Rapport
IS-2687

Helsedirektoratet

Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2016

Publikasjonens tittel: Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2016

Utgitt:	05/2018
Utgitt av:	Helsedirektoratet
Kontakt:	Avdeling psykisk helsevern og rus Avdeling økonomi og analyse
Postadresse:	Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse:	Universitetsgata 2, Oslo
	Tlf.: 810 20 050 Faks: 24 16 30 01 www.helsedirektoratet.no

Heftet finnes kun i elektronisk utgave

Forfattere:	Per Bernhard Pedersen Wenche Dahl Elde

INNHOLD

Innhold 3

Innledning 5

Sammendrag 7

1 Kontrollkommisjonenes virksomhet i 2016 11

1.1 Innledning 11

1.2 Datagrunnlag og metode 11

1.2.1 Geografiske forskjeller 11

1.3 Behandling av saker etter phvl. § 2-1 annet ledd 12

1.4 Etterprøving av begjæring i henhold til phvl. § 2-2 fjerde ledd 12

1.5 Dokumentgjennomgang og kontrollvirksomhet ved vedtak etter phvl. kapittel 3 12

1.5.1 Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern 12

1.5.2 Unntak fra konverteringsforbudet 17

1.5.3 3-måneder kontroll og kontroll etter ett år under tvungent psykisk helsevern. 18

1.6 Kontrollkommisjonenes behandling av klager 20

1.6.1 Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon/tvungent vern 20

1.6.2 Klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon/tvungent vern og klager på vedtak om oppheving av tvungen observasjon/tvungent vern 28

1.6.3 Klager på vedtak om bruk av skjerming og tvangsmidler 28

1.6.4 Klager på vedtak om overføring, jf. phvl. § 4-10 30

1.6.5 Klager på andre kapittel 4-vedtak. 30

2 Fylkesmannens behandling av klager over vedtak om behandling uten eget samtykke 31

3 Kontrollkommisjonens velferdskontroll i 2016 35

3.1 Innledning 35

3.2 Kontrollkommisjonens merknader fra velferdskontrollen 35
3.2.1 Kontroll med restriktive tiltak 35
3.2.2 Husordensregler 36
3.2.3. Samtaler med pasienter 36
3.2.4 Fysiske forhold 37
3.2.5 Aktivitetstilbud 37
3.2.6 Barn og unge 37
3.2.7 Annet 38
3.3 Varsel til Fylkesmannen 38

INNLEDNING

I denne rapporten presenteres resultater fra Kontrollkommisjonenes arbeid og fylkesmennenes behandling av klager på tvangsbehandling i 2016. Det presenteres i tillegg utviklingstall.

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

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

Dette ønsket kom bl.a. til uttrykk i Opptrappingsplanen psykisk helse, i samhandlingsreformen og i Helse- og omsorgsdepartementets strategi «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)». Arbeidet med redusert og riktig bruk av tvang skal prioriteres i et eget pakkeforløp som direktoratet vil utvikle i 2017-2018. I 2017 trådte viktige regelendringer i psykisk helsevernloven i kraft, som styrket pasientenes rettssikkerhet og selvbestemmelse. Det ble i 2016 også nedsatt et «tvangslov-utvalg», som skal se på tvangsreglene på helsefeltet samlet. Videre ble det i 2017 bevilget kr. 5 mill. til å styrke kontrollkommisjonene faglig.

Som i forutgående rapporter presenteres analyser fra de to viktige klageinstansene for vedtak etter psykisk helsevernloven, nemlig kontrollkommisjonene (kapittel 1) og fylkesmennene (kapittel 2). Kapittel 3 inneholder en oppsummering av kontrollkommisjonenes kommentarer knyttet til velferdskontrollen.

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

SAMMENDRAG

Kontrollkommisjonenes virksomhet i 2016

I 2016 kontrollerte kontrollkommisjonene 4 090 vedtak om tvungent psykisk helsevern, mot 3 783 vedtak året før. Dette gir en økning på 8 prosent. Økningen er i sin helhet knyttet til vedtak om tvungent vern uten innleggelse. Antall innleggelser til tvungent vern holder seg altså stabilt. Det er store forskjeller i vedtaksraten mellom helseforetakene.

Fra 2015 til 2016 økte antall registrerte vedtak om tvungen observasjon fra 3 543 til 4 181. Dette gir en økning på 18 prosent. I følge tall fra NPR var det en økning på 7 prosent i antall observasjonsinnleggelser. Uavhengig av datakilde har det altså vært en vekst i antall observasjonsvedtak/-innleggelser. Den sterkere veksten i tallene fra kontrollkommisjonene kan sannsynligvis delvis føres tilbake til bedre rapportering i det nye rapporteringssystemet for kontrollkommisjonene som ble innført fra 2016. Direktoratet vil holde utviklingen i observasjonsinnleggelser under oppsikt.

Kontrollkommisjonene behandlet i 2016 i alt 315 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 308 året før. Av klagerne fikk 24 stykker, eller ca. 7 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 15 prosent medhold. I 43 prosent av sakene fikk klageren avslag. I 49 prosent av sakene ble klagen trukket, og i 2 saker ble klagen avvist.

I 2016 ble det fremmet 2 315 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent vern, mot 2 673 året før. Dette gir en nedgang på 13 prosent. Samtidig har antall vedtak om tvungent vern gått opp. Klageprosenten har dermed gått ned fra 71 til 57 prosent. Nedgangen i antall klager har særlig kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Det er en betydelig økning i Helse Midt-Norge, mens det er en svak nedgang i Helse Vest. Av klagerne fikk 158 stykker, eller ca. 7 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 13 prosent medhold. I 47 prosent av sakene fikk klageren avslag. I 44 prosent av sakene ble klagen trukket, og i 3 prosent av sakene ble klagen avvist.

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

I 2016 var det totalt 1 831 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, 90 personer eller 8 prosent flere enn året før. Av disse pasientene var 73 prosent på tvungent vern

uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Raten økte betydelig i Helse Midt-Norge, og noe i Helse Sør-Øst. I de øvrige regionene gikk raten ned.

Kontrollkommisjonene behandler få klager på skjerming og bruk av tvangsmidler. Av 209 klager på vedtak om skjerming fikk 17, eller 8 prosent medhold. Holdes avviste og trukne klager utenfor blir andelen 12 prosent. Av 94 klager på vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler fikk 16, eller 17 prosent medhold. Holdes avviste og trukne saker utenfor er andelen 20 prosent. Av de 5 klagene på bruk av korttidsvirkende legemidler fikk 1 medhold, 1 fikk avslag, mens 3 ble trukket. Av de 28 klagene på kortvarig fastholding fikk 3 medhold.

Fylkesmennenes behandling av klager på tvangsbehandling i 2016
Fylkesmennene behandlet i 2016 totalt 1 130 klager på tvangsbehandling, 7 prosent flere enn året før (1 061 klager). I disse sakene ble det fattet totalt 1 133 vedtak. Av disse gjaldt 1 102 saker tvangsmedisinering, 30 saker tvangsernæring og 1 sak annen behandling. Det er store forskjeller i klageraten mellom fylkene, fra 10,1 klager per 100 000 voksne innbyggere i Hedmark til 50,3 i Aust- og Vest-Agder.

Fylkesmennene opphevet 45 vedtak (4 prosent av vedtakene) pga. saksbehandlingsfeil. I 22 saker (2 prosent) fikk klager helt eller delvis medhold. Andelen vedtak der klager får helt eller delvis medhold varierer mellom fylkene, fra ingen klager i Hedmark, Oppland, Buskerud, Nord-Trøndelag, Nordland og Troms og Finnmark til 17 prosent av klagene i Sogn og Fjordane.

Kontrollkommisjonenes velferdskontroll
En av kontrollkommisjonenes oppgaver er å føre den kontroll med institusjonene som den finner nødvendig for pasientenes velferd (velferdskontroll). Finner kontrollkommisjonen forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige ved institusjonen og eventuelt fylkesmannen. Ved alvorlige forhold ved institusjonen skal kontrollkommisjonen varsle fylkesmannen.

Flere kommisjoner har hatt økt fokus på kontroll med vedtak om bruk av tvangsmidler. Mangelfull føring av tvangsprotokoll, ufullstendige vedtak eller omfattende tvagsmiddelbruk mot samme pasient blir tatt opp.

De fleste kommisjoner bemerker at husordensregler gjennomgås ved besøk. Ved gjennomgang har flere gitt tilbakemelding om behov for endringer til institusjonen. En kommisjon påpekte også at praktisering av husordensregler og rutiner i stor grad kan kamuflere «gråsonetