Innholdet i hvilken rolle kontrollkommisjonen skal ha ved besøk og kontroll av poliklinikkene i barn og ungdomspsykiatrien (BUP) bør drøftes nærmere.
5. Det er fortsatt mangel på gode omsorgsplasser for ungdom mellom 16 og 20 år. Her må det bli et tettere samarbeid mellom barnevern, bydelene og spesialisthelsetjenesten. Mange familiehjem er ikke høvelige omsorgsbaser.

Kontrollkommisjon Ullevål Univ. sykehus III

Kommisjonen ba raskt etter tiltredelse om å få fremlagt avdelingens husordensregler. Etter den gjennomgangen kommisjonen gjorde, ble det pekt på at det var flere forhold i de fremlagte reglene hvor det kunne stilles spørsmål om lovstridighet. Det ble også pekt på at pasientene ved de forskjellige postene synes å ha ulike rettigheter mht blant annet bruk av telefon. Da det ble opplyst at sykehuset selv ville foreta en evaluering av husordensreglene, fant kommisjonen det hensiktsmessig å avvente resultatet av dette arbeidet. Kommisjonen har ikke fått fremlagt de reviderte husregler i 2009 og vil derfor måtte følge opp spørsmålet i 2010.

Kontrollkommisjonen har problematisert spørsmål knyttet til urinprøvetaking når slik prøvetaking har som mål å teste pasienters rusmisbruk.

På et av de faste månedlige møtene med de faglig ansvarlige, ble kommisjonen orientert om at sykehusets gymsal hadde vært stengt i 14 dager, fordi det var en usikret lampe i salen som måtte repareres, før salen igjen kunne tas i bruk. Kommisjonen tok saken umiddelbart opp med avdelingssjefen ut fra en vurdering av sykehusets plikt til å legge til rette for at pasientenes velferd blir ivaretatt på tilfredsstillende måte. Jo strengere regime pasientene er underlagt, jo viktigere er det etter kommisjonens oppfatning at forholdene legges mest mulig til rette for blant annet aktivitetstilbud. Sett hen til at svært mange av pasientene ved RSA er underlagt et meget strengt regime, ble det fra kommisjonens side klart gitt uttrykk for at det var uakseptabelt at gymsalen var stengt. Det ble på denne bakgrunn bedt om at sykehuset omgående sørget for en gjenåpning av gymsalen. Stenging av gymsal opphørte raskt.

Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming og autisme - PPU Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III har i løpet av det første året hatt tilbakevendende anmerkninger om at det skal være en personlig kontakt mellom den faglig ansvarlige og de pasienter som skal følges opp på tvungent psykisk helsevern. Det har i denne sammenheng gjentatte ganger blitt påpekt at pasienten

minimum skal undersøkes hver tredje måned, slik det forutsettes i § 4-9 i psykisk helsevernloven. Kommisjonen har også gjentatte ganger påpekt at det er truffet vedtak etter § 4-4 uten forutgående personlig undersøkelse.

Et tilbakevendende problem har vært at DPS-ene nektet å overta oppfølging av pasienter med psykiatrisk lidelse og psykisk utviklingshemming.

En av grunnene til at enkelte DPS-er nektet å påta seg oppfølging av pasienter med psykisk utviklingshemming kombinert med psykisk lidelse, kan muligens tilskrives den veilederen som er utgitt av Sosial- og helsedirektoratet om DPS-er – ISS 1388. Under pkt 4.4. Faglig kompetanse ved DPS står det følgende:

... DPS bør videre ha kompetanse på de vanligste psykiske lidelsene hos psykisk utviklingshemmede. Personer med lettere psykisk utviklingshemming vil ofte ha en utforming av psykiske symptomer tilsvarende personer med normal intelligens og bør få tilbud ved DPS. Personer med moderat og alvorlig psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse bør behandles ved sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse på området.

For pasienter i Ullevål sektor ble spørsmålet om DPS-enes oppfølgingsansvar brakt opp på direktørplan. Den tilbakemelding som ble gitt derfra, var at DPS-ene ikke kunne nekte å følge opp denne pasientgruppen.

For kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III kan det synes å være et behov for en klargjøring av hvilke oppgaver DPS-ene skal ha i forhold til pasienter med psykisk utviklingshemming kombinert med en psykisk lidelse. Dette gjelder særlig for de pasientene som skal følges opp på tvungent psykisk helsevern, men også for de pasientene som ikke er underlagt tvungent psykisk helsevern. Det er uansett viktig at det psykiatriske behandlingstilbudet blir ivaretatt på tilfredsstillende måte. Ansvarsforholdet mellom DPS og habiliteringstjenesten bør også avklares.

Ved at denne pasientgruppen er særlig sårbar, bør det etter kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål IIIs mening også vurderes om det bør legges til rette for et tilstedeværende kontrollorgan, og ikke som i dag hvor det bare er de som er på tvungent psykisk helsevern som følges opp av kontrollkommisjonen.

Kontrollkommisjon for Oslo universitetssykehus, Ullevål III mener ganske bestemt at det er et sterkt behov for at overordnet helsemyndighet gir veiledning om hvordan pasienter med psykisk utviklingshemming kombinert med en psykisk lidelse skal ivaretas på best mulig måte i et rettsikkerhetsmessig perspektiv.

Et spørsmålet er hvor lang tid en bydel kan bruke på å fremskaffe et tilbud til en utskrivningsklar pasient og hvilke plikter sykehuset har i en situasjon hvor bydelen ikke følger opp sitt ansvar. Dette er begge utfordrende spørsmål som med fordel burde avklares av overordnet helsemyndighet.

Kontrollkommisjon Sykehuset Innlandet HF Avdeling Reinsvoll

De privatpraktiserende legene bør minnes på kravene for innleggelse under tvang, og at disse vurderingene skal fremgå av henvisningen.

Mange som blir innlagt etter § 3-2, blir svært fort overført til § 2-1.

Vi føler behov for regionale samlinger for KK, f.eks. Oppland og Hedmark. Vi mener vi jobber noe forskjellig.

Kontrollkommisjon Psyk. avd. og Drammen psyk.senter, Sykehuset Buskerud HF

Pasientene mangler aktivitetstilbud ved psykiatrisk avdeling Lier. Situasjonen burde være kjent.

Kontrollkomisjon Vest-Agder

Det er litt usikkerhet mht hvordan kontroll ved poliklinikker skal gjøres. Der finnes tvangsprotokoller for medisinerer, men ellers treffes i praksis aldri pasienter under tvungent psykisk helsevern ved besøk der. Også dette har vært nevnt tidligere år, og en veiledning og avklaring av hvilke tilsyn som forventes kunne være greit

Kontrollkomisjon I - psykiatrisk klinikk, Stavanger Uni.sykehus (Midt-sektor)

Kommisjonen finner det utfordrende å føre et inngående tilsyn med det som må anses som mindre inngripende innskrenkninger i pasientens handlefrihet; Eksempel; tur bibliotek, røyking utenfor, lufting (for lukkede avdelinger) mv. Kommisjonen antar at det her kan være tilfeller av urimelige nektelse av legitime ønsker fra pasientene. Det er imidlertid svært vanskelig å avdekke denne type praksis. Kommisjonen er da avhengig av nær dialog med pasienter som ofte ikke er spesielt motivert eller på annen måte rede til å utgreie slike problemstillinger.

Kontrollkomisjon Valen sykehus, Stord DPS og Folgefonn DPS

Kontrollkomisjonen har bede Helse Fonna vurdere drifta/tilbod og opphald ved Stord DPS. Dette på bakgrunn av klage frå pasientar og eigne observasjonar. Ein har også teke opp med helsetilsynet i fylke problem knytt til innleggingskriv frå fastlege/innleggjande lege. Dette då desse har vore mangelfulle.

Kontrollkomisjon Nordhordland, Midhordland og Sotra

Kontrollkomisjonen har også i 2009 kontrollert om pasienter som mangler samtykkekompetanse har vært frivillig innlagt i institusjon for behandling av psykiske lidelser. Det ble ikke funnet slike tilfeller i 2009.

Kontrollkomisjonen har med DPS'er gjennomgått reglene for overføring av pasienter til annen institusjon, derunder hvordan tilfeller av "dobbeltvern" bør behandles. Som grunnlag for dette er benyttet Sosial- og Helsedirektoratets skriv til Kontrollkomisjon II for Lovisenberg Diak. sykehus datert 03.10.2007.

Kontrollkomisjon Nordmøre og Romsdal HF - psyk. avd.

I forbindelse med årsrapporteringene for 2007 og 2008 har kontrollkomisjonen gitt uttrykk for at behandlingsforholdene for pasientene ved Voksenpsykiatrisk avdeling ved Molde sjukehus, avdeling Hjelset, der bl.a. de tvangsinnlagte pasientene har opphold, har vært meget vanskelige og bekymringsfulle. Dette har i særlig grad hatt sammenheng med en meget omfattende og gjennomgripende nedbygging- og omstillingsprosess ved avdelingen. Det er i nevnte rapporter vist til at prosessen har skapt uro, medført at nøkkelpersoner har sluttet eller gått over i andre stillinger, noe som igjen har medført uro og usikkerhet hos pasientene.

Kontrollkomisjonen har imidlertid inntrykk av at forholdene nå har roet seg i vesentlig grad, noe som trolig har sammenheng med at nedbygging- og omstillingsprosessen langt på veg er avsluttet.

Kontrollkomisjonen har også siste året også hatt regelmessige møter med sykehets ledelse. Her blir aktuelle temaer som har sammenheng med pasientenes behandling og velferd fortløpende drøftet. Kontrollkomisjonen ser disse møtene som svært nyttige.

Kontrollkomisjonen har merket seg at de økonomiske ressursene til byningsmessig vedlikehold er svært begrenset. Selv enkle byningsmessige tiltak som kan medvirke

til å lette pasientenes behandlingmessige situasjon, har det vært vanskelig å finne midler til. Trolig kan dette ha sammenheng med at Molde sjukehus sitt vedlikeholds- budsjett f.t. er svært begrenset.

Kontrollkommisjonen finner også denne gang grunn til å gi honnør til personalet på institusjonene. De har stor omsorg for pasientene, og gjør sitt beste for at de skal få nødvendig behandling og oppfølging.

Kontrollkommisjon Midt- og Vest-Finnmark

Kontrollkommisjonen søker å holde seg orientert om nyheter til enhver tid på velferdsfronten. Så vel personale som pasienter har uttrykt bekymring for hva som vil skje med velferdstilbudene etter at opptrappingsplanen innen psykiatrien er avsluttet. Annet (vedr. andel tid medgått til ulike arbeidsoppgaver): Henvendelser fra pasienter om ulike forhold, men spesielt at det legges for sterke restriksjoner på røykavhengige og at det gjøres for lite m.h.t. tilrettelegging for dem. Ellers spenner pasienthenvendelsene over et vidt spekter, så som misnøye med medisiner, misnøye med behandlingstilbudet, etterlysning av velferdstiltak, og endelig direkte betroelser uten tilknytning til institusjonsoppholdet.

Kontrollkommisjon Sørlandets Sykehus, Arendal 2

Kontrollkommisjonen har hatt lite dokumentkontroll da de aller fleste innenfor vårt myndighetsområde er innlagt på frivillig grunnlag. Vi har imidlertid rutine med å gjennomgå alle innleggelser på ungdomsklinikken selv om disse i utgangspunktet er frivillige. Dette gjøres for å kontrollere barnets oppfatning av innleggelsen, og for å forberede oss før besøkene på klinikken.

Vedlegg

Tabell V1 Døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet godkjent for tvungent psykisk helsevern. Rapportering av bruk av tvang. 2009.

RHF/ HF/ Institusjon	Døgn- opph. ekskl. over- føringer	Tvungen obs (andel)	Tvungent psykisk helsevern (andel)	Henv. formalitet mangler (andel)	Første spesialist- vedtak mangler (andel)	Begrunnelse for vedtak mangler (andel av TPH)	Analyse- utvalg
Helse Sør-Øst RHF							
Sykehuset Østfold	1 846	19	5	10	0	0	Ja
DPS Fredrikstad	218			12	0		Ja
Akershus Universitetssykehus	1364	16	9	66	0	100	Ja
Aker universitetssykehus	899	13	15	72	0	4	Ja
Ullevål universitetssykehus	1032			18	70	78	Nei
Sykehuset Innlandet	2337	9	4	18	0	2	Ja
DPS Gjøvik	488	5	3	87	0	0	Ja
Sykehuset Buskerud	1 008	16	9	11	2	37	Ja
Blakstad sykehus	742	18	17	58	0	2	Ja
Psykiatrisk senter Bærum	140			13	0		Ja
Drammen psyk. senter	180		6	18	0	90	Ja
Kongsberg sykehus	195			19	0		Ja
Psykiatrisk senter Asker	115			48	0		Ja
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	1 268	12	10	0	0	100	Ja
Nordre Vestfold DPS	189	1	7	0	0	100	Ja
Søndre Vestfold DPS	163	1	15	0	0	100	Ja
Sykehuset Telemark	974	10	16	3	0	1	Ja
DPS Notodden/Seljord	306			23	27	11	Nei
DPS Skien	153		3	3	0	0	Ja
Sørlandet sykehus Kristiansand	1 976	12	18	49	0	4	Ja
DPS Aust-Agder	566			8	0		Ja
Oslo Hospital	29		3	97	0	100	Ja
Diakonhjemmets sykehus	698	3	17	57	0	100	Ja
Lovisenberg diakonale sykehus	956	9	16	2	0	0	Ja
NKS Grefsenlia	26			0	0		Ja
Furukollen psykiatriske senter	2	*	*	0	0	100	Ja
Bergfløtt behandlingssenter	12			0	0		Ja
Skjelfoss psyk. senter	2	*	*	0	0	100	Ja
DPS Vinderen	248	0	1	4	0	100	Ja
Helse Vest RHF							
Stavanger univ.sjukehus	1 505	17	11	0	0	2	Ja
Stavanger DPS	223		2	1	0	0	Ja
Sandnes DPS	232	0	2	0	0	0	Ja
Dalane DPS	58			0	0		Ja
Ryfylke DPS	131			0	0		Ja
Sola DPS	324	1	2	1	0	0	Ja

