

Omfang av tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern 2007-2009

En kvantitativ studie av kontrollkommisjonenes årsrapporter

Dag Øystein Langerud

Universitetet i Agder

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Master i psykisk helsearbeid

Grimstad

Kull 2008

Juni 2011

12.000 ord

Forord

Det var naturlig for meg å velge en oppgave om tvang i psykiatrien til min masteroppgave.

Med bakgrunn fra diakoniutdanning var jeg opptatt av hvordan vi møter mennesker i nød. Med bakgrunn fra administrasjon og helseplanlegging var jeg opptatt av spørsmål som gjelder bedriftskultur, opplæring, kvalitetssikring og systemproblematikk. Med bakgrunn fra jusstudier var jeg opptatt av rettsikkerhet og menneskerettigheter og det formelle grunnlag for å anvende tvang. Med bakgrunn som fengselsansatt kunne jeg også ta med meg erfaring herfra.

Med bakgrunn som sykepleier var jeg opptatt av etiske spørsmål, menneskeverd, hjelperoller og faglig forsvarlighet. I et yrke som sykepleie hvor empati står sentralt kan det være problematisk å innlemme bruk av tvangsmidler i sitt handlingsrepertoar. Med videreutdanning i psykisk helsearbeid fra en psykososialt orientert utdanningsinstitusjon er jeg opptatt av alternativer til den tradisjonelle medisinske psykiatrien.

Som pårørende til tvangsinnlagt pasient har jeg opplevd angsten og dramatikken rundt tvangsinnleggelse og sett dette fra brukerperspektiv. Frykten var at min nærmeste ikke ble ivaretatt med respekt og verdighet i en akuttavdeling hvor jeg selv hadde sett mange overtramp.

Jeg retter en spesiell takk til min kunnskapsrike veileder, professor Kjell Kristoffersen for interessante diskusjoner og gode råd underveis med denne oppgaven.

Arendal, 10. mai 2011

Sammendrag

Dette er en kvantitativ studie av for å se omfanget av tvangstiltak innen psykisk helsevern i Norge og forskjeller i omfang mellom helseregionene. I studien er benyttet tall fra kontrollkomisjonenes årsmeldinger for årene 2007, 2008 og 2009. Datamaterialet gjorde det mulig å måle forskjeller i tvangsmiddelbruk mellom de 4 helseregionene. Funn viste en generell økning i tvangsmiddelbruk på landsbasis på 12,5 % i perioden 2007 til 2009. Dette til tross for myndighetenes sterke satsing på å få ned tvangsmiddelbruken. Andel tvangsvedtak gir en gjennomsnittlig rate på 127,1 per 100000 voksne innbyggere i treårsperioden med høyest verdier for tvangsbruk i Helse Sør-Øst. Bruk av mekaniske tvangsmidler, belter, reimer og spesialklær viste en jevn økning i hele treårsperioden med høyest forekomst i Helse Sør-Øst. Korttidsvirkende legemidler og isolasjon som tvangsmiddel viste en økning i hele treårsperioden. Anvendelse av fastholding som tvangsmiddel økte fra 2007 til 2009 med en topp i 2008. Utfordringene for Helse Sør-Øst er å få ned tvangsbruken totalt sett. Tvangsbruken må halveres for å komme på nivå med de andre helseregionene. Mekaniske tvangsmidler ligger stabilt svært høyt i hele treårsperioden og er det mest brukte tvangsmiddelet i denne helseregionen. Også for fastholding er det stabilt høye verdier. Kun for isolasjon er tallene lave. Utfordringene for Helse Vest må være å få ned bruken av isolasjon som viste en sterk økning fra 2008 til 2009. Etter et toppår i 2008 for fastholding og mekaniske tvangsmidler har man lyktes å få dette betydelig redusert i 2009, men likevel ligger bruken av tvangsmidler i 2009 totalt sett over 2007-nivå i denne helseregionen. Utfordringene for Helse Midt-Norge synes å ligge på den generelle økningen i det samlede antall tvangsvedtak i treårsperioden. Økningen her er på 220 %. I Helse Midt-Norge er korttidsvirkende legemidler det mest brukte tvangsmiddelet i treårsperioden. Utfordringene for Helse Nord må være å snu trenden for mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler. Helse Nord lyktes i å få ned bruken av fastholding fra 2008 til 2009. I Helse Nord var mekaniske tvangsmidler det mest brukte tvangsmiddelet i treårsperioden.

Søkeord:

Tvang tvangsmiddel tvangsbehandling omfang psykisk helsevern kontrollkomisjon Norge

Abstract

A quantitative survey was implemented to investigate the prevalence of coercive measures within Mental Health Care in Norway. Data from the supervisory commission annual reports from 2007, 2008 and 2009 were analysed. The data material made it possible to study differences in prevalence between the 4 different Administrative Health Regions in Norway. Findings indicates an 12,5 % increase in general use of coercive means in Norway from 2007 through 2009, this fact in spite of the governments campaign in order to reduce application of coercive measures. The level of coercive decisions holds a ratio of 127,1 per 100.000 adult inhabitants in Norway with the highest levels in the Region South-East. Mechanical coercive means, such as belts, straps and special clothing showed an even increase prevalence curve every year from 2007 through 2009 with highest levels in the Region South-East. Use of short term medication as a coercion mean also showed an increase curve in prevalence every year from 2007 through 2009. Use of seclusion as a coercion mean showed an increased curve every year from 2007 through 2009. Use of obstruction as a coercion mean had an increase from 2007 through 2009 with a peak in 2008. The problem in Region South-East is the very high total use of coercion means compared to the other 3 regions. The prevalence here must be reduced with more than 50 % to reach the average level. Mechanical coercion means shows very high values all 3 years and is the most frequently used coercion mean in this region. Obstruction as a coercion mean shows high values compared to other regions. The problem in Region West is to reduce the use of isolation as a coercion mean after a strong increase from 2008 through 2009. After a peak in 2008 on obstruction and mechanical coercion means the region seems to have succeeded in reducing the level in 2009, but the total prevalence of coercion means was still higher in 2009 than the 2007 level. The problem in Central Part Region is the strong increase tendency in total prevalence of coercion means. The increase is 220 percent in the 3-year period. In this Region medication is the most frequently used coercion mean. The problem in Region North is the increasing use of mechanical coercion means and medication. Region North successfully reduced high levels of obstruction from 2008 through 2009. In this region mechanical coercion means was the most frequently used coercion mean in the 3-year period.

Coercion means measures prevalence mental health supervisory_commission Norway

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	3
1.1 Begrunnelse for valg av emne.....	3
1.2 Høy forekomst av tvang i Norge.....	4
1.3 Hvor ligger problemet?	4
1.4 Et lovverk uten jurister.....	5
1.5 Opplevd tvang	5
1.6 Kritikken av tvang	5
1.7 Målsetting om redusert bruk av tvang.....	6
1.8 Avgrensning av oppgaven.....	7
1.9 Problemstillinger.....	8
2.0 TEORI.....	9
2.1 Definisjoner av tvang.....	9
2.2 Tvang i et etisk perspektiv	9
2.2.1 Etske dilemmaer	9
2.2.2 Etske argumenter for bruk av tvang.....	10
2.2.3 Metode for å drøfte etske dilemmaer	11
2.2.4 Yrkesetske retningslinjer	11
2.3 Juridisk perspektiv på tvang.....	11
2.3.1 Menneskerettigheter og rettssikkerhet	11
2.3.2 Tvang og nødrettsbestemmelser.....	12
2.4 Lover og forskrifter som regulerer bruk av tvangsmidler	13
2.4.1 Psykisk helsevernloven (phvl.)	13
2.5 Om tvangsmidler.....	14
2.5.1 Vilkår for å iverksette tvangstiltak.....	15
2.5.2 Hensynet til pasienten veier tungt.....	16
2.5.3 Hvem kan gjøre vedtak om tvangsmidler?.....	16
2.5.4 Formelle krav til bruk av tvangsmidler	17
2.5.5 Registrering av bruk av tvangsmidler	17
2.5.6 Klageordning for tvangsmiddelbruk	17
2.6 Tidligere forskning	18
2.6.1 Forskning på omfang av tvangsmiddelbruk i Norge	18
2.6.2 Forskning på opplevd tvang	19
2.6.3 Forskning på helsepersonells holdninger til tvangsbruk	19
2.6.4 Tvangsforskning.no (Netfort)	20
3.0 METODE.....	21
3.1 Generelt.....	21
3.2 Valg av forskningsdesign og metode	21
3.3 Begreper innen medisinsk statistikk	21
3.4 Indikatorbasert kvalitetssikring	22
3.5 Utvalg	23
3.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	23
3.7 Om kontrollkommisjonenes virksomhet	23
3.8 Helseregioner i Norge	24
3.9 Datainnsamling	26
3.10 Systematisering og analyse av datamaterialet.....	26
3.11 Etisk aspekter ved studien.....	26
4.0 RESULTAT PROBLEMSTILLING A:	27
4.1 Generelt.....	27
4.2 Funn i henhold til problemstilling A. Tvangsmidler 2007-2009.....	27
4.2.1 Tvangsmiddelbruk 2007-2009. Hele landet. Nominelle tall.	27
4.2.2 Tvangsmidler 2007-2009. Utviklingstrekk.	29
4.2.3 Tvangsmidler 2007-2009	30
5.0 RESULTAT PROBLEMSTILLING B.....	34
5.1 Tvangsmidler 2007-2009. Regionale funn.....	34
5.1.1 Prosentvis fordeling av tvangsvedtak mellom helseregionene.....	35
5.1.2 Tvangsvedtak ratejustert etter befolkning i helseregionenes opptaksområde	36

5.1.3	Tvangsvedtak Helse Sør-Øst RHF 2007-2009	38
5.1.4	Tvangsvedtak Helse Vest RHF 2007-2009	39
5.1.5	Tvangsvedtak Helse Midt-Norge RHF 2007-2009	40
5.1.6	Tvangsvedtak Helse Nord RHF 2007-2009	41
5.1.7	Vedtak om mekaniske tvangsmidler § 4-8, 2 a. 2007-2009	42
5.1.8	Vedtak om isolering § 4-8, 2 b. 2007-2009	43
5.1.9	Vedtak om korttidsvirkende legemidler § 4-8, 2 c. 2007-2009	44
5.1.10	Vedtak om fastholding som tvangsmiddel § 4-8, 2 d. 2007-2009	45
6.0	DISKUSJON	46
6.1	Metodeevaluering	46
6.2	Drøfting av funn	47
6.3	Betydning for praksis	48
6.4	Utfordringer videre fremover	50
6.4.1	Forslag til tiltak:	50
6.5	Konklusjon	51
	LITTERATUR	53
	VEDLEGG	56

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Begrunnelse for valg av emne

I møte med pasienter ved psykiatrisk akuttavdeling opplevde jeg krysspress i forhold til oppgaver og forventninger fra arbeidsgiver på den ene siden og tanker om egen yrkesetikk som psykiatrisk sykepleier på den andre. Å trøste i det ene øyeblikket for så å aksjonere med maktmidler mot samme person i neste øyeblikk, ble en vanskelig balansegang. Pasienten forsto ikke min dobbeltrolle og det ble umulig å bygge opp en god allianse. Mange situasjoner hvor tvangsmidler ble anvendt opplevde jeg lå i grenseland for det faglig forsvarlige og hvor jeg følte at menneskeverdet ble krenket. Bruk av tvangsmidler var ikke i samsvar med mine idealer som sykepleier, hjelper og medmenneske.

Kun unntaksvis kunne jeg se at tvangsmidler var eneste utvei. Dette kunne være rene nødsituasjoner hvor liv sto på spill eller katastrofe truet. Da fantes ikke så mange handlingsalternativer eller tidsfaktoren var avgjørende. Men i situasjoner som mindre regelbrudd eller ordensforstyrrelser ute i avdelingen, var det oftest unødvendig å ty til bruk av tvangsmidler. Jeg opplevde dette som misbruk av makt og manglende respekt for pasienten. Alternativer til tvangsbruk ville vært hensiktsmessig å forsøke i mange situasjoner, for eksempel dialog eller forhandlinger, bruk av mer tid på å løse situasjonen, roe ned, mer kreativitet for å møte pasienten i sin verden. Tvangsmidler må være en aller siste utvei, på linje med nødrettsbestemmelser ellers i samfunnet. Utfordringen må være å begrense bruken av tvangsmidler til et absolutt minimum.

Jeg fattet interesse for hvor stort omfanget av bruk av tvangsmidler var og om det strenge regelverket for rapportering fungerte som det skulle. Etter å ha jobbet ved akuttavdelinger i andre landsdeler virket det også som om det kunne være ulik praksis fra sykehus til sykehus. Hva skyldtes dette? Var regelverket uklart eller kunne det tenkes at praktisering av tvangsmidler hadde noe med bedriftskultur eller tradisjoner å gjøre? Hvor godt var rettssikkerheten til pasientene ivaretatt? Hvor grundig ble en situasjon vurdert før en avgjørelse ble tatt? Hva lå egentlig til grunn for vedtakene som ble gjort, var de forankret i et klart regelverk eller var mye basert på skjønn. Ga

lovverket faglig ansvarlig klare nok retningslinjer til å kunne fatte beslutninger eller lå det hovedsakelig tolkninger til grunn?

1.2 Høy forekomst av tvang i Norge

Norge ligger utvilsomt høyt på statistikken over antall tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler i internasjonale sammenligninger, i noen undersøkelser ligger vi helt på topp i Europa. Flere anerkjente norske forskere er enige om det (IS-1370B, 2009). Dette er et paradoks i et land som Norge som jo er kjent som en fredselkende nasjon og står i fremste rekke når det gjelder å kjempe for menneskerettigheter, frihet og toleranse på alle områder. Her er det noe som ikke helt harmonerer.

Det er også påvist at praktisering av tvangsmidler varierer sterkt fra landsdel til landsdel og at det er urovekkende høy forekomst enkelte steder. Hvordan er dette mulig i et system som innehar så høy faglig kompetanse og som er så velregulert med lover og regler, kontroll og tilsyn? Og hvorfor får det ikke konsekvenser når avvik påvises? Hvorfor bruker ikke tilsynsmyndigheten sterkere virkemidler for å rette på situasjonen?

1.3 Hvor ligger problemet?

Professor i medisinsk etikk Jan Helge Solbakk tar opp spørsmålet om tvangsbruk i en artikkel i tidsskriftet Dagens Medisin og spør:

Er nordmenn galere enn mennesker i andre europeiske land? Har hordalendinger større behov for tvungent psykisk helsevern enn rogalendinger og tromsøværingene?
(Dagens Medisin, 2001)

Han stiller disse spørsmål etter å ha lest en SINTEF rapport fra 2001 (SINTEF, 2001) som beskriver den høye tvangsbruken ved norske psykiatriske sykehus sammenlignet med statistikk fra andre europeiske land. Svaret er selvsagt ”nei”. Nordmenn er ikke galere enn andre. Hordalendinger har ikke mer behov for tvangsmidler. Det neste og mer alvorlige spørsmål han da stiller er: *Bedriver norske psykiatere stortilt overbehandling på tvangsbehandlingens område eller eksisterer det i norsk psykiatri en særskilt væremåte vis-à-vis fenomenet tvang?*

Hvorfor og hvordan foregår denne overbehandlingen og hvorfor er dette blitt et særnorsk fenomen? Hva skiller våre psykiatriske institusjoner fra institusjoner i våre

naboland og resten av Europa? Hvordan kan vi forsvare dette? Hva kan gjøres for å få redusere tallene?

1.4 Et lovverk uten jurister

Psykisk helsevern er regulert av et omfattende og komplisert lovverk. Tvangsparagrafene i psykisk helsevernloven er de mest drastiske innen norsk lovgivning (Sanden, 2007). Til tross for at det er slik, forvaltes dette lovverket ikke av jurister og domstoler, men av personell uten formell juridisk kompetanse. Uten noen form for rettergang eller med advokat til stede kan en lege, som er en juridisk legmann, iverksette frihetsberøvelse av en borger og gi klarsignal til bruk av drastiske tiltak som isolat, nedleggelse, medisiner og bruk av reimer for å binde fast mennesker. Og gruppen som utsettes for dette, tilhører de mest sårbare individene i vårt samfunn.

1.5 Opplevd tvang

Vi vet ikke hvordan tvang oppleves for den det rammer og hvordan tvang påvirker et behandlingsforløp. Vi vet lite om seinvirkninger av opplevd tvang, om traumatisering, stress og reaktive reaksjoner og om tvang kan være direkte antiterapeutisk og forverrende for tilstanden. Det vi vet, er at det finnes mange eksempler på krenkende tvang som har ødelagt livet til psykisk syke mennesker og i noen tilfeller vet vi det har ført til selvmord. Alt dette understreker alvoret i situasjonen og at tvang må utøves med ytterste varsomhet.

Respekt for menneskers selvbestemmelse, personlig frihet og integritet er grunnleggende menneskerettigheter. Autonomi er en personlig rett til handlefrihet i saker som angår en selv. En person foretar valg i samsvar med egne normer og planer. Å overstyre dette blir en form for paternalisme som har mye til felles med umyndiggjøring.

1.6 Kritikken av tvang

Psykisk helsevernloven er omdiskutert og oppleves av mange brukere som undertrykkende, diskriminerende og stigmatiserende (IS-1370B, 2009). Loven er sannsynligvis også i strid med en ny internasjonal konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter som Norge er i ferd med å forplikte seg overfor. Vår omdiskuterte psykisk helsevernlov kan stå for fall i sin nåværende form.

Allerede i 1988 uttalte høyesterettsdommer Ketil Lund seg undrende til tvangsbruk i psykiatrien. ”De gjeldende innesperringsregler må først og fremst ses i lys av tradisjonsbestemte forhold av kulturell og sosial karakter. Det er ikke grunnlag for å hevde at sinnslidende (...) har et særlig behov eller er spesielt egnet for innesperring eller behandling under tvang” (NOU 1988:8).

Kritikken av tvang går hovedsakelig på kritikk av psykisk helsevernloven, kritikk av fagprofesjonene og kritikk av tjenestetilbudets utforming. Mange pasient- og brukerorganisasjoner i Norge jobber aktivt for å sette søkelys på saken bl.a. Mental Helse Norge, Aurora støtteforening, Organisasjonen Hvite Ørn, Fampo og We Shall Overcome (WSO). Det er også fremsatt kritikk av kontrollkommisjonene. Det hevdes at det noen steder kan være for tette bånd mellom kontrollkommisjonens leder og faglig ansvarlig (IS-1370B, 2009).

Kritikere av norsk psykiatri mener psykisk helsevernloven strider mot menneskerettskonvensjonen på flere punkt bl.a. Artikkel 3 som forbyr tortur samt "umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff" og Artikkel 5 ”Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet.” (IS-1370B, 2009).

International Commission of Jurists (ICJ-Norge) er svært kritisk til tvang i psykiatrien. Også internasjonalt er bruk av tvang i psykiatrien svært omdiskutert. (Wikipedia 2011).

Amnesty International har engasjert seg i å forebygge tvangsovergrep i helsesektoren. Organisasjonen er særlig bekymret over problemer med tvangsinnleggelse. (Amnesty, 2011)

1.7 Målsetting om redusert bruk av tvang

Det har vært et erklært helsepolitisk mål i flere tiår å få ned bruken av tvang innen psykisk helsevern. Gode tverrpolitiske målsettinger, omfattende utredningsarbeid, samarbeid med brukerorganisasjoner, utvikling av kvalitetssikringssystemer, forskning og kompetanseheving til tross, vedvarer situasjonen i Norge med urovekkende høye tvangstall.

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) innebar en storstilt økonomisk og personellmessig satsing. Til tross for at psykiatriske sykehusavdelinger har fått 1000 flere årsverk siden 1998, øker tvangsmiddelbruken og bruken av skjerming i det psykiske helsevernet. Tall fra Helsedirektoratet viser at 39 prosent flere pasienter i det psykiske helsevernet ble utsatt for tvangsmidler og skjerming i 2007 enn i 2001 (SINTEF, 2008). Dette er bekymringsfullt.

Mye tyder på at tvang nå forekommer hyppigere enn noen gang, til tross for at alle innser at omfanget må begrenses til et absolutt minimum. Det ligger her en utfordring i å utvikle gode alternativer til tvang og til en etisk bevisstgjøring omkring fenomenet.

Spørsmålene Solbakk tok opp for 10 år siden er fortsatt høyaktuelle. Har tiden stått stille?

1.8 Avgrensning av oppgaven

Dette er en oppgave om å måle omfang i bruk av tvangsmidler i Norge. I første omgang ville jeg undersøke om tallmateriale fra en anerkjent kilde kunne si noe om bruk av tvangsmidler i landet generelt og om variasjoner i tvangsbruk mellom landsdeler spesielt. Hvis jeg fant variasjoner, kunne jeg si noe om hvor i landet utfordringene var størst. Om problemet kun gjaldt for et avgrenset område ville det være feil å angripe problemet på generell basis. Jeg var kjent med at offisiell statistikk på dette området ikke var tilgjengelig på grunn av svikt i rapporteringssystemene fra helseregionene til Norsk pasientregister siste 3 år. Dette er tatt opp i flere rapporter bl.a. "Kontroll av rapporterte institusjons- og pasientdata om tvangsmiddelbruk, vedtak om skjerming og tvangsbehandling (SINTEF, 2009).

Tilgjengelig hadde jeg imidlertid et omfattende, komplett tallmateriale fra kontrollkommisjonenes årsmeldinger for 2007, 2008 og 2009.

På bakgrunn av dette formulerte jeg følgende problemstillinger:

1.9 Problemstillinger

Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern 2007-2009

- A: Hvor stort er omfanget av tvangsmiddelbruk på landsbasis i henhold til kontrollkomisjonenes årsmeldinger og hva slags utviklingstendenser kan påvises i 3-årsperioden?
- B: Hvor stort er omfanget av tvangsmiddelbruk i helseregionene i henhold til kontrollkomisjonenes årsmeldinger og kan det påvises variasjoner i tvangsmiddelbruk mellom helseregionene?

2.0 TEORI

2.1 Definisjoner av tvang

En anerkjent definisjon av tvang er: "Fravær av autonomi" (Wertheimer, 1993).

Autonomi er en personlig rett til handlefrihet i saker som angår en selv. Personen foretar selv valg i samsvar med egne normer og planer. Autonomi innebærer selvstendighet, uavhengighet, evne til å vurdere alternative valg og til å trekke konklusjoner. Autonomi forutsetter fornuft, forståelse og rasjonalitet. (Natvig, 1993)

Den norsk-amerikanske statsviteren Robert A. Dahl's tar utgangspunkt i maktbegrepet og definerer makt som det at en person kan få en annen person til å gjøre noe han ellers ville ha gjort. *Hvis en person (eller instans) med fysisk eller psykisk makt tvinger gjennom sin vilje over for en annen, dreier det seg om tvang* (Wikipedia, 2011B). Dahl graderer tvang på en skala fra 1-6 hvor tvang slik den er anvendt i psykiatrien (coercion) er grad 5. Tortur og vold er grad 6. (Wikipedia, 2011B)

2.2 Tvang i et etisk perspektiv

2.2.1 Etske dilemmaer

Helsehjelp og omsorg for mennesker med psykiske lidelser stiller velferdsstaten overfor noen av sine største og vanskeligste faglige utfordringer og etiske dilemmaer. På den ene siden står samfunnets ansvar for å tilby nødvendig behandling og omsorg til mennesker i en ekstremt sårbar situasjon, på den andre siden problemer knyttet til spørsmålet om behandling og omsorg som også skal kunne gis i situasjoner der pasienten ikke kan samtykke i eller direkte motsetter seg dette. Det må kunne slås fast at ingen etisk retning er dekkende for alle situasjoner og mange kryssende hensyn kan gjøre en beslutning vanskelig. Vi er da stilt overfor et etisk dilemma. Natvig hevder at et foreligger et etisk dilemma når to eller flere moralske krav står mot hverandre i en og samme situasjon. *"Alle verdier som er inne i bildet kan ikke virkelig gjøres fullt ut, og en blir tvunget inn i et moralsk kompromiss"* (Natvig, 1993, s.28). *"Uten faglig etiske vurderinger kan etiske valg bli bestemt på feil grunnlag eller ut fra følelser og*

tilfeldigheter.” (Natvig, 1993, s.33). Det er derfor viktig med bevisstgjøring og refleksjon omkring etiske dilemmaer. Særlig gjelder dette for helsepersonell.

2.2.2 Etiske argumenter for bruk av tvang

Ulike retninger innen etikk vil se tvangsbehandling av mennesker i forskjellige lys og de etiske argumentene vil være forskjellige. Men ofte vil de ulike retningene komme frem til samme resultat om enn begrunnelsene er forskjellige.

Pliktetikken fokuserer på selve handlingen og tar utgangspunkt i moralske normer og prinsipper for å bedømme om en handling er rett eller gal. Den legger den etiske autoriteten i menneskets egen fornuft og evne til å resonnerer moralsk og allmenngyldig. (Henriksen & Vetlesen, 2000). Det pliktetiske argumentet til tvang vil være: Vi kan ikke forholde oss passive til at folk lider overlast eller går til grunne! Menneskerettighetene bygger i stor grad på pliktetikk.

Konsekvensetikken fokuserer på konsekvensene av en handling og handlingsvalg må vurderes ut fra de konsekvenser de respektive valg gir. Konsekvensetikerer søker å forutsi konsekvensene av hver enkelt handling for å finne om den er rett eller gal. Det konsekvensetiske spørsmålet til tvang vil bli: Hvilke følger får det å sette pasientens selvbestemmelse til side og er konsekvensene av dette gode moralske handlinger?

Nytteetikken fokuserer på å få frem hvordan hensikter og mål bestemmer våre handlingsvalg. I vurderingen av handlinger legges vekten på hva nytten eller følgen av handlingene våre er (Henriksen & Vetlesen, 2006). Det foretas en avveining av hva som er mest nyttig og gir de mest ønskede konsekvenser. Moralske prinsipper er ikke det viktigste. Det nytteetiske argumentet for bruk av tvang kan være: Behandlingen vil gi pasienten et bedre liv selv om pasienten motsetter seg behandlingen før den iverksettes. Eksempel på et nytteetisk argument finner vi i det såkalte behandlingkriteriet i psykisk helsevernloven hvor et av vilkårene for tvangsinnleggelse er at ”Personen 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.” (phvl. § 3-3, 3a). Det er her foretatt en avveining mellom fordeler og ulemper i anvendelse av tvang. Nytteetiske argumenter er en anerkjent og mye brukt

retning innen samfunnsdebatt og brukes i problemstillinger rundt aktiv dødshjelp, rusmisbrukerproblematikk og i abortsaken.

2.2.3 Metode for å drøfte etiske dilemmaer

KLOK-modellen er en anerkjent etisk refleksjonsmodell i Norge som kan benyttes som et verktøy for å kunne ta stilling til et etisk dilemma. Ifølge Henriksen og Vetlesen er vi aktører og deltar på det moralske feltet som favner alt vi deltar i, og det er gjennom bevisstgjøring og videreutvikling av det som allerede er, at vi kan lære oss å handle mer kompetent på det moralske feltet (Henriksen & Vetlesen, 2006).

2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer

Alle helseprofesjonene er opptatt av etikk og har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sitt virke. I sykepleiens ”grunnlov” slås det fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. Videre slås det fast at sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger. Unødig bruk av tvang eller annen rettighetsbegrensning anvendes ikke. (Norsk Sykepleierforbund, 2007).

Det er vel kjent at legegjerningen bygger på flere tusen år lang tradisjon i å redde liv og lindre liv, bidra til velgjørenhet, uten å skade pasienten og å utøve gjerningen med rettferdighet og respekt. Dette er nyttig å ha med seg for en lege i møte med den psykiatriske pasient.

2.3 Juridisk perspektiv på tvang

2.3.1 Menneskerettigheter og rettssikkerhet

Rettsvernet handler om de garantier borgeren har for beskyttelse i tilfelle borgeren utsettes for lovbrudd eller krenkelse. Rettsikkerhet innebærer at det finnes klare grenser for det offentliges maktbruk overfor borgere. Ingen kan fengsles uten lovlig grunn og ingen kan straffes uten først ha fått prøvd saken sin for en domstol. En rettsstat kjennetegnes ved at borgerne har rettssikkerhet, i motsetning til i en politistat. I

folkeretten finnes bestemmelser som skal ivareta rettssikkerheten og den er nedfelt i *Den europeiske menneskerettskonvensjonen av 1950* og i *Den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 1966*. Gjennom menneskerettighetsloven (Lov om menneskerettigheter, 1999) har Norge inkorporert disse konvensjonene i norsk lov. Dersom det er strid mellom disse konvensjonene og annen norsk lovgivning, er det konvensjonene som har forrang.

Hovedoppgaven til kontrollkomisjonene er å sikre den enkelte pasients rettssikkerhet i møte med psykisk helsevern. Dette er regulert i phvl. § 6-1.

2.3.2 Tvang og nødrettsbestemmelser

Nødrett er i juridisk terminologi "straffefrihetsgrunn" i situasjoner hvor en borger har adgang til å bryte en lovbestemmelse i en nødssituasjon uten å få straff. Det er en betingelse for nødrett at det foreligger en sterk avveining hvor nytten klart oppveier farene, det som jussen kaller interesseovervekt. Nødrett som straffefrihetsgrunn reguleres av straffelovens § 47 (Bovim, 2005).

Legalitetsprinsippet innebærer at det kreves lovhjemmel for å kunne gripe inn overfor en borger. Lov om psykisk helsevern er eksempel på en slik lov. På grunn av legalitetsprinsippet anvendes ikke bestemmelsene om nødrett innen psykisk helsevern, selv om tvang i psykisk helsevern bygger på prinsippet om nødrett.

Bestemmelser om nødrett brukes imidlertid i enkelte situasjoner som kan oppstå i et behandlingsforløp, men som ikke har lovhjemmel i psykisk helsevernloven, for eksempel ved tilbakeholdelse av pasient. Dersom en pasient som er frivillig innlagt krever seg utskrevet, kan pasienten holdes tilbake på nødrett i 24 timer dersom kriteriene for tvangsinnleggelse er tilstede (Bovim, 2005).

"I prinsippet vil et slikt uhjemlet tilbakehold være i strid med straffelovens § 223 om ulovlig frihetsberøvelse. Videre kan visse typer behandling komme i konflikt med § 228 om legemsfornærmelser. Helsepersonell vil i slike tilfelle påberope seg nødrett og vil kunne komme klar av straffelovens regler under henvisning til § 47 "(Bovim, s 13).

Negotiorum gestio omtales ofte under nødretten og innebærer at en person forvalter en annens interesser uten først å ha fått godkjenning eller anmodning det. Vilåret er at personen ville ha ønsket inngrepet dersom han hadde vært i stand til å treffe en avgjørelse selv. Samtykkekompetanse er en parallell til dette. Negotiorum gestio og samtykkekompetanse er vanlige juridiske begreper, men er ikke nedfelt i norsk lov.

2.4 Lover og forskrifter som regulerer bruk av tvangsmidler

Sentrale lover og forskrifter om tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern er Lov om psykisk helsevern (phvl.), Pasientrettighetsloven (prl.), Forskrift om tvangsbehandling (2000) og Forskrift om tvangsmiddelbruk (2001). I jussen omskrives ofte begrepet tvang med ”uten samtykke”. Tvangsbehandling blir behandling uten samtykke. Helsepersonelloven har bestemmelser om yrkesutøvelsen.

Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonell om faglig forsvarlighet (hpl. § 4). Med forsvarlighet menes at *helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Forvaltningsloven (fvl.) har bestemmelser om taushetsplikt (§ 13) og klagebehandling (kapittel VI).

Pasientrettighetsloven (prl.) har bestemmelser om samtykke og slår fast at all behandling i utgangspunktet skal skje frivillig.

2.4.1 Psykisk helsevernloven (phvl.)

Psykisk helsevern er definert som spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever (phvl. § 1-2). Psykisk helsevernloven omfatter alle former for psykisk helsevern, herunder undersøkelse, behandling og pleie/omsorg og omhandler bestemmelser om 1) etablering, 2) gjennomføring og 3) opphør av a) frivillig psykisk helsevern, b) tvungen observasjon og

c) tvungent psykisk helsevern. Psykisk helsevernlovens kapittel 4 handler om gjennomføring av psykisk helsevern og det er det denne oppgaven særlig skal ta for seg.

2.5 Om tvangsmidler

Som tvangsmiddel menes tiltak nevnt i phvl. § 4-8 og er: Mekaniske tvangsmidler, isolering, medisiner og fastholding. Visse tiltak i psykisk helsevernloven kapittel 4 regnes ikke som tvangsmiddel, men har elementer av tvang i seg. Disse er: Skjerming (§ 4-3), tvangsbehandling (§4-4), innskrenket forbindelse med omverden (§4-5), undersøkelse av rom og eiendeler, kroppsvisitasjon §4-6 beslag av medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand, urinprøveavleggelse (4-7).

Mekaniske tvangsmidler (phvl. §4-8, 2a) er ulike tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær”. Dette er utstyr som innskrenker pasientens mulighet til å bevege seg. Vanlig er bruk av såkalte beltesenger, en specialseng med solid sengeramme med kraftige låsbare reimer som festes rundt personens ankler, håndledd og over magen (se foto). Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette. (phvl. § 4-8). Ofte iverksettes beltelegging og medisiner samtidig.

Bilde: Belteseng av samme type som er i bruk ved psykiatriske avdelinger.



Reklamebilde fra katalogen til Ing. Odd Edvardsen, Hokksund <http://oddinvent.com/>

Isolering (phvl. §4-8, 2. ”Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede”. I praksis er dette isolering av pasienten på eget rom eller i spesialrom hvor pasienten kan gjøre mindre skade, for eksempel i polstret rom. At personal ikke skal være til stede bryter for øvrig med bestemmelsen i tvangsmiddelforskriften om at alle pasienter ved anvendelse av tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn.

Korttidsvirkende legemidler (phvl. §4-8, 2 c) er definert som ”Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt”. I praksis er dette svært sterke akuttmedisinske legemidler som ”slår ut” pasienten. Et mye brukt medikament er Cisordinol Acutard. Virkningen av medikamentet varer i 2-3 dager (Felleskatalogen, 2010). Hvor lenge er korttidsvirkende? Dette blir et spørsmål om skjønn og er svært upresist. Leger får dermed stor handlefrihet i valg av medisiner. Langtidsvirkende legemidler, for eksempel Cisordinol depot virker i ca 3-4 uker. Medikamentet er i tillegg til sin angstdempende og antipsykotiske effekt svært sløvende.

Kortvarig fastholding (PHVL. §4-8, 2 d). Denne nye bestemmelsen kom til ved en lovendring i 2006. Hensikten med kortvarig fastholding er å sette pasienten ut av spill med makt for eksempel dersom pasienten er utagerende, truende eller blamerer seg. Fastholdingen skjer ved at en eller flere personer griper fatt i pasientens kropp. I praksis skjer dette ofte i form av en nedleggelse der pasienten blir liggende på gulvet med personal sittende over seg. Slike situasjoner minner om pågripelser som gjøres av politiet. Ute i samfunnet er det kun politiet som har rett til å legge hånd på en borger, en rett for eksempel vektere ikke har. Personell ved psykiatriske avdelinger er trent i nedleggelser og pågripelser, ofte av polititjenestemenn. Hva som er kortvarig blir her også et spørsmål om skjønn. Hva er kortvarig? Fastholding kan også lede til bruk av andre tvangsmidler som er av mer langvarig karakter.

2.5.1 Vilkår for å iverksette tvangstiltak

Tvangsmidler er ekstraordinære tiltak og kan bare brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting, og når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige (phvl. § 4-8). Tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning

at den klart oppveier ulempene med tiltaket (phvl. § 4-2) (interesseovervekt jfr nødrett). Bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende. Bruken skal straks avbrytes hvis den viser seg ikke å ha de forutsette virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser. (Tvangsmiddelforskriften § 7). Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandlingsøyemed (Tvangsmiddelforskriften § 5). Tvangsmidler kan brukes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og overfor pasienter som er tvangsinnlagt. Tvangsbehandlingsforskriften gjelder kun institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet.

2.5.2 Hensynet til pasienten veier tungt

Tvangsmidler kan kun anvendes når det er uomgjengelig nødvendig for å avverge skade. Ved bruk av tvangsmidler skal pasienten ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol skal personale oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig. (Tvangsmiddelforskriften § 7). Ved iverksettelse av tvangsmiddeltiltak skal det legges til rette for at pasienten gis så stor innflytelse på tiltaket som mulig. All informasjon skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger (Tvangsmiddelforskriftens § 4). Tvangsmidler skal brukes på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper, og slik at pasientens personlige verdighet og integritet blir respektert (tvangsmiddelforskriften § 1). Tvangsmidler skal anvendes på en så skånsom og omsorgsfull måte som mulig og så kortvarig som mulig (Tvangsmiddelforskr. § 7).

2.5.3 Hvem kan gjøre vedtak om tvangsmidler?

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige. Vedtak i nødssituasjoner kan likevel gjøres uten den faglig ansvarlige tilstede. Tvangsmiddelforskriften åpner for at ansvarshavende ved avdelingen i særtilfeller kan treffe vedtak om tvangsmiddelintervensjon. Kravet er at det skal være en akutt nødssituasjon og at situasjonen gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig. Den ansvarshavende ved avdelingen kan i slike situasjoner vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding men ikke vedtak om korttidsvirkende legemidler. Den faglig ansvarlige skal så snart som mulig underrettes. Dersom situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes (Tvangsmiddelforskr. § 6).

2.5.4 Formelle krav til bruk av tvangsmidler

Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding skal treffes av den faglig ansvarlige (Tvangsmiddelforskriften § 6). Den faglig ansvarlige skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift (phvl. § 1-4). Vedtak om enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt kan kun treffes av lege. Vedtak om bruk av tvangsmidler skal nedtegnes uten opphold og meddeles pasienten, og hans eller hennes nærmeste pårørende med mindre pasienten motsetter seg dette. Det skal samtidig opplyses om adgangen til klage. Tvangsmidlets art og begrunnelsen for bruken skal føres inn i pasientens journal.

2.5.5 Registrering av bruk av tvangsmidler

Institusjoner skal føre opplysninger om bruk av tvangsmidler i protokoll godkjent av Sosial- og helsedirektoratet. Kontrollkommisjonen og Helsetilsynet i fylket skal på forespørsel forelegges tvangsmiddelprotokollen. Bruk av tvangsmidler over lengre tid skal uoppfordret meldes til kontrollkommisjonen. (Tvangsmiddelforskriften § 10). Alle behandlingssteder er pålagt å rapportere all bruk av tvangsmidler og skjerming til Norsk pasientregister.

2.5.6 Klageordning for tvangsmiddelbruk

Pasienten eller nærmeste pårørende kan påklage vedtak om bruk av tvangsmidler til kontrollkommisjonen. (Tvangsmiddelforskriften § 9). Klagen kan fremsettes skriftlig eller muntlig overfor en av personalet, eller direkte til kontrollkommisjonen. Personalet skal bistå med nedtegnning av muntlig klage og straks oversende klagen til kontrollkommisjonen. Klagen har ikke oppsettende virkning (Tvangsmiddelforskriften §9). Kontrollkommisjonen skal behandle klagen selv om bruken av tvangsmidlet er opphørt, med mindre den klageberettigede skriftlig har gitt uttrykk for at han trekker klagen tilbake (Tvangsmiddelforskriften §9). Kontrollkommisjonene skal ved klager foreta en full prøving av vedtakets lovlighet og hensiktsmessighet. Ved behandling av klagesaken i kontrollkommisjonen blir pasienten bistått av egen eller oppnevnt advokat. Dersom pasienten ikke får medhold i sin klage til kontrollkommisjonen, kan vedtaket om tvangsinnleggelse bringes inn for tingretten. I siste instans kan tvangsvedtaket også bringes inn for Den europeiske menneskerettsdomstol.

2.6 Tidligere forskning

Jeg har søkt i databaser på internet etter studier i Norge om omfanget av tvangsmiddelbruk og særlig omfanget for årene 2007, 2008 og 2009. Det har ikke lyktes meg å finne forskning på dette området i den aktuelle perioden. Dette kan skyldes at mange planlagte forskningsprosjekter har strandet på grunn av feil og mangler ved datamaterialet ved Norsk pasientregister, der man for disse årene ikke har klart å innhente komplette og kvalitetssikrede data fra helseregionene Dette er redegjort for i en egen rapport fra SINTEF (2009).

2.6.1 Forskning på omfang av tvangsmiddelbruk i Norge

Det nyeste jeg fant var en SINTEF rapport fra 2008. Rapporten tar for seg utviklings- trekk i bruk av skjerming og tvangsmidler i perioden 2001-2007. Hovedfunn her viser at det er store variasjoner mellom sykehusene i bruk av skjerming og tvangsmidler og at det har vært en generell økning i bruk av skjerming fra 2001 til 2007. For mekaniske tvangsmidler hadde det vært en økning i perioden 2001-2005 og deretter en nedgang i 2005-2007. Det er påvist en nedgang i bruken av korttidsvirkende legemidler og isolering fra 2001 til 2007. Rapporten slo fast at det er betydelige forskjeller mellom sykehusene når det gjaldt omfanget av tvangsmidler. Påvist korrelasjon mellom institusjonenes rate for tvangsmiddelbruk på tvers av de enkelte observasjonsårene, kunne det tyde på at noen institusjoner bruker tvangsmidler i større omfang enn andre (SINTEF, 2008). SINTEF har forsket på tvangsinnleggelse og tvangsmiddelbruk fra 2001 til 2008 og utgitt sine funn og vurderinger i 3 omfattende rapporter.

I en rapport fra Helsetilsynet **Bruk av tvang i psykisk helsevern** (2006) påvises store variasjoner når det gjelder å anvende tvang. Ulik forståelse av lovverket og kulturer ved institusjonene synes å være mer avgjørende for om man blir utsatt for tvang enn sykdommens art og alvorlighetsgrad (IS-1861 Helsetilsynet, 2006).

Mariann Skar gjorde i 1993 en interessant studie av to sammenlignbare psykiatriske sykehus (Åsgård og Rønvik) med tilnærmet like forutsetninger og rammebetingelser, like mange døgnplasser og opptaksområdet var det samme (ca 230.000 innbyggere). Skar fant at Åsgård hadde over 4 ganger så høy forekomst i bruk av tvangsmidler som

Rønvik. Forskjell i holdninger og kultur ble pekt på som sannsynlig årsak til den svært ulike praksisen (Mariann Skar, 1993) (Georg Høyer, 2008).

2.6.2 Forskning på opplevd tvang

Testad (2004) intervjuet pasient og sykepleier om felles erfaring med tvang. Hennes hovedfunn var at pasient og personal hadde mange like opplevelser i belteleggings-situasjonen, noe hun beskrev som et felles ”avmaksrom”. Også mangel på oversikt og kontroll og angst preget begge parter i situasjonen (Testad, 2004).

Fisher (1994) viser i en studie at tvang kan ha alvorlige negative konsekvenser for pasientene både fysisk og psykisk (Fisher, 1994).

Skorpen, Andersen, Bjelland og Øye, (2008) konkluderer i sin litteraturgjennomgang om brukerperspektiv i norsk forskning med at de fant ”overraskende lite psykiatrisk forskning i Norge som involverte innlagte pasienters erfaringer i psykiatriske sykehus”. De sier videre at det i Norge er publisert lite forskning på om hvordan pasientene selv opplever tvangsbruk og hvordan de vurderer situasjonene som førte til at personalet valgte å benytte tvangsmidler.

Jeg har i mine søk i databaser ikke funnet forskning som underbygger at bruk av tvangsmidler er helsefremmende for pasienten.

2.6.3 Forskning på helsepersonells holdninger til tvangsbruk

Det foreligger flere studier som beskriver personalets holdninger og følelser knyttet opp til tvangsmidler. (Bigwood & Crowe, 2008) (Bonner et al., 2002). Felles for studiene er at personalet ser uheldige eller mulig uheldige sider ved anvendelse av tvang. De beskriver krenkelsener og retraumatisering av pasientene, fare for den terapeutiske allianse, samt bekymringer for pasienters og personalets sikkerhet, mangel på opplæring, trening og debriefing, samt noe bekymring for annet personells holdninger.

Wynn (2003) viser til at personalet i hovedsak mente at bruk av tvangsmidler var berettiget. Imidlertid mente majoriteten av de ansatte at tvangsintervensjoner kunne gjøre vold mot pasientens integritet, skade alliansen mellom pasient og personal og skremme medpasienter. Flertallet mente ikke at pasienten kunne bli mer aggressiv eller

engstelig i forbindelse med tvangsmiddelbruk. Personalet var opptatt av å gi tettere oppfølging i avdelingen og bruke fortrinnsvis erfarne fagfolk i arbeidet med å forebygge tvang.

2.6.4 Tvangsforskning.no (Netfort).

I 2008 ble det etablert et nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i psykisk helsevern i Tromsø. Nettverket er opprettet som en del av Helsedirektoratets plan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern og dets oppgave er å oppsummere, systematisere og kvalitetssikre kunnskap om bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge samt utarbeide en helhetlig plan for kunnskapsutvikling og forskning innen dette feltet.

3.0 METODE

3.1 Generelt

Forskning har som formål å beskrive stabilitet og endring. Resultatet av forskningen kan brukes i forbedringsprosesser, og i den grad forskningen avdekker en svært negativ utvikling, kan den varsle om fare (Ringdal, 2001).

3.2 Valg av forskningsdesign og metode

Kvantitativt orientert forskningsdesign og metodologi er valgt for å belyse forsknings-spørsmålene i denne studien. Innen kvantitativ forskning danner tallmateriale grunnlag for tolking av resultatene. Metoden i denne studien består av innsamling, behandling og tolkning av statistisk materiale. Denne form for data kalles sekundærdata.

Presentasjonen av funn skjer gjennom deskriptive diagrammer, tabeller og enkel statistikk. Studien beskriver situasjonen tilbake i tid. Dette kalles en retrospektiv studie. Analyseenheter er fastsatt for et gitt tidspunkt (t1). Deretter har det skjedd minst en måling på et senere tidspunkt i det samme utvalget (Ringdal, 2001). I vår studie har det skjedd 3 målinger. Dette øker undersøkelsens validitet. Min registrering av grunnlags-data skjer retrospektivt, men registreringene i statistikk materialet har opprinnelig ikke foregått retrospektivt. De er basert på kontinuerlig registrering av data i den aktuelle tidsperiode.

3.3 Begreper innen medisinsk statistikk

Innen medisinsk statistikk og epidemiologi er rate og andel sentrale begreper. (Høyer, 2007) og begrepene benyttes også i internasjonal litteratur (Howitt & Cramer, 2008). Rater uttrykker antall forekomster av sykdommer eller tilstander og er et forholdstall mellom antall innleggelser eller episoder (teller) i et gitt tidsrom og befolkningen hjemmehørende i opptaksområde (nevner). På denne måten kan datamateriale fra områder med ulikt innbyggertall sammenlignes som om befolkningene var like store. Standardisert rate uttrykker antall målbare episoder i en definert populasjonstørrelse for befolkningsgrunnet, for eksempel 100.000 innbyggere.

3.4 Indikatorbasert kvalitetssikring

Helsedirektoratet benytter andel og rate i sitt nye kvalitetssikringssystem for å måle omfang og utvikling av tjenestene. Systemet baserer seg på definerte fokusområder og indikatorer og er teoretisk influert av kvalitetsteorier utviklet av den armensk/libanesiske helseviteren Avedis Donabedian (1919-2000). Helsedirektoratets kvalitetssikringssystem inngår i et nordisk samarbeid i regi av Nordisk ministerråd.

Indikator er et definert kvantitativt målepunkt for helsetjenesten og et mål som er beregnet av data og/eller statistikk som indikerer eller sier noe om status eller utvikling innen et gitt område. Indikatorer beregnes av Helsedirektoratet på helseforetaksnivå og brukes som styringsinformasjon i forbedringsprosesser.

Grunnlagstall er innrapporterte virksomhetsdata fra en definert helsetjeneste eller myndighet i en angitt rapporteringsperiode.

Fokusområde er det område av helsetjenesten som ønskes belyst, for eksempel for å ivareta pasienters rettssikkerhet.

Opptaksområde er et definert geografisk område der et helseforetak har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen (Helsedirektoratet, 2009).

Det er i prinsippet denne metoden jeg benytter i min studie.

Fokusområde i min studie er tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern og indikatorene er vedtak om bruk av tvangsmidler fattet ved behandlingssteder godkjent for bruk av tvang.

Grunnlagstallene er registreringer av behandlingsstedenes aktivitet som kontrolleres av kontrollkommisjonene og rapporteres til Helsedirektoratet i form av årsrapporter. Årsrapportene er en tallmessig oversikt over kontrollkommisjonens virksomhet knyttet opp mot lovparagrafer. Skjemasettet omfatter 24 hovedpunkter/områder for innrapportering, hvert punkt med underpunkter, totalt 85. Innbefattet svaralternativer gir det en oversikt bestående av 193 kolonner og danner et omfattende tallmateriale.

3.5 Utvalg

Populasjonen i vår studie består av samtlige behandlingsenheter innen psykisk helsevern i Norge og baserer seg på såkalt totaltelling.

3.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å få fastslått rate er det behov for å vite om befolkningsgrunnlaget i opptaksområdet. Befolkningstall som legges til grunn i denne studien bygger på Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk for 2007. Befolkningsdata som benyttes er befolkningen over 18 år. I praksis er dette antall stemmeberettigede borgere i Norge. Det legges til grunn i tolking av materialet at praktisering av tvangsvedtak innen psykisk helsevern er uavhengig av befolkningsstruktur og at sykdomspanorama for psykiske lidelser i den norske befolkning er lik uavhengig av hvor i landet pasientene er bosatt. Dette prinsippet samsvarer med helsedirektoratets indikatorbaserte kvalitetssikringssystem.

3.7 Om kontrollkomisjonenes virksomhet

Kontrollkomisjonenes er et kontrollorgan for pasienter i psykisk helsevern, hjemlet i egen forskrift og skal påse at pasientene får sikkerhet for at tvangsinngrep er i samsvar med norsk lov og internasjonale menneskerettigheter og sikre at det ikke skjer urettmessig frihetsberøvelse og tvangsbruk. Oppgaven til kontrollkomisjonene er etterprøving av vedtak uavhengig av klage, dokumentkontroll av alle nye vedtak, vurdere behovet etter 3 måneder, samtykke til forlengelse utover et år. Samt generell velferdskontroll, besøke institusjonen både anmeldt og uanmeldt. Kontrollkomisjonen kan ta opp saker på eget initiativ eller etter henvendelse fra pasient, nærmeste pårørende eller personalet. Finner kontrollkomisjonen forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige.

Helt siden den første psykiatriloven i Norge i 1848 har det vært egne kontrollkomisjoner innen psykisk helsevern. Det er for tiden 57 kontrollkomisjoner i Norge med hvert sitt tildelte ansvarsområde. Kommisjonene, som består av jurist, lege og to legrepresentanter skal være uavhengige av behandlingsstedet. ansvarlige for behandlingsstedet og eventuelt Helsetilsynet i fylket.

Kontrollkommisjonenes ansvarsområde i Norge omfatter all virksomhet som omfattes av psykisk helsevernlovgivningen. Oversikten nedenfor viser hva slags type driftsenheter, antall driftsenheter og om driftsenhetene er godkjent for tvungent psykisk ettervern, med eller uten døgnopphold. Kontrollkommisjonene har ansvar både for offentlige og private behandlingssenheter som er godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Tabell 1: Kontrollkommisjonenes ansvarsområde

Regionale helseforetak (RHF) Helseregioner	Type enhet					Godkjent for tvungent psykisk helsevern		
	DPS	Psyk. Klinikksykehusavd.	Behandlingshjem	Privat	Annet	Ja, uten døgnopphold	Ja, med og uten døgnopphold	Nei
Helse Sør-Øst	40	49	4	10	8	16	57	23
Helse Vest HF	23	24	0	5	5	17	16	11
Helse Midt-Norge	11	15	0	0	1	6	13	7
Helse Nord	9	6	1	0	0	7	4	3
Sum	83	94	5	15	14	46	90	44

Kontrollkommisjonene var gjenstand for en omfattende evaluering i 2005. Resultatene viste at kontrollkommisjonene i hovedsak synes å ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte, og at viktige rettssikkerhetsgarantier for pasienten overholdes (IS-1338, 2005)

3.8 Helseregioner i Norge

Psykisk helsevern er definert som *spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever* (phvl. § 1-2). Spesialisthelsetjenesten, også kalt annenlinjetjenesten, er underlagt helseregionene i Norge. Administrativt er psykisk helsevern delt opp i helseregioner slik som øvrig spesialisthelsetjeneste.

Landet er for tiden organisert i fire regionale helseforetak. Fra 2001 og fram til 1. juni 2007 var det fem regionale helseforetak i Norge. Da ble Helse Sør og Helse Øst slått sammen til ett foretak: Helse Sør-Øst. Helsedirektoratet har overordnet faglig og administrativ styring av alle helseregionene.

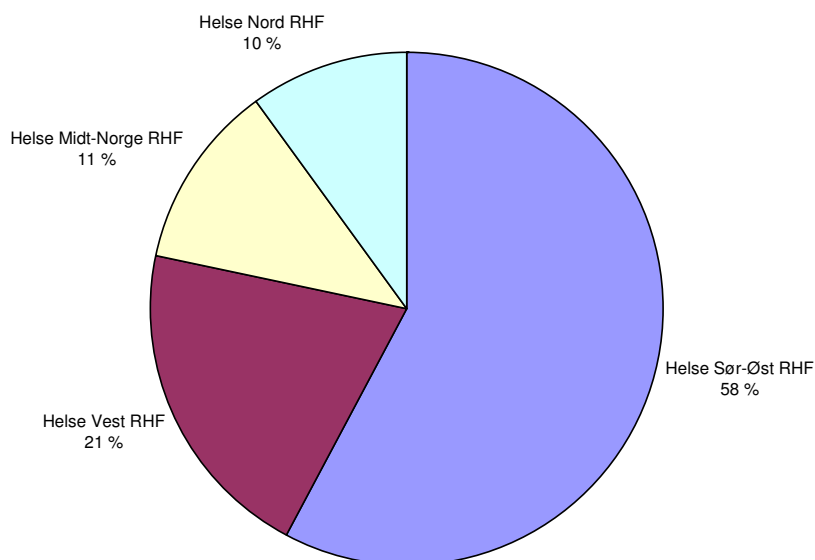
Helse Nord Regionalt Helseforetak (RHF) består av Finnmark, Troms og Nordland fylker og utgjør 10% av landets voksne befolkning (18 år +).

Helse Midt-Norge Regionalt Helseforetak (RHF) består av Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal fylker og utgjør 11% av landets voksne befolkning (18 år+).

Helse Vest Regionalt Helseforetak (RHF) består av fylkene Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland og utgjør 21% av landets voksne befolkning (18 år+).

Helse Sør-Øst Regionalt Helseforetak (RHF) består av fylkene Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder . og utgjør 58% av landets voksne befolkning (18 år+).

Figur 1 Helseregioner. Prosentvis fordeling etter innbyggertall. Befolkning over 18 år.



3.9 Datainnsamling

Det var pr 1.4.2011 tilgjengelig 3 årsrapporter fra kontrollkommisjonene, for årene 2007, 2008 og 2009. På grunn av omorganisering av helseregionstruktur pr 1.1.2007 er dette en gunstig periode å foreta en sammenligningsstudie da datamaterialet er samlet inn på samme måte med samme populasjon og samme utvalg. Enda et moment gjør disse tre årene særlig verdifulle. Psykisk helsevernloven ble endret i 2006 og vi fikk da et nytt definert tvangsmiddel (fastholding § 4-8, 2d). Rapportering og registrering av fastholding startet 1.1.2007.

Dessverre vil årsrapportene iflg. Helsedirektoratet bli endret fra 2010 og det vil dermed ikke være mulig å gjennomføre en oppfølgingsstudie for denne studiens indikatorer.

3.10 Systematisering og analyse av datamaterialet

Alle data om vedtak er registrert år for år og lagt inn i en datamatrise i et regneark. Det er deretter lagt inn relevante befolkningsdata for de 4 helseregionene.

For kvantitativ bearbeidelse og analyse av datamaterialet er det lagt inn formler for rate og andel. Dette materialet danner grunnlag for tabellpresentasjoner og grafiske presentasjoner.

Med utgangspunkt i det bearbeidede materialet er det mulig å gjøre funn i forhold til problemstillingene i studien.

3.11 Etisk aspekter ved studien

Det har ikke vært krav om å søke denne studien godkjent for Regional Etisk komite. Dette skyldes at studien ikke benytter sensitiv informasjon av noen art. Det har heller ikke vært behov for godkjenning av Datatilsynet. Materialet som er innhentet er i prinsippet offentlig og er klarert av Helsedirektoratet for bruk i denne masteroppgaven. Det foreligger korrespondanse som stadfester dette som på anmodning kan fremlegges.

4.0 RESULTAT PROBLEMSTILLING A:

4.1 Generelt

I dette kapitlet presenteres resultater i henhold til problemstilling A, funn som gjelder hele landet. Presentasjon av resultater i henhold til problemstilling B, regionale funn kommer i kapittel 5.

4.2 Funn i henhold til problemstilling A. Tvangsmidler 2007-2009.

Hvor stort er omfanget av tvangsmiddelbruk på landsbasis i henhold til kontrollkomisjonenes årsmeldinger og hva slags utviklingstendenser kan påvises i 3-årsperioden?

4.2.1 Tvangsmiddelbruk 2007-2009. Hele landet. Nominelle tall.

Tabellen viser antall tvangsmiddelvedtak etter psykisk helsevernlovens § 4-8, 2 a-d i henhold til samtlige 57 kontrollkomisjoners årsmeldinger for 2007, 2008, 2009.

Tabell 2: Antall registrerte vedtak om bruk av tvangsmidler i treårsperioden. For hele landet.

NORGE 2007	3933
NORGE 2008	5028
NORGE 2009	4425

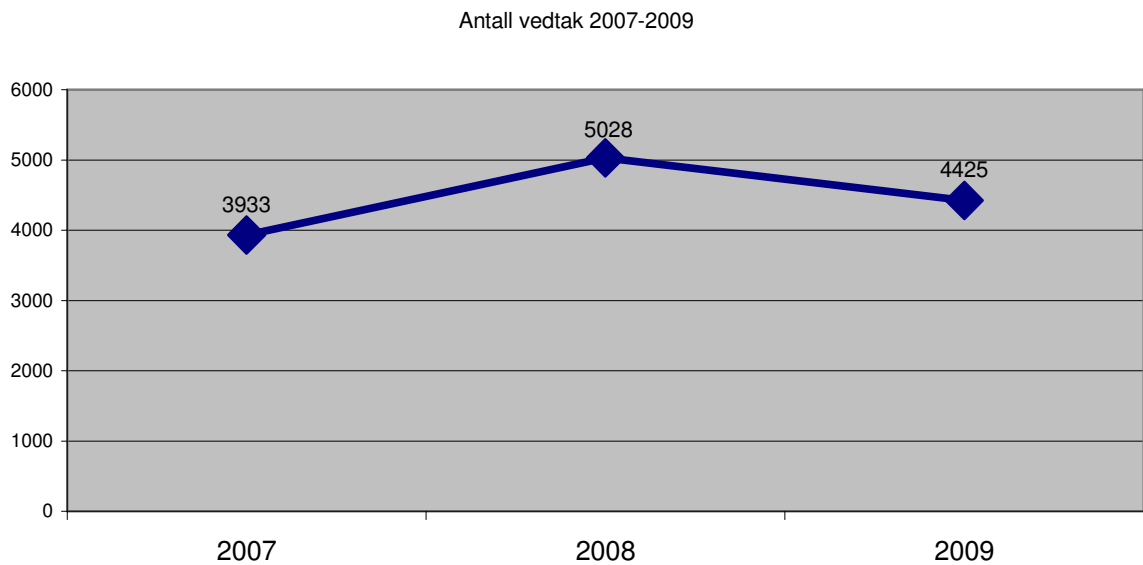
Funn. Antall vedtak

Antall registrerte vedtak om bruk av alle tvangsmidler (§ 4-8, a-d) var 3933 i 2007.

Antall vedtak økte til 5028 i 2008, en økning på 28 %.

Antall vedtak gikk ned i 2009 til 4425, en nedgang på 13,5 % fra 2008 men likevel 12,5% høyere enn i 2007.

Figur 2: Samlet antall vedtak for delt på 2007, 2008 og 2009. Utvikling i 3-årsperioden.



Kurven viser at 2007 hadde lavest nivå. Høyest i 2008 for deretter å gå ned i 2009, men også for 2009 var det høyere nivå enn i 2007.

Funn. De enkelte tvangsvedtak

Tabell 3: Antall vedtak fordelt etter hjemmel i perioden 2007-2009.

	§ 4-8, 2a Mekaniske tvangsmidler	§ 4-8, 2b Isolasjon	§ 4-8, 2c Medisinering	§4-8, 2d Fastholding
	Antall vedtak	Antall vedtak	Antall vedtak	Antall vedtak
NORGE 2007	2440	25	653	815
NORGE 2008	2369	47	733	1879
NORGE 2009	2520	267	769	869

Antall vedtak etter § 4-8, 2a (mekaniske tvangsmidler) var 2440 i 2007, 2369 i 2008 og 2520 i 2009.

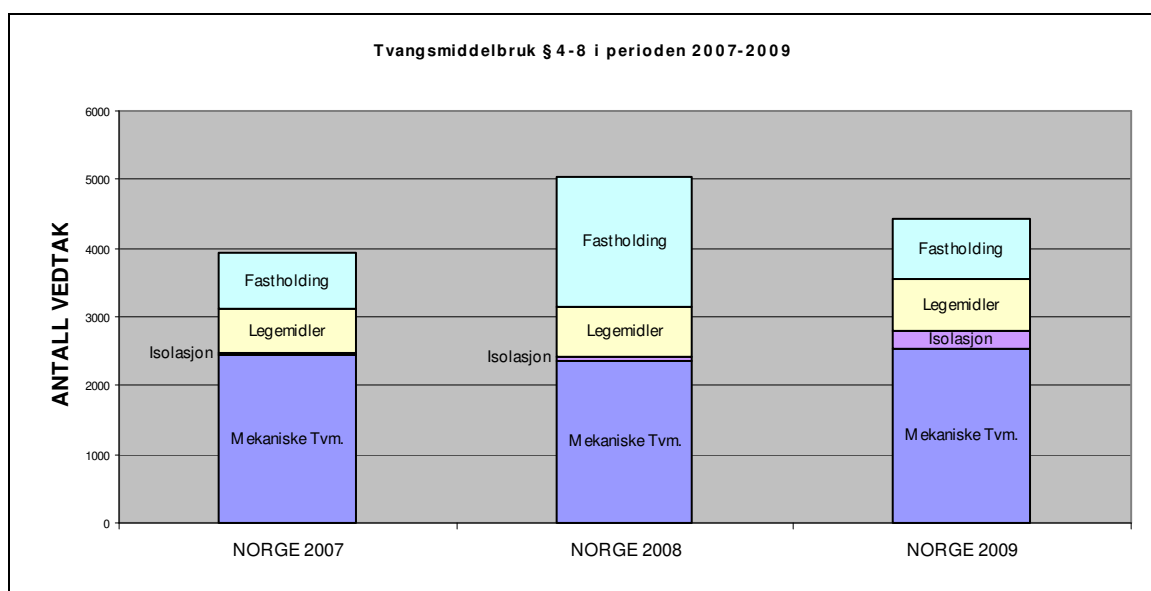
Antall vedtak etter § 4-8, 2b (isolering) var 25 i 2007, 47 i 2008 og 267 i 2009.

Antall vedtak etter § 4-8, 2c (medisinering) var 653 i 2007, 733 i 2008 og 769 i 2009.

Antall vedtak etter § 4-8, 2d (fastholding) var 815 i 2007, 1879 i 2008 og 869 i 2009.

4.2.2 Tvangsmidler 2007-2009. Utviklingstrekk.

Figur 3: Antall vedtak alle § 4-8 vedtak på landsbasis i 2007, 2008 og 2009



Diagrammet viser summen av de enkelte vedtakene. Summen av de 4 vedtakstypene utgjør den totale mengden av vedtak de enkelte år.

Funn. Antall tvangsvedtak. Nominelle tall

Totalt antall vedtak i alle hjemler økte med 31 % fra 2007 til 2008 og fra 2007 til 2009 en økning på 20 %. Fra 2008 til 2009 var det en nedgang på 8 %.

Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler (§ 4-8, 2a) utgjør den største gruppen av vedtak alle tre årene og holder seg relativt stabilt, men med svakt økende tendens. Antall vedtak for mekaniske tvangsmidler økte fra 2007 til 2009 med 3 %. Økningen fra 2008 til 2009 var på 6 %.

Vedtak om isolering (§ 4-8, 2b) utgjør den klart minste gruppen av vedtak alle tre årene.

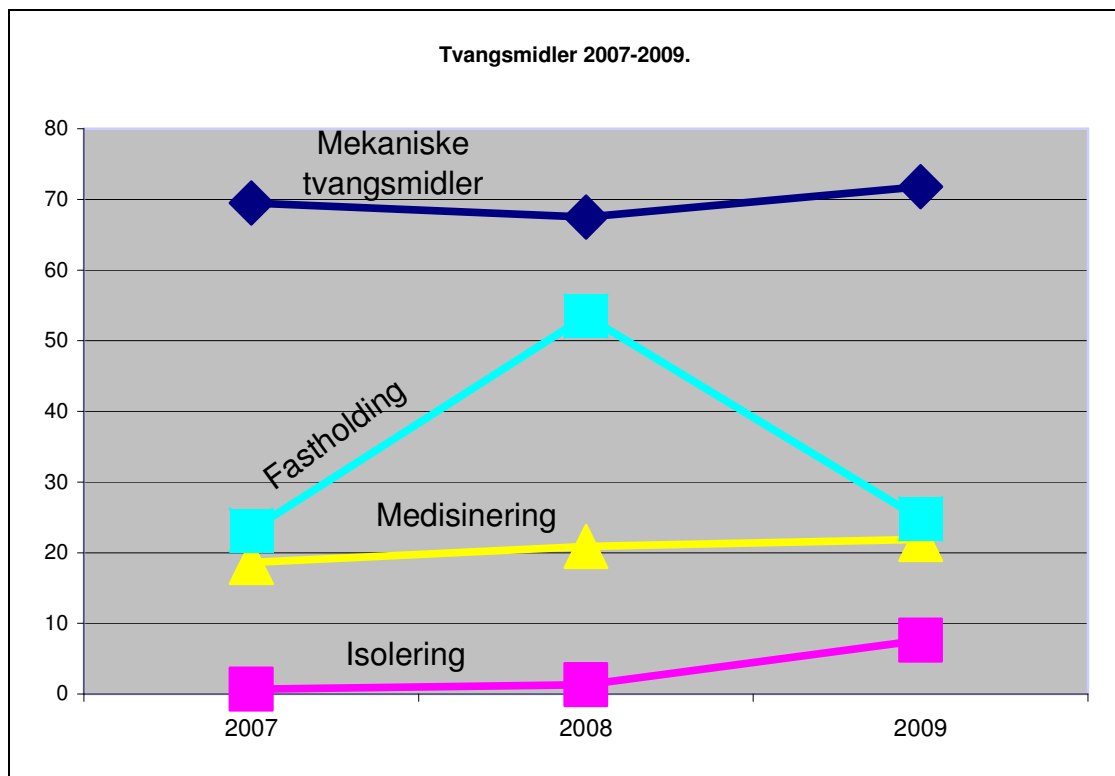
Men det er også her det har skjedd størst endringer. Antall vedtak etter denne paragraf var 25 i 2007, 47 i 2008 og 267 i 2009, en 10-dobling i treårsperioden.

Antall vedtak etter § 4-8, c (medisinering) viser en økning på 18%.

Antall vedtak etter § 4-8, d (fastholding) viser en økning på 7% på totalt sett i treårsperioden, med en topp i 2008.

4.2.3 Tvangsmidler 2007-2009

Figur 4: Utviklingstrekk i 3-årsperioden. Hele landet.



Oppsummering for 3-årsperioden

Kurvene på landsbasis viser økende tendens for alle kategorier tvangsmidler fra 2007 til 2009.

4.2.4 Tvangsmiddelbruk 2007-2009. Prosentvis fordeling av tvangsmidler.

Tabell 4: Tvangsmidler etter hjemmel i antall og prosent.

	§ 4-8, 2a Mekaniske tvangsmidler		§ 4-8, 2b Isolasjon		§ 4-8, 2c Medisinering		§4-8, 2d Fastholding		SUM
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	
NORGE 2007	2440	62,0	25	0,6	653	16,6	815	20,7	3933
NORGE 2008	2369	47,1	47	0,9	733	14,6	1879	37,4	5028
NORGE 2009	2520	56,9	267	6,0	769	17,4	869	19,6	4425

Funn. Tvangsmiddelvedtak 2007 (prosent)

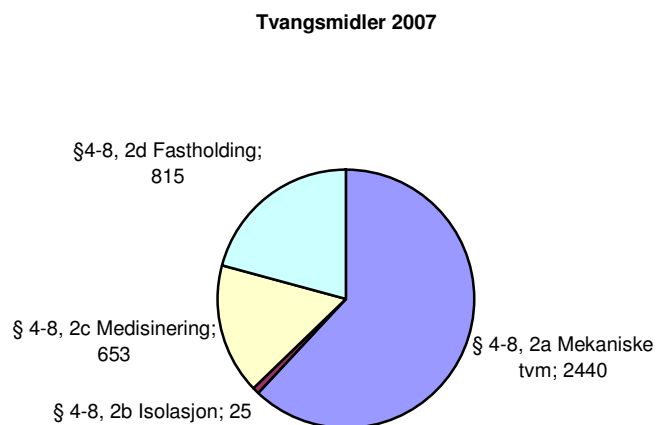
Vedtak om mekaniske tvangsmidler § 4-8, 2 a utgjorde 62,0 % av alle vedtak i 2007.

Vedtak om isolasjon § 4-8, 2 b utgjorde 0,6 % av alle vedtak i 2007.

Vedtak om korttidsvirkende legemidler § 4-8, 2 c utgjorde 16,6 % av alle vedtak i 2007.

Vedtak om fastholding § 4-8, 2 d utgjorde 20,7 % av alle vedtak i 2007.

Figur 5: Prosentvis fordeling av tvangsvedtak i 2007



Mekaniske tvangsmidler var i 2007 den klart største gruppen tvangsmiddelvedtak med 62,0 %. Isolasjon er den klart minste med 0,6 %.

Funn. Tvangsmiddelvedtak 2008 (prosent)

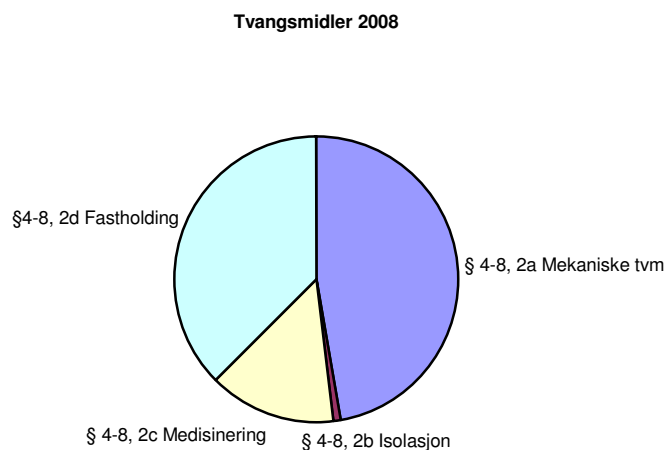
Vedtak om mekaniske tvangsmidler § 4-8, 2 a utgjorde 47,1 % av alle vedtak i 2008.

Vedtak om isolasjon § 4-8, 2 b utgjorde 0,9 % av alle vedtak i 2008.

Vedtak om korttidsvirkende legemidler § 4-8, 2 c utgjorde 14,6 % av alle vedtak i 2008.

Vedtak om fastholding § 4-8, 2d utgjorde 37,4 % av alle vedtak i 2008, en sterk økning fra 2007.

Figur 6: Prosentvis fordeling av tvangsvedtak i 2008



Andel av mekaniske tvangsmidler utgjorde i 2008 under halvparten av alle vedtak.

Fastholding utgjorde 37,4 % av alle vedtak. Isolasjon var også i 2008 minst, men økte fra 0,6 i 2007 til 0,9 % i 2008.

Funn. Tvangsmiddelvedtak 2009 (prosent)

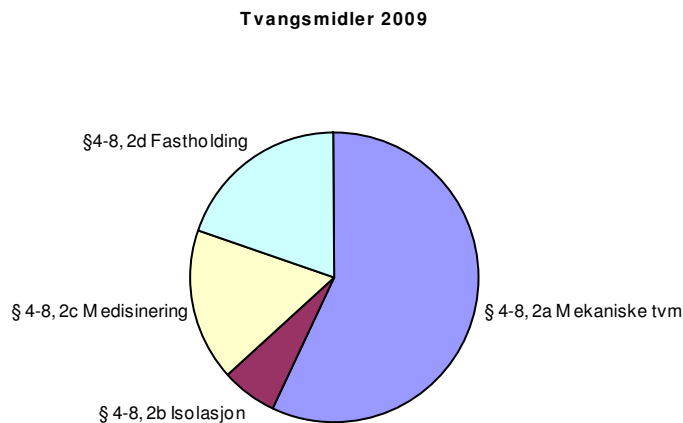
Vedtak om mekaniske tvangsmidler § 4-8, 2 a utgjorde 56,9 % av alle vedtak i 2009.

Vedtak om isolasjon § 4-8, 2 b utgjorde 6 % av alle vedtak i 2009.

Vedtak om korttidsvirkende legemidler § 4-8, 2 c utgjorde 17,4 % av alle vedtak i 2009.

Vedtak om fastholding § 4-8, 2d utgjorde 19,6 % av alle vedtak i 2009.

Figur 7: Prosentvis fordeling av tvangsvedtak i 2009



Mekaniske tvangsmidler utgjorde over halvparten av alle vedtak i 2009. Andel isolasjon økte sterkt fra de to foregående år, men var i 2009 fortsatt det minst brukte tvangsmiddelet.

Funn. Prosentandel i 3-årsperioden

Andel av mekaniske tvangsmidler har gått ned i treårsperioden med laveste nivå i 2008. Andelen av isolasjon lå på mellom 0,6 og 0,9 % to første år. I 2009 nådde nivået 6 %, en 10-dobling i forhold til 2007-nivå.

Andelen av korttidsvirkende legemidler har vært relativt stabilt i treårsperioden.

Andelen har gått ned fra 2007 til 2008. Fra 2008 til 2009 har andelen økt til over 2007-nivå for denne type tvangsmiddel.

Andel av fastholding har på landsbasis vært omtrent den samme i 2007 og 2009 med en betydelig høyere andel i 2008 for dette tvangsmiddelet.

5.0 RESULTAT PROBLEMSTILLING B

5.1 Tvangsmidler 2007-2009. Regionale funn.

Hvor stort er omfanget av tvangsmiddelbruk i helseregionene i henhold til kontrollkomisjonenes årsmeldinger og kan det påvises variasjoner i tvangsmiddelbruk mellom helseregionene?

Tabell 5: Kontrollkomisjonenes årsmeldinger 2007-2009. Antall § 4-8 vedtak fordelt etter hjemmel og helseregion. Nominelle tall.

KONTROLL-KOMMISJONENES ÅRSMELDINGER 2007	§ 4-8, 2a Mekaniske Tv.m.	§ 4-8, 2b Isolasjon	§ 4-8, 2c Legemidler	§ 4-8, 2d Fastholding	SUM
Helse Sør-Øst RHF	2283	13	583	562	3441
Helse Vest RHF	23	12	11	248	294
Helse Midt-Norge RHF	50	0	35	5	90
Helse Nord RHF	84	0	24	0	108
NORGE 2007	2440	25	653	815	3933

KONTROLL-KOMMISJONENES ÅRSMELDINGER 2008	§ 4-8, 2a Mekaniske Tv.m.	§ 4-8, 2b Isolasjon	§ 4-8, 2c Legemidler	§ 4-8, 2d Fastholding	SUM
Helse Sør-Øst RHF	2034	25	503	1240	3802
Helse Vest RHF	156	21	65	455	697
Helse Midt-Norge RHF	57	1	126	33	217
Helse Nord RHF	122	0	39	151	312
NORGE 2008	2369	47	733	1879	5028

KONTROLL-KOMMISJONENES ÅRSMELDINGER 2009	§ 4-8, 2a Mekaniske Tv.m.	§ 4-8, 2b Isolasjon	§ 4-8, 2c Legemidler	§ 4-8, 2d Fastholding	SUM
Helse Sør-Øst RHF	2250	61	549	732	3592
Helse Vest RHF	18	194	54	60	326
Helse Midt-Norge RHF	111	9	102	61	283
Helse Nord RHF	141	3	64	16	224
NORGE 2009	2520	267	769	869	4425

5.1.1 Prosentvis fordeling av tvangsvedtak mellom helseregionene

Helse Sør-Øst har i sitt opptaksområde 58% av landets voksne befolkning (18 år +).

Antall tvangsvedtak gjort i denne helseregionen utgjorde 87,5 % av alle landets vedtak i 2007, 75,6 % av alle vedtak i 2008 og 81,2 % av alle vedtak i 2009.

Helse Vest har i sitt opptaksområde 21 % av landets voksne befolkning (18 år +). Antall

tvangsvedtak gjort i denne helseregionen utgjør 7,5 % av alle landets vedtak i 2007, 13,9 % av alle vedtak i 2008 og 7,4 % av alle vedtak i 2009.

Helse Midt-Norge har i sitt opptaksområde 11 % av landets voksne befolkning (18 år +).

Antall tvangsvedtak gjort i denne helseregionen utgjorde 2,3 % av alle landets vedtak i 2007, 4,3 % av alle vedtak i 2008 og 6,4 % av alle vedtak i 2009.

Helse Nord har i sitt opptaksområde 10 % av landets befolkning (18 år +). Antall

tvangsvedtak i denne helseregionen utgjorde 2,7 % av alle landets vedtak i 2007, 6,2 % av alle vedtak i 2008 og 5,1 % av alle vedtak i 2009.

5.1.2 Tvangsvedtak ratejustert etter befolkning i helseregionenes opptaksområde

Tabell 6: Kontrollkomisjonenes årsmeldinger 2007-2009. Antall paragraf 4-8 vedtak fordelt etter hjemmel og helseregion. Ratejusterte tall (r=100000)

KONTROLL-KOMMISJONENES ÅRSMELDINGER 2007	§ 4-8, 2a Mekaniske Tv.m.	§ 4-8, 2b Isolasjon	§ 4-8, 2c Legemidler	§ 4-8, 2d Fastholding	SUM
Helse Sør-Øst RHF	112,8	0,6	28,8	27,8	255,1
Helse Vest RHF	3,2	1,6	1,5	34,0	96,6
Helse Midt-Norge RHF	12,5	0,0	8,7	1,2	42,1
Helse Nord RHF	23,6	0,0	6,8	0,0	86,1
NORGE 2007	69,5	0,7	18,6	23,2	180,7

§ 4-8, 2a Mekaniske Tv.m.	§ 4-8, 2a Mekaniske Tv.m.	§ 4-8, 2b Isolasjon	§ 4-8, 2c Legemidler	§ 4-8, 2d Fastholding	SUM
Helse Sør-Øst RHF	100,5	1,2	24,8	61,3	303,4
Helse Vest RHF	21,4	2,9	8,9	62,5	176,7
Helse Midt-Norge RHF	14,2	0,2	31,4	8,2	81,5
Helse Nord RHF	34,3	0,0	11,0	42,5	151,9
NORGE 2008	67,5	1,3	20,9	53,5	236,4

KONTROLL-KOMMISJONENES ÅRSMELDINGER 2009	§ 4-8, 2a Mekaniske Tv.m.	§ 4-8, 2b Isolasjon	§ 4-8, 2c Legemidler	§ 4-8, 2d Fastholding	SUM
Helse Sør-Øst RHF	111,1	3,0	27,1	36,2	279,5
Helse Vest RHF	2,5	26,6	7,4	8,2	133,2
Helse Midt-Norge RHF	27,7	2,2	25,4	15,2	124,4
Helse Nord RHF	39,7	0,8	18,0	4,5	141,5
NORGE 2009	71,8	7,6	21,9	24,8	217,4

Funn vedtaksrate i 3-årsperioden

Summeres alle tvangsmiddelvedtak ligger Helse Sør-Øst RHF klart høyest alle tre årene med vedtaksrate på mellom 255,1 (2007) og 303,4 (2008). Helse Midt-Norge ligger lavest alle tre årene med vedtaksrate på 42,1 i 2007, 81,5 i 2008 og 124,4 i 2009.

For mekaniske tvangsmidler kommer Helse Sør-Øst klart dårligst ut alle tre årene med vedtaksrate mellom 100,5 (2008) og 112,8 (2007). Helse Vest har færrest vedtak i denne gruppen i 2007 og 2009 med en vedtaksrate på mellom 2,5 (2009) og 3,2 (2007)

Isolasjon har ikke vært benyttet i Helse Midt-Norge og i Helse Nord i 2007 og minimalt også i de andre helseregionene. Helse Nord hadde heller ikke gjort noen vedtak om isolasjon i 2008. I Helse Vest er vedtaksraten steget til 26,6 i 2009.

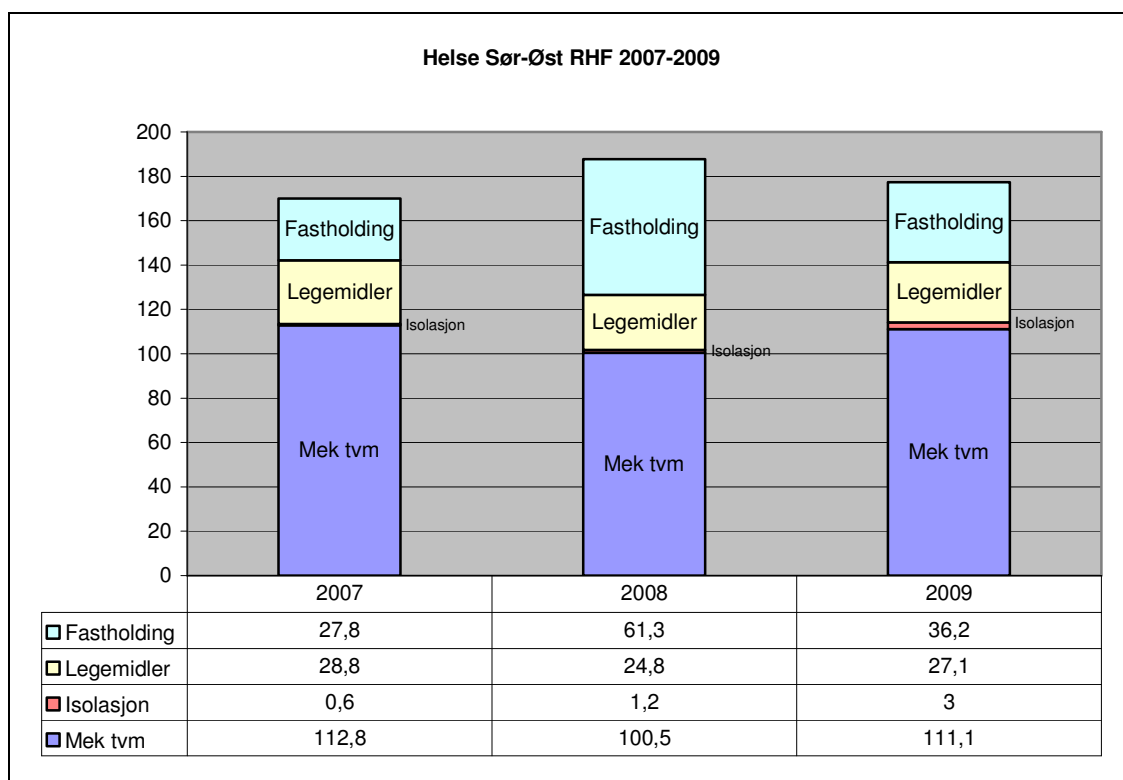
Vedtaksraten for korttidsvirkende legemidler varierer mellom 1,5 (Helse Vest 2007) og 31,4 (Helse Midt-Norge 2008)

Vedtaksraten for fastholding varierer mellom 0,0 (Helse Nord 2007) og 62,5 (Helse Vest 2008)

5.1.3 Tvangsvedtak Helse Sør-Øst RHF 2007-2009

Figuren illustrerer det høye nivået på tvangsvedtak i Helse Sør-Øst RHF. Nivået er jevnt stabilt høyt med en topp i 2008. I forhold til 2007 har det skjedd en økning begge år. Mekaniske tvangsmidler (§ 4-8, 2a) er den klart største gruppen og relativt stabilt høy med verdier som varierer mellom 100,5 (2008) og 112,8 (2007). Isolasjon (§ 4-8, 2b) er den klart minste gruppen og med lave verdier som varierer mellom 0,6 (2007) og 3,0 (2009). Korttidsvirkende legemidler (§ 4-8, 2c) varierer mellom 24,8 (2007) og 28,8 (2009). Fastholding (§ 4-8, 2d) viser en økende tendens i 3-årsperioden med en sterk økning fra 2007 til 2008 for så å avta i 2009. Verdiene varierer mellom 27,8 (2007) og 61,3 (2008).

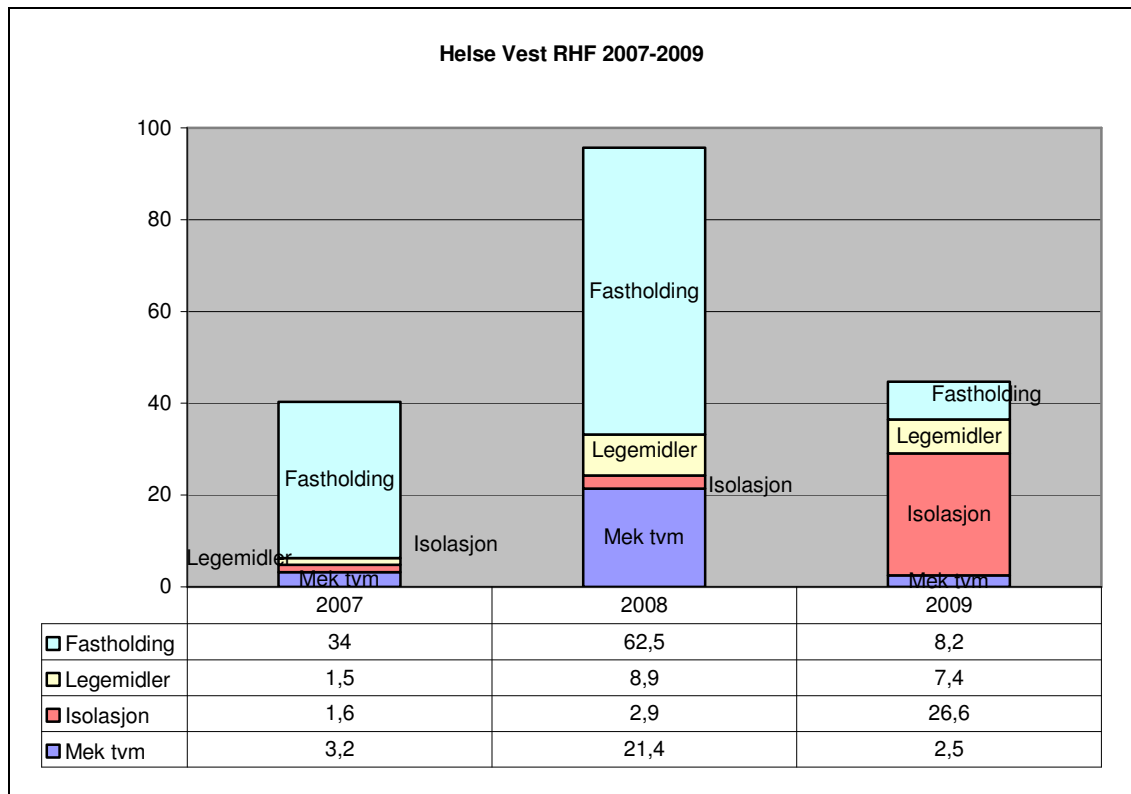
Figur 8: Tvangsvedtak Helse Sør-Øst. Vedtaksrate (r=10000). Skala 0-200.



5.1.4 Tvangsvedtak Helse Vest RHF 2007-2009

Figuren illustrerer det lave nivået av tvangsvedtak i Helse Vest RHF i forhold til Helse Sør-Øst. Skalaen på y-aksen i diagrammet er 0-100, halvparten av diagrammet til Helse Sør-Øst. I Helse Vest er det totalt sett en økning for vedtak i treårsperioden. Mekaniske tvangsmidler (§ 4-8, 2a) varierer sterkt i perioden med en kraftig økning i 2008 for deretter å nå et bunnivå i 2009. Verdiene for vedtaksrate for mekaniske tvangsmidler varierer mellom 2,5 (2009) og 21,4 (2008). Isolasjon (§ 4-8, 2b) viser en dramatisk økning i 2009 med nær en 10-dobling i forhold til årene før. Verdiene varierer mellom 1,6 (2007) og 26,6 (2009). Korttidsvirkende legemidler (§ 4-8, 2c) har også en sterk økning fra 2007 til 2008 for deretter å avta til et middelnivå i treårsperioden. Vedtaksraten varierer mellom 1,5 (2007) og 8,9 (2008). Fastholding (§ 4-8, 2d) utgjør den klart største gruppen. Det skjedde nærmest en fordobling i antall vedtak fra 2007 til 2008 for så å lande på et relativt lavt nivå. Vedtaksraten for fastholding varierer i treårsperioden fra 8,2 (2009) til 62,5 (2008).

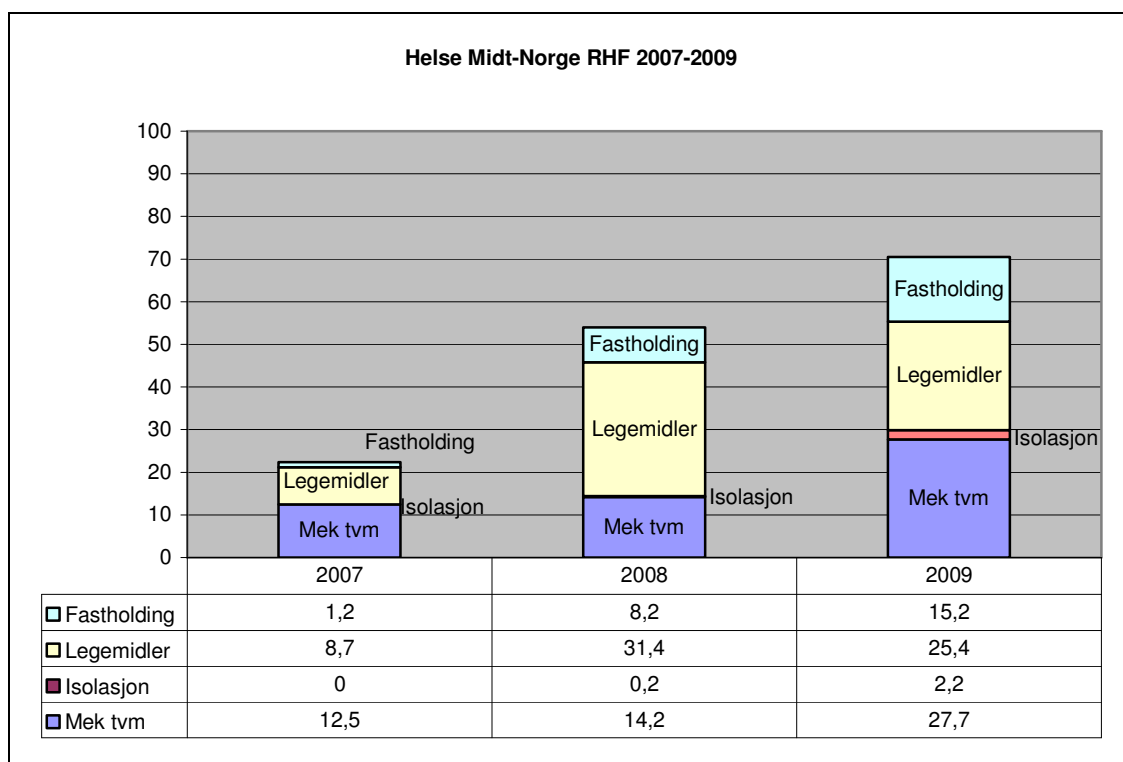
Figur 9: Tvangsvedtak Helse Vest. Vedtaksrate (r=10000). Skala 0-100.



5.1.5 Tvangsvedtak Helse Midt-Norge RHF 2007-2009

Figuren illustrerer det lave nivået av tvangsvedtak i Helse Midt-Norge RHF i forhold til Helse Sør-Øst. Skalaen på y-aksen i diagrammet er 0-100, halvparten av diagrammet til Helse Sør-Øst. I Helse Midt-Norge er det en dramatisk økning i summen av alle tvangsvedtak fra 2007 til 2008 og fra 2008 til 2009. Mekaniske tvangsmidler (§ 4-8, 2a) øker kraftig særlig fra 2008 til 2009 med nær en dobling. Verdiene for vedtaksrate for mekaniske tvangsmidler varierer mellom 12,5 (2007) og 27,5 (2009). Isolasjon (§ 4-8, 2b) utgjør den minste gruppen av vedtak og er ikke registrert i bruk som tvangsmiddel i 2007. Verdiene varierer mellom 0,0 (2007) og 2,2 (2009). Korttidsvirkende legemidler (§ 4-8, 2c) utgjør den klart største gruppen vedtak i Helse Midt-Norge og viser en sterk økning i treårsperioden i forhold til 2007-nivå med et toppår i 2008. Vedtaksraten varierer mellom 8,7 (2007) og 31,4 (2008). Fastholding (§ 4-8, 2d) viser en sterk økning i treårsperioden. Vedtaksraten for fastholding varierer i treårsperioden fra 1,2 (2007) til 15,2 (2009).

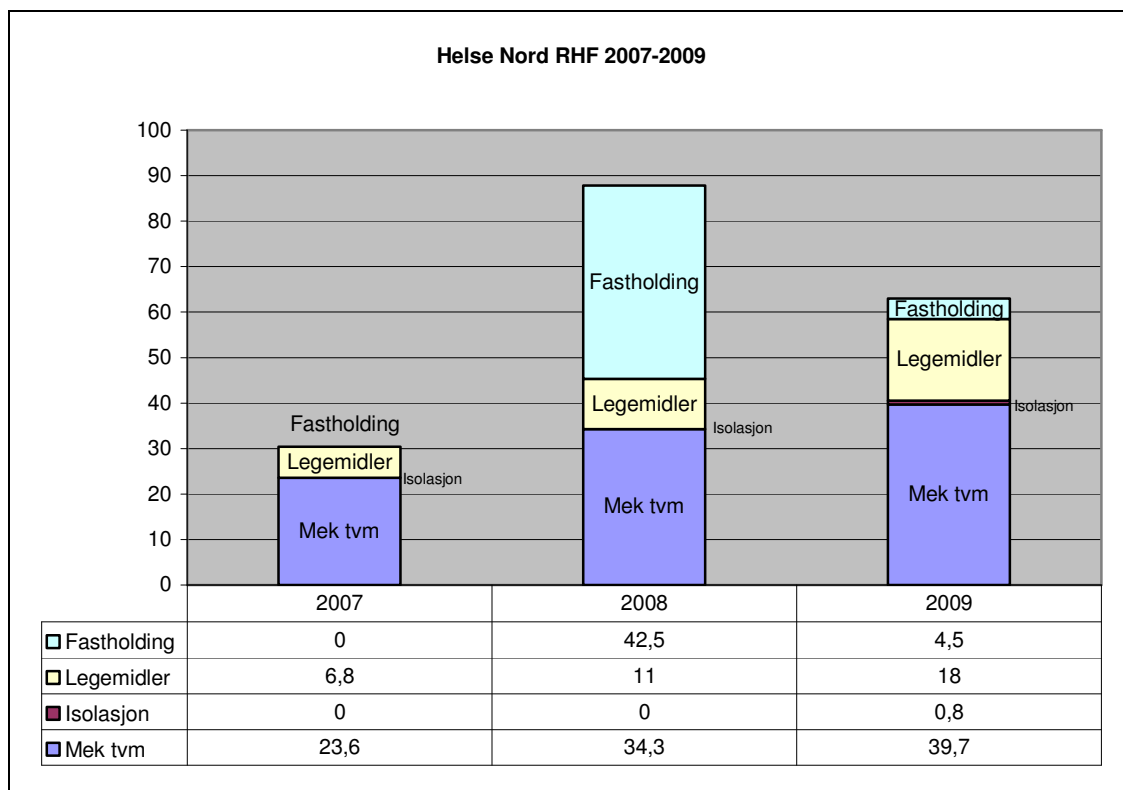
Figur 10: Tvangsvedtak Helse Midt-Norge. Vedtaksrate ($r=10000$). Skala 0-100.



5.1.6 Tvangsvedtak Helse Nord RHF 2007-2009

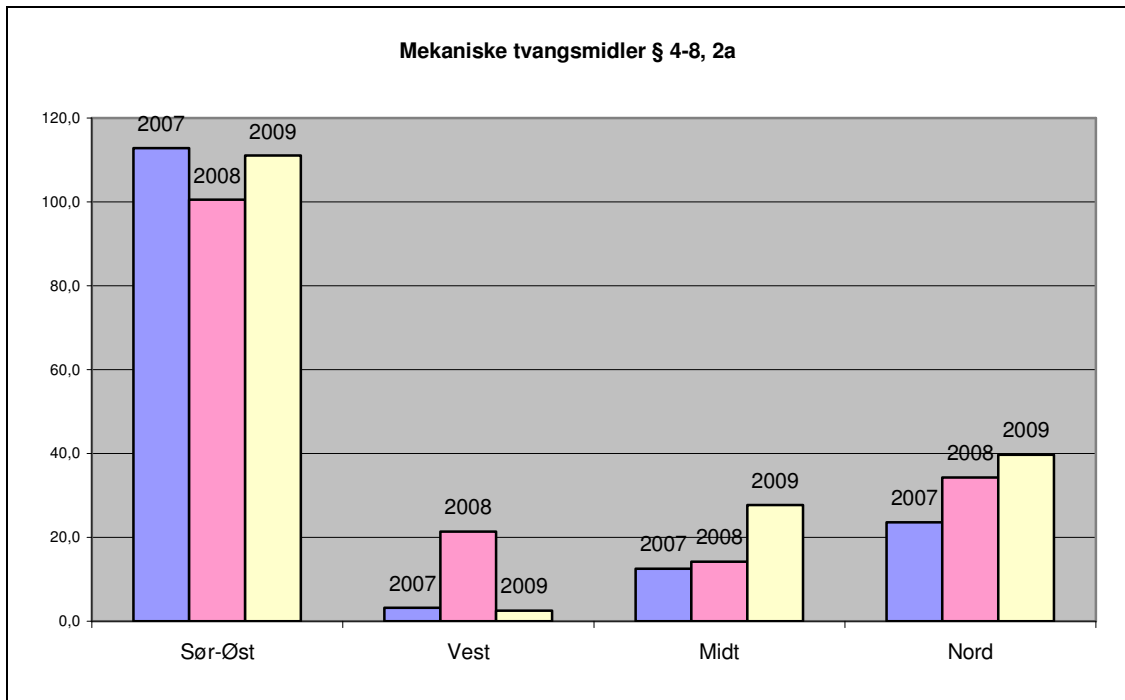
Figuren under illustrerer det lave nivået av tvangsvedtak i Helse Nord RHF i sammenlignet med Helse Sør-Øst. Skalaen på y-aksen i diagrammet er 0-100, d.v.s. halvparten av skalaen til Helse Sør-Øst. I Helse Nord er det en dramatisk økning i summen av alle tvangsvedtak fra 2007 til 2008, nær en tredobling. Fra 2008 til 2009 kan det registreres en nedgang. Årsaken til de høye verdiene i 2008 skyldes en stor anvendelse av fastholding som tvangsmiddel. For de andre årene er mekaniske tvangsmidler den største gruppen. Mekaniske tvangsmidler (§ 4-8, 2a) øker jevnt i treårsperioden og når et toppnivå i 2009. Verdiene for vedtaksrate for mekaniske tvangsmidler varierer mellom 23,6 (2007) og 39,7 (2009). Isolasjon (§ 4-8, 2b) utgjør den minste gruppen av vedtak og er ikke registrert i bruk som tvangsmiddel i 2007 og 2008. Verdiene varierer for isolasjon mellom 0,0 (2007) og 0,8 (2009). Korttidsvirkende legemidler (§ 4-8, 2c) viser en sterk økning i hele treårsperioden med nær en tredobling i 2009 i forhold til 2007-nivå. Vedtaksraten varierer mellom 6,8 (2007) og 18,0 (2009). Fastholding (§ 4-8, 2d) har en dramatisk topp i 2008 etter å ikke ha vært benyttet som tvangstiltak i 2007. Vedtaksraten for fastholding varierer i treårsperioden fra 0 (2007) til 42,5 (2008).

Figur 11: Tvangsvedtak Helse Nord. Vedtaksrate (r=10000). Skala 0-100.



5.1.7 Vedtak om mekaniske tvangsmidler § 4-8, 2 a. 2007-2009.

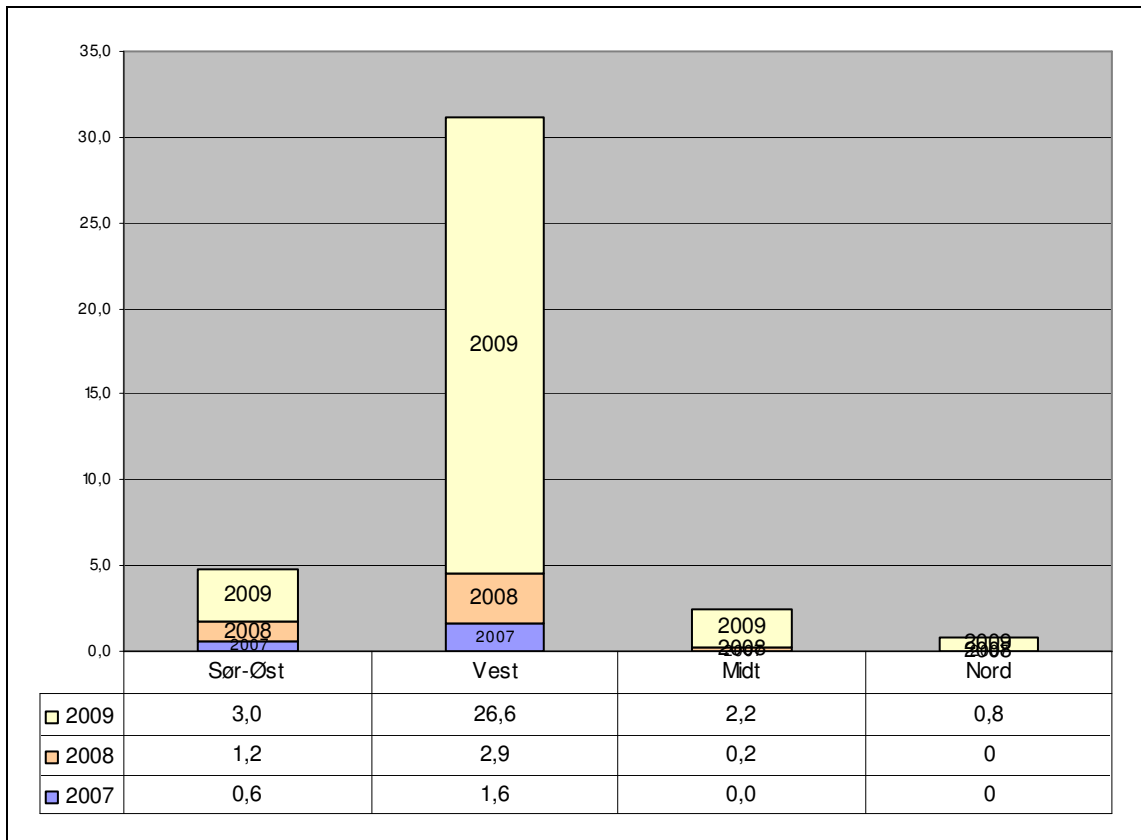
Figur 12: Sammenligning alle helseregioner. Ratejusterte tall (r=100000)



Diagrammet viser forskjellen i anvendelse av mekaniske tvangsmidler fra region til region fra år til år i periode 2007-2009. Helse Sør-Øst benytter denne form for tvangsmidler i mye større grad enn de andre helseregionene med stabilt høye tall i hele perioden. Lavest ligger Helse Vest som bortsett fra i 2008 har svært få vedtak i denne kategori. For Helse Midt-Norge og Helse Nord er det en klart økende tendens i denne tidsperioden.

5.1.8 Vedtak om isolering § 4-8, 2 b. 2007-2009

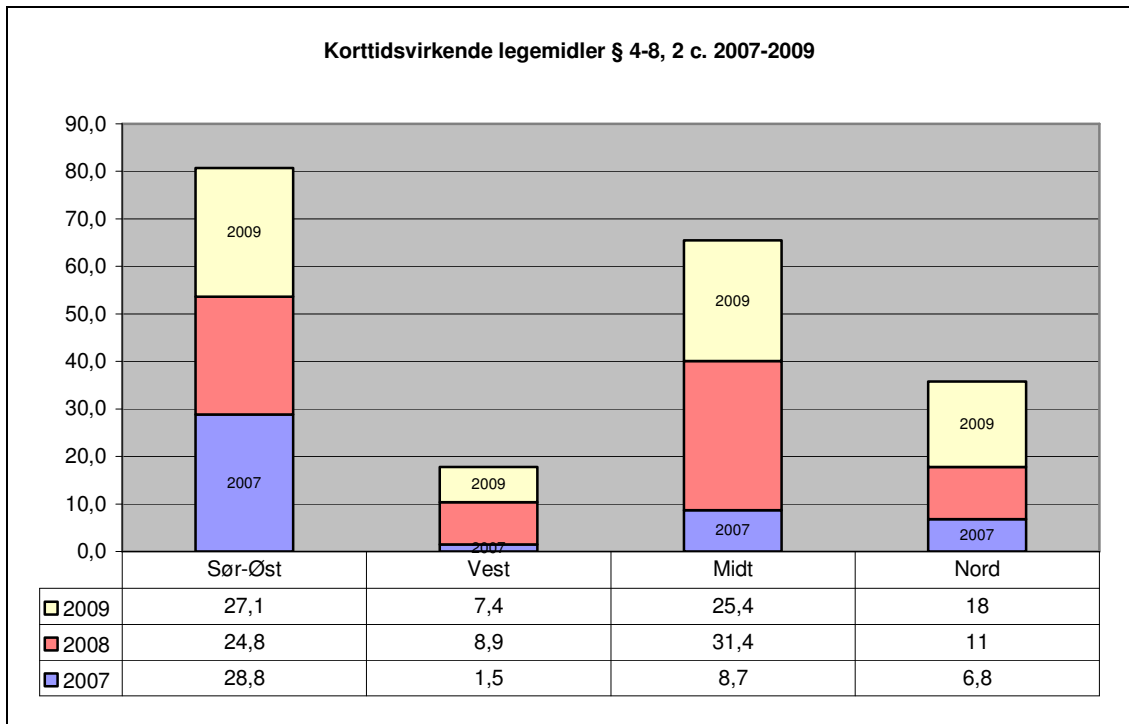
Figur 13: Sammenligning alle helseregioner. Ratejusterte tall (r=100000)



Diagrammet viser store forskjeller i anvendelse av isolasjon som tvangsmiddel fra region til region. For alle helseregionene har det skjedd en økning i bruk av isolasjon fra 2007 til 2009. Helse Vest har åpenbart hatt et stort overforbruk av dette tvangsmiddelet i 2009. Helse Nord forekommer isolasjon svært sjelden og var ikke i bruk for i 2009.

5.1.9 Vedtak om korttidsvirkende legemidler § 4-8, 2 c. 2007-2009

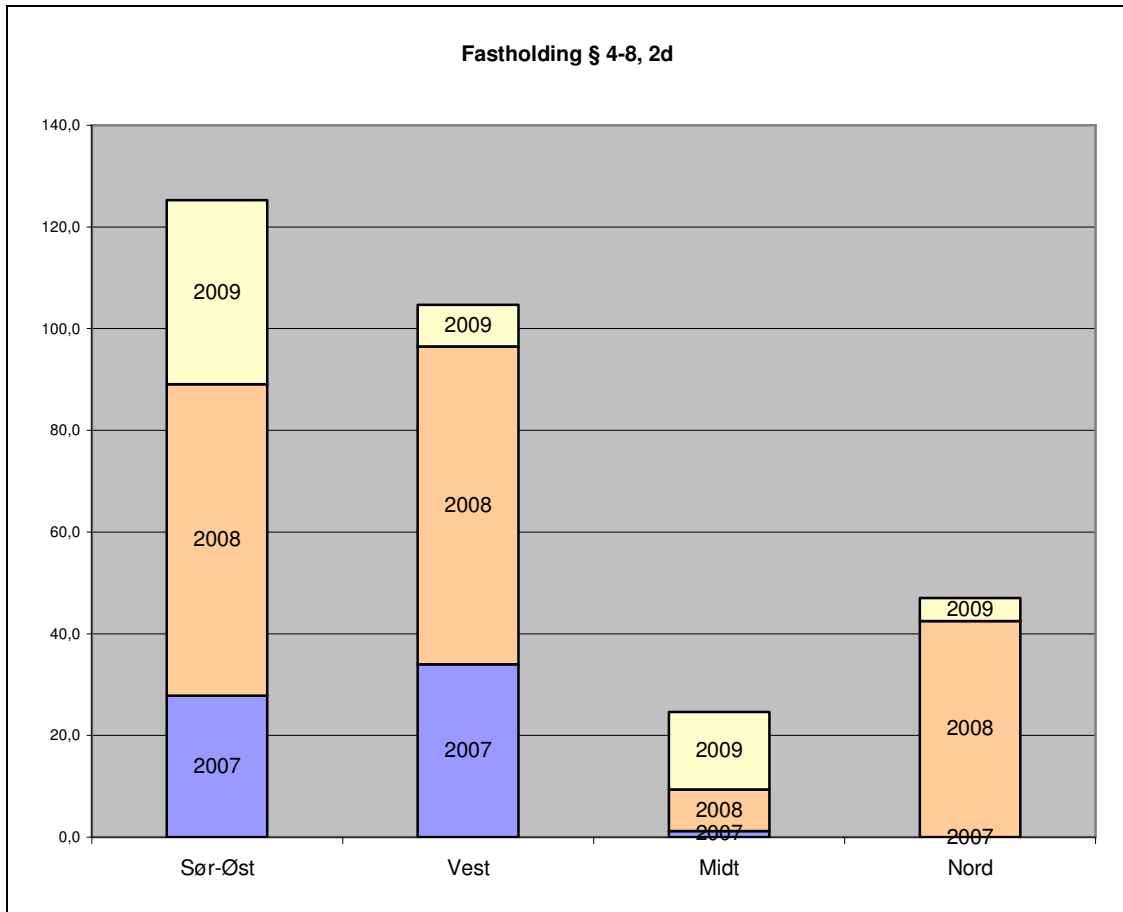
Figur 14: Sammenligning alle helseregioner. Ratejusterte tall (r=100000)



Diagrammet viser store forskjeller mellom regionene i bruk av korttidsvirkende legemidler. Helse Sør-Øst har stabilt høy bruk av denne type tvangsmiddel alle 3 årene. Størst bruk av korttidsvirkende legemidler skjedde i Helse Midt-Norge i 2008 for deretter å bli noe redusert. Tiltaket er minst brukt i Helse Vest. I 2007 var det omtrent ikke noen registrerte vedtak i denne kategori. I Helse Midt-Norge og Helse Nord er det økende tendenser i forhold til 2007 for bruk av korttidsvirkende legemidler.

5.1.10 Vedtak om fastholding som tvangsmiddel § 4-8, 2 d. 2007-2009

Figur 15: Sammenligning alle helseregioner. Ratejusterte tall (r=100000)



Diagrammet viser at fastholding som tvangsmiddel forekommer mest i Helse Sør-Øst i treårsperioden. Helse Vest ser ut til å ha fått den negative utviklingen fra 2007 og 2008 under kontroll i 2009 med sterk reduksjon dette året. Minst bruk av fastholding har skjedd i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Den høye forekomsten av fastholding i 2008 i Helse Nord er redusert i betydelig grad i 2009.

6.0 DISKUSJON

6.1 Metodeevaluering

Det var viktig å få foretatt denne undersøkelsen akkurat nå. Grunnet omorganiseringen av helseregionene i 2007 og endringer i rapporteringsrutinene for kontrollkommisjonen, er årsrapportene fra disse 3 årene unike. For 2010 vil det ikke være mulig å benytte denne metoden og muligheten for oppfølging faller bort.

Denne undersøkelsen har foregått på samme måte med de samme informantene i 3 sammenhengende år. At resultatene på landsbasis er så like for de 3 årene tyder på at vi kan stole på tallene. Dette viser at undersøkelsen har høy validitet. Å bruke befolkningsjustert rate for å sammenligne populasjonene er en anerkjent metode og benyttes i alle forskningsprosjekter innen helseforskningsmiljøer i Norge. Den brukes i også i helsedirektoratets analyser av innrapporterte data ved Norsk pasientregister.

Kontrollkommisjonene er en instans regulert av et omfattende regelverk hvis hovedoppgave er å sikre rettssikkerheten for pasientene. Kontrollkommisjonen jobber etter strenge juridiske og forvaltningsmessige prinsipper som krever stor nøyaktighet og årvåkenhet. Kontrollkommisjonene er nøytrale og uhildede og med bred kompetanse. Dette gir kontrollkommisjonen høy troverdighet.

Kontrollkommisjonenes årsmeldinger bygger på omhyggelige registreringer. Ingen slipper unna! Alt kontrollkommisjonen foretar seg skal kunne dokumenteres og holde juridisk i retten. Ankeinstans for avgjørelser i kontrollkommisjonen er domstolene og saksbehandling og begrunnelser for beslutninger må være forankret. Er noe glemt eller utelatt kan det få store konsekvenser.

De nominelle tallene fra kontrollkommisjonene som legges frem i denne studien er ”harde fakta”. Usikkerheten som kan tenkes knytter seg til registreringsdelen, om behandlingsstedet og faglig ansvarlig faktisk rapporterer om vedtak eller om det foregår en underrapportering eller underregistrering. Underregistrering kan skyldes for slappe rutiner internt på behandlingsstedet eller at overordnet helsepersonell har en bevisst holdning til at episoder med bruk av tvangsmidler skal passere uten registrering. Det kan også tenkes at det finnes grensetilfeller der faglig ansvarlig vurderer episoder som

ikke rapporteringspliktig, særlig ettersom vurderinger i stor grad er basert på skjønn. De mange gråsoner gjør det påkrevd med et enda tydeligere regelverk. Dette er også et system som i stor grad er basert på tillit. Tillit til at faglig ansvarlig har oversikt over alt som skjer på avdelingen, gjør vedtak når loven krever det og rapporterer til kontrollkommisjonen på en samvittighetsfull måte.

6.2 Drøfting av funn

Problemstilling A. Funn på landsbasis

Kurvene på landsbasis viser klar økende tendens for alle kategorier tvangsmidler i treårsperioden slik figur 4 viser. Det kan påvises noe endringer i fordelingen av ulike tvangsmidler, med noe mindre bruk av mekaniske tvangsmidler i forhold til andre tvangsmidler. 2008 var et avvikende år på mange måter med svært høy rapportering av fastholding. Dette kan forklare en mindre nedgang i bruk av andre tvangsmidler dette året. Man søkte angivelig å løse situasjonene med fastholding for å unngå andre tvangsmidler, for så å forlate dette prinsippet i 2009.

Problemstilling B. Funn på helseregionnivå

Utfordringene for Helse Sør-Øst må være å få ned tvangsbruken totalt sett. I denne helseregionen synes situasjonen å være helt ute av kontroll. Tvangsbruken må halveres for å komme ned på nivå med de andre helseregionene. Sann sett kan det hevdes at hovedproblemet med overforbruk av tvangsmidler i Norge skyldes forholdene i Helse Sør-Øst. Denne studien viser klart dette. Mekaniske tvangsmidler er det mest brukte tvangsmiddelet i denne helseregionen og ligger stabilt svært høyt i hele treårsperioden. Også for fastholding er det stabilt høye verdier i Helse Sør-Øst. Kun for isolasjon er tallene lave.

Utfordringene for Helse Vest må være å få ned bruken av isolasjon som viste en sterk økning fra 2008 til 2009. Etter et toppår i 2008 for fastholding og mekaniske tvangsmidler har man lyktes å få dette drastisk redusert i 2009 men likevel ligger bruken av tvangsmidler i 2009 totalt sett over 2007-nivå.

Utfordringene for Helse Midt-Norge synes å ligge på den generelle økningen i det samlede antall tvangsvedtak i treårsperioden. Økningen er på 220%. I Helse Midt-Norge er korttidsvirkende legemidler det mest brukte tvangsmiddelet i treårsperioden.

Utfordringene for Helse Nord synes å være å snu trenden for mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler. Helse Nord lykkes i å få ned bruken av fastholding fra 2008 til 2009. I Helse Nord var mekaniske tvangsmidler det mest brukte tvangsmiddelet i treårsperioden.

Det har ikke vært mulig å finne sammenligningsdata for de tre årene som omfattes av denne studien. Dette skyldes feil og mangler i offisielle tall fra Norsk pasientregister. Det er usannsynlig at de store variasjonene tvangsmiddelbruk har med befolkningsstruktur å gjøre slik SINTEF antar kan være en forklaring på de store forskjellene i bruk av tvangsinnleggelser mellom sykehus.

Man kan undre seg på hvorfor kontrollkomisjonenes årsmeldinger ikke har vært mer anerkjent som kildemateriale i helsedirektoratets statistikker for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern.

6.3 Betydning for praksis

Funnene i denne studien viser at psykisk helsevern står overfor store utfordringer når det gjelder bruk av tvangsmidler. Særlig bekymringsfullt er de store variasjonene mellom regionene. Tross alt følger de det samme regelverket og har mange andre felles rammebetingelser. Det er vanskelig å finne gode forklaringer på dette. De store variasjonene mellom helseregionene må etter alt å dømme skyldes ulik praksis. Ulik praksis må igjen skyldes ulik kultur, ulik tolkning av lovverk og en må anta at ansvaret i stor grad ligger på ledernivå. Uten at myndighetene får endret holdninger hos denne gruppen vil trolig lite kunne gjøres. Imidlertid ser vi at yngre leger har en mer ydmyk stil og etter hvert som vi får et generasjonsskifte ved at eldre overleger pensjoneres, vil ting antagelig kunne endre seg av seg selv. Rapportene fra SINTEF virker vage på dette punkt og det nevnes ikke i noen av de tre store rapportene at maktstrukturer kan være en årsaksfaktor til variasjoner fra sykehus til sykehus. SINTEF antyder at forskjellene i hyppighet i tvangsinnleggelser skyldes ulikt press på tjenestene og at enkelte steder i

landet er psykisk helsevern tilbud dårligere utbygd. Ettersom hver helseregion er så vidt store og alle har en differensiert struktur på tjenesteapparatet synes dette ikke å være en sannsynlig forklaring. For å kunne fastslå dette måtte undersøkelser vært gjort på driftsenhetsnivå slik som Skar gjorde ved to institusjoner i Troms.

Det er viktig å sette inn ressurser der det kan påvises å være særlig store utfordringer. Noen må tørre å sette fingeren på der problemene med overforbruk er størst. Det ville være "urettferdig" for de helseregionene hvor det er påvist lav anvendelse av tvangsmidler å måtte gjennomgå de samme prosessene som de regionene med høy anvendelse av tvangsmidler. De helseregionene som har overforbruk må gå i dybden, finne årsaker og peke på løsninger.

Det ligger åpenbart også utfordringer i å finne felles forståelse for sentrale begreper i regelverket. Norsk helselovgivning bruker "nødvendig helsehjelp" som et sentralt begrep. Men hva er nødvendig? Dette blir en vurderingssak. Her kan helsepersonell i stor grad bruke sitt eget skjønn og for mye kan bli overlatt til tilfeldighetene.

I psykisk helsevernloven brukes begrepene "kortvarig" (for eksempel om isolasjon), "korttidsvirkende" (om legemidler), men disse begrepene er like diffuse som begrepet "nødvendig". (Hvor lang er en fisk eller hvor høyt er et tre?) I folkelig tale vil en tenke at kortvaring kunne dreie seg om minutter eller timer. I bruk av tvangsmidler ved psykiatriske avdelinger dreier kortvarig seg om uker. Det er uholdbart med en slik begrepsforvirring.

Et annet eksempel på uklare formuleringer er hva slags tilsyn som kreves under isolasjon. I tvangsmiddelforskriften står det: *Ved bruk av tvangsmidler skal pasienten ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale* (Tvangsmiddelforskriften § 7). I psykisk helsevernloven står det: *Som tvangsmiddel kan anvendes kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede* (phvl. 4-8, 2 b). Det skal skje kontinuerlig tilsyn uten at personale er tilstede. Her synes det å være en selvmotsigelse.

Sterke profesjonsinteresser må antas å spille en rolle i forklaringen på de store forskjellene mellom regionene. Det finnes mange mektige overleger i dette systemet, hvor underordnede leger og øvrig helsepersonell må finne seg i hva som bestemmes

ovenfra. Men utfordringene finnes på flere plan, bl.a. på opplæringssiden og ved rekruttering. I rekruttering av miljøpersonell ved psykiatriske avdelinger må det legges særlig vekt på egnethet i forhold til ansettelse. Det er ikke nok å være stor og sterk! Utstrakt bruk av ufaglærte er klart en uheldig faktor og påvirker resultatene negativt. Det er også uheldig at det er ”slåsskjemper” i så stor grad leies inn som vikarer. Det er kjent at vektere og politifolk hyppig går igjen som ekstravakter i dette systemet.

6.4 Utfordringer videre fremover.

I materialet fra kontrollkommisjonene ville det være mulig for helsedirektoratet å gå videre i analysen og sammenligne bruk av tvangsmidler på driftsenhetsnivå. I mitt kildemateriale er dette ikke mulig fordi sorteringen kun har foregått på helseregionnivå. Dette har skjedd fra helsedirektoratets side. Ved å systematisere kontrollkommisjonenes årsmeldinger etter driftsenhet ville det komme frem et bilde av tvangsmiddelbruken ved de enkelte driftsenhetene. Metodisk ville det by på problemer å ratejustert etter befolkning i opptaksområdet da det ville være umulig å nøyaktig nok definere et opptaksområde. Men ved å anvende andel i forhold til antall liggedøgn og plasstall ville det være mulig å gjøre valide funn også på institusjonsnivå.

6.4.1 Forslag til tiltak:

1. Det må forskes videre med tanke på å finne årsakene til variasjoner i tvangsmiddelbruk mellom helseregionene.
2. Det må forskes videre på den høye forekomsten av tvangsmiddelbruk i aktuelle helseregioner. Helse Sør-Øst RHF står åpenbart overfor særlig store utfordringer.
3. Det må bli økt fokus på forskning om alternativer til tvangsmidler og på følger av opplevd tvang.
4. Det må satses på bedre opplæring av helsepersonell i rettsikkerhet, etisk refleksjon og alternativer til bruk av tvang.
5. Helseprofesjonene må sette bruk av tvang og tvangsmidler på agendaen.
6. Kvalitetssikring av rutiner for tvangsbruk med reell avviksrapporing må gjennomføres.
7. Systemer som i dag utelukkende er basert på tillit, må opphøre.

8. Retningslinjer for utøvelse av tvang, en ”vær varsom plakat” bør utarbeides. Dette må komme fra sentralt hold.
9. Det bør opprettes en ny type stilling som tilsynsfører ved avdelingene som kontinuerlig overvåker tvangsmiddelbruken. Dette må være personell med både juridisk og helsefaglig kompetanse.
10. Lovverket må gi mindre rom for tolkninger og tilpasses til internasjonale konvensjoner.
11. Forskriftene om tvangsmiddelbruk må få presiseringer om hva som er tillatt av tvangsmidler og hvordan dette skal brukes.
12. Det må defineres i psykisk helsevernloven hva som er korttidsvirkende legemidler og hva som er kortvarig fastholding.
13. Kontrollkommisjonen må styrkes og bør bli en formell rapporteringsinstans for tvangsmiddelbruk til Norsk pasientregister.
14. En uavhengig kommisjon bør granske tvangsmiddelbruk ved behandlingenheter der det påvises store avvik.

6.5 Konklusjon

Psykiatriske avdelinger er lukkede samfunn og rigide systemer styrt av profesjoner som står svært sterkt i Norge. Tradisjoner og kultur er fastgroddede strukturer. Det er lite trolig at endringer på dette feltet vil skje innenfra. Dette bidraget kan forhåpentlig skape liv i debatten om bruk av tvangsmidler i Norge.

Likegyldighet er den største faren for å overse utfordringene på dette feltet.

LIKEGYLDIGHET skrevet av Martin Niemöller i 1946

Først tok de kommunistene

men jeg brydde meg ikke

for jeg var ikke kommunist.

Deretter tok de fagforeningsfolkene

men jeg brydde meg ikke

for jeg var ikke fagforeningsmann.

Så tok de jødene

men jeg brydde meg ikke

for jeg var ikke jøde.

Til slutt tok de meg. Men da var det ingen igjen til å bry seg.

LITTERATUR

Amnesty (2011). <http://www.amnesty.no/aktuelt/flere-nyheter/arkiv-nyheter/amnesty-ber-helseministre-forebygge-overgrep-i-helsesektoren> hentet 4.5.2011.

Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222.

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.

Bovim, O. (2005). *Om bruk av nødrett i psykisk helsevern*. Særavhandling. Universitetet i Bergen, Juridisk fakultet

Dagens Medisin (2001). Artikkel 04/2001: Etske sideblikk. Frihet til tvang.

Den europeiske menneskerettskonvensjonen av 1950

Den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter av 1966.

Felleskatalogen 2010.

Fisher, W. (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Litterature, *American Journal of Psychiatry* 151:11, November 1994.

Forskrift om undersøkelse og behandling uten eget samtykke (tvangsbehandlingsforskriften) Fastsatt ved kgl. res. 24. november 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-4. Fremmet av Sosial- og helsedepartementet.

Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet (tvangsmiddelforskriften). Fastsatt ved kgl. res. 24. november 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-8.

Forskrift om kontrollkomisjonens virksomhet. FOR 2000-12-21 nr 1408

Henriksen og Vetlesen. (2006). Nærhet og distanse. Oslo: Gyldendal.

Howitt, D. & Cramer, C. (2008) Statistics in Psychology. Harlow, England: Pearson Education Limited

Høyer, G (2008) Foredrag om tvang. Universitetet i Tromsø

Helsedirektoratet 2009:

http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/indikatorer_psykisk/

IS-1861 (2010) Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009

IS-1370 (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern

IS-1370B (2009). Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven - Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern.

IS-1338 (2005). Evaluering av kontrollkomisjonene i psykisk helsevern

IS-1749 (2009). Norsk pasientregister: *Aktivitetsdata psykisk helsevern for voksne 2008*.

IS-1338 (2005). Rapport. Evaluering av kontrollkomisjonene i psykisk helsevern.

LOV-1902-05-22-10: Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven).

LOV-1967-02-10: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).

LOV 1999-05-21 nr 30: Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

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

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Natvig, R. (1993). Sykepleieetikk. Oslo: Universitetsforlaget

Norsk Sykepleierforbund. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Oslo.

NOU 1988:8 Lovforarbeider til lov om psykisk helsevern uten eget samtykke.

Ringdal, K. (2007) Enhet og mangfold. Bergen: Fagbokforlaget

Sanden, Sølvi (2008). Foredrag ved Sørlandet Sykehus om kontrollkommisjonenes arbeid, Internundervisning psykiatrisk avdeling

SINTEF (2001) Sammenligningdata for psykisk helsevern 2000

SINTEF (2009). Kontroll av rapporterte institusjons- og pasientdata om tvangsmiddelbruk, vedtak om skjerming og tvangsbehandling.

SINTEF (2008). Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. Sluttrapport

Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., & Bjelland, A. K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 28(4), 19 - 23.

Statistisk sentralbyrå SSB . Befolkningsdata (2007)

St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

Testad, I. (2004). *Tvang i det godes tjeneste?: om bruk av mekaniske tvangsmidler i psykiatrien*. I. Testad, Oslo.

Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behavioral sciences and the law* 1993; 11: 239-258

Wikipedia (2011A) <http://no.wikipedia.org/wiki/Tvangsinnleggelse> Hentet 4.3.2011

Wikipedia (2011B) <http://da.wikipedia.org/wiki/Magt> Hentet 5.2.2011

Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic journal of psychiatry*, Vol. 57(6), 453-459.

VEDLEGG

Mal for kontrollkomisjonenes årsmeldinger

Mal- årsrapport for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern

01. Antall anmeldte og uanmeldte besøk på institusjonene m.v. jf. kontrollkommisjonsforskriften § 4-1

- Antall anmeldte kontrollbesøk: 0
- Antall uanmeldte kontrollbesøk: 0

02. Behandling av saker i henhold til § 2-1 annet ledd

- Kontrollkommisjonens vedtak
 - Vernet etableres: 0
 - Vernet etableres ikke: 0
 - Annet (merknad i kommentar-feltet): 0
- Totalt antall saker om etablering av psyk. hv. med opphold i inst. for barn som har fylt 12 år når barnet ikke er enig i tiltaket: 0

03. Etterprøving av begjæringer i henhold til § 2-2 fjerde ledd

- Kontrollkommisjonens vedtak
 - Medhold: 0
 - Ikke medhold: 0
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
- Totalt antall etterprøvelser av begjæring om pasientens samtykke til å være undergitt tv. psyk. helsevern

04. Kontrollkommisjonens behandling av klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon jf. § 3-2 og § 3-7

- Klage fra henholdsvis
 - Nærmeste pårørende: 0
 - Pasienten: 0
- Kontrollkommisjonens vedtak
 - Medhold av prosessuelle grunner: 0
 - Medhold av materielle grunner: 0
 - Avslag: 0
 - Avvisning: 0
 - Annet (merknad i kommentar-feltet): 0
- Klagen er trukket: 0

05. Behandling av klager på vedtak om opphør av tvungen observasjon i henhold til § 3-7

- Antall klager fra henholdsvis
 - Begjærende myndighet: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
 - Pasient: 0
- Kontrollkommisjonens vedtak
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
 - Avvisning: 0
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
- Klagen er trukket: 0

06. Samtykke til forlengelse av tvungen observasjon iht § 3-2 tredje ledd

- KK leders avgjørelse
 - Antall forespørsler om forlenget observasjons-tid: 0
 - Antall innvilget: 0
 - Antall avslått: 0

07. Kontrollkomisjonens behandling av klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern jf. § 3-3 og § 3-7

- Antall klager fra henholdsvis
 - Nærmeste pårørende: 0
 - Pasienten: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Medhold av prosessuelle grunner: 0
 - Medhold av materielle grunner: 0
 - Avslag: 0
 - Avvisning: 0
 - Annet (merknad i kommentar-felt): 0
- Klagen er trukket: 0

08. Behandling av klager på vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern i henhold til § 3-7

- Antall klager fra henholdsvis
 - Begjærende myndighet: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
 - Pasienten: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
 - Avvisning: 0
 - Annet (merknad i kommentar-felt): 0
- Klagen er trukket: 0

09. Kontrollkomisjonens behandling av klager på vedtak om ikke å etablere tvungen obs. eller tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-2 og § 3-3

- Antall klager fra henholdsvis
 - Begjærende myndighet: 0
 - Nærmeste pårørende : 0
 - Pasient: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
 - Avvisning: 0
 - Annet (merk. i kommfelt): 0
- Klagen er trukket: 0

10. Dokumentkontroll i henhold til § 3- 8 første ledd

- Antall saker der etableringen var i strid med
 - Prosessuelle regler: 0
 - Materielle regler: 0
- Kommisjonens avgjørelse
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
 - Vernet opphører: 0
 - Vernet opprett-holdes: 0
- Totalt antall dokumentkontroller av etablering av tvungent psykisk helsevern: 0
- Totalt antall dokumentkontroller av etablering av tvungen observasjon: 0

11. Etterprøving etter tre måneder i henhold til § 3-8 annet ledd

- Kontroll av individuell plan
 - Individuell plan forelå: 0
 - Individuell plan forelå ikke: 0
- Kontrollkommisjonens vedtak
 - Vernet opprettholdes: 0
 - Vernet opphører: 0
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
- Totalt antall etterprøvinger etter tre måneder: 0

12. Samtykke til forlengelse av tvungent psykisk helsevern utover ett år i henhold til § 3- 8 tredje ledd

- Kontrollkommisjonens vedtak
 - Vernet forlenges: 0
 - Vernet opphører: 0
 - Annet (Merknad i kommentarfelt): 0
- Totalt antall søknader om forlengelse i henhold til § 3-8 tredje ledd: 0

13. Klager på vedtak om skjerming i henhold til § 4-3

- Antall klager
 - Pasient under frivillig psykisk helsevern: 0
 - Pasient under tvunget psykisk helsevern: 0
- Antall klager fra henholdsvis
 - Pasienten: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
- Kontrollkommisjonens vedtak
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
 - Avvisning: 0
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-3 : 0
- Klagen er trukket: 0

14. Klager på vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen i henhold til § 4-5 annet ledd

- Antall klager fra henholdsvis
 - Nærmeste pårørende: 0
 - Pasienten: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
 - Avvisning: 0
 - Annet (merk. i komm.felt): 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-5 annet ledd : 0
- Klagen er trukket: 0

15. Klager på vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen i henhold til § 4-5 fjerde ledd

- Antall klager
 - Pasient under frivillig psykisk helsevern: 0
 - Pasient under tvunget psykisk helsevern: 0
- Antall klager fra henholdsvis
 - Pasienten: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
 - Avvisning: 0
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-5 fjerde ledd : 0
- Klagen er trukket: 0

16. Klager på vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon, i henhold til § 4-6

- Antall klager
 - Pasient under frivillig psykisk helsevern: 0
 - Pasient under tvunget psykisk helsevern: 0
- Antall klager fra henholdsvis
 - Pasient: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
 - Avvisning: 0
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-6: 0
- Klagen er trukket: 0

17. Klager på vedtak om beslag i henhold til § 4-7

- Antall klager
 - Pasient under frivillig psykisk helsevern: 0
 - Pasient under tvunget psykisk helsevern: 0
- Antall klager fra henholdsvis
 - Pasienten: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
 - Avvisning: 0
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-7: 0
- Klagen er trukket: 0

18. Klager på vedtak om urinprøve i henhold til § 4-7 a annet ledd

- Antall klager fra henholdsvis
 - Nærmeste pårørende: 0
 - Pasienten: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
 - Avvisning: 0
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-7 a annet ledd: 0
- Klagen er trukket: 0

19. Klager på vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, i henhold til phvl § 4-8 annet ledd litra a

- Antall klager
 - Pasient under frivillig psykisk helsevern: 0
 - Pasient under tvunget psykisk helsevern: 0
- Antall klager fra henholdsvis
 - Pasienten: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
 - Avvisning: 0
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-8 annet ledd litra a: 0
- Klagen er trukket: 0

20. Klager på vedtak om kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede i henhold til § 4-8 annet ledd litra b

- Antall klager
 - Pasient under frivillig psykisk helsevern: 0
 - Pasient under tvunget psykisk helsevern: 0
- Antall klager fra henholdsvis
 - Pasienten: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
 - Avvist: 0
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-8, annet ledd litra b: 0
- Klagen trukket: 0

21. Klager etter vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler, i henhold til § 4-8 annet ledd litra c

- Antall klager
 - Pasient under frivillig psykisk helsevern: 0
 - Pasient under tvunget psykisk helsevern: 0
- Antall klager fra henholdsvis
 - Pasienten: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
 - Avvist: 0
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-8, annet ledd litra c: 0
- Klagen trukket: 0

22. Klager på vedtak om bruk av kortvarig fastholding i henhold til tvunget psykisk helsevern § 4-8, annet ledd litra d

- Antall klager
 - Pasient under frivillig psykisk helsevern: 0
 - Pasient under tvunget psykisk helsevern: 0
- Antall klager fra henholdsvis
 - Pasienten: 0
 - Nærmeste pårørende: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Annet(merknad i kommentarfelt) : 0
 - Avvist: 0
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
- Antall vedtak i henhold til § 4-8, annet ledd litra d: 0
- Klagen trukket: 0

23. Klager på vedtak om overføring i henhold til § 4-10

- Antall klager fra henholdsvis
 - Nærmeste pårørende: 0
 - Pasient: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
 - Avvist: 0
 - Annet (merkand i komm.felt): 0
- Klagen trukket: 0

24. Klager på vedtak om overføring i henhold til § 5-4

- Antall klager fra henholdsvis
 - Nærmeste pårørende: 0
 - Påtale-myndighet: 0
 - Domfelte: 0
- Kontrollkomisjonens vedtak
 - Medhold: 0
 - Avslag: 0
 - Avvist: 0
 - Annet (merknad i kommentarfelt): 0
- Klagen trukket: 0