RHF/ HF/ Institusjon	Døgn- opph. ekskl. over- føringer	Tvungen obs (andel)	Tvungent psykisk helsevern (andel)	Henv. formalitet mangler (andel)	Første spesialist- vedtak mangler (andel)	Begrunnelse for vedtak mangler (andel av TPH)	Analyse- utvalg
Valen sjukehus	245	18	20	61	0	8	Ja
Haugesund sjukehus	478	9	21	10	0	6	Ja
Stord DPS	168			6	1		Ja
Haugaland DPS	441	0	15	43	0	2	Ja
Folgefonn DPS	93		4	12	0	0	Ja
Haukeland univ.sjukehus	1 973	17	15	50	0	5	Ja
Bjørgvin DPS	682		0	50	0	100	Ja
Helse Førde	500	7	5	10	0	100	Ja
Indre Sogn psykiatrisenter	104		5	11	0	100	Ja
Nordfjord psykiatrisenter	153		1	15	0	100	Ja
NKS Olaviken alderspsyk sykehus	153	7	11	3	0	100	Ja
Jæren DPS	506	4	11	0	0	100	Ja
Helse Midt-Norge RHF							
Ålesund sjukehus	1 080			36	22	100	Nei
Molde sjukehus	552			12	75	100	Nei
St Olavs hospital	1 680			14	28	100	Nei
Orkdal DPS	390			46	67		Nei
Tiller DPS	256			63	37	100	Nei
Nidaros DPS	313			58	32	100	Nei
Sykehuset Namsos	320			30	98	100	Nei
Sykehuset Levanger	686			31	100		Nei
DPS Stjørdal	151			35	100		Nei
Betania psyk senter Sparbu	80			50	100		Nei
DPS Kolvereid	31			52	16		Ja
Helse Nord RHF							
Nordlandssykehuset, Saltén	1 420	8	7	28	0	2	Ja
Universitetssykehuset i Nord-Norge	1 134	16	21	10	0	0	Ja
Psyk senter for Tromsø og omegn	848	4	10	12	0	0	Ja
DPS Sør-Troms	147			15	0		Ja

Datakilde: NPR

Tabell V2 Datagrunnlag. Døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Antall døgnopphold, antall pasienter, antall vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern og antall tvangsinnlagte pasienter. 2009.

	Døgnopphold	Pasienter	Vedtak om tvungen observasjon	Vedtak om tvungent psykisk helsevern	Pasienter med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern
Analyseutvalg	28 343	16 592	2 897	2 847	4 085
Døgninstitusjoner godkjent for TPH	35 189	20 475			
Alle døgninstitusjoner	44 714	25 064			

Datakilde: NPR

Tabell V3 Døgnopphold ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Etter institusjonstype. Analyseutvalg. 2009.

Spesialistvedtak	Antall			Andel		
	Sykehus	DPS oa	Totalt	Sykehus	DPS oa	Totalt
Frivillig	15 995	6 413	22 408	74,5	93,9	79,3
Frivillig kontrakt	104	10	114	0,5	0,1	0,4
Tvungen observasjon	2 808	89	2 897	13,1	1,3	10,3
Tvungent psykisk helsevern	3 534	313	2 847	11,8	4,6	10,1
Annen lovhjemmel	27	1	28	0,1	0,0	0,1
Ikke registrert	37	12	49			
Totalt	21 505	6 838	28 343	100	100	100
Representativitet	80 prosent	83 prosent	81 prosent			

Datakilde: NPR

Referanseliste

Bjørngaard, J.H. (red): *Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007, kapittel 6 "Tvangsinnleggelser"*. 2008.

Bremnes, R., Bjørngaard, J.H., Hatling, T.: *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001 – 2006. Sluttrapport*. SINTEF-rapport A4319. 2008.

Bremnes, R., Bjørngaard, J.H., Hatling, T.: *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*. SINTEF-rapport A8231. 2008.

Bremnes, R., Bjørngaard, J.H., Hatling, T.: *Bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg i 2007. Bruk av legemidler uten samtykke utenfor institusjon i 2007*. SINTEF-rapport A8237. 2008.

Bremnes, R., Jensberg, H.: *Kontroll av rapporterte institusjons- og pasientdata om tvangsbruk, vedtak om skjerming og tvangsbehandling*. SINTEF-rapport A11381. 2009.

Pedersen, P.B. (red): *Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008, kapittel 5 "Tvangsinnleggelser"*. 2009.

Psykisk helsevernloven (LOV-1999-07-02-62) Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).



Postboks 7000, St. Olavs plass
0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helseDirektoratet.no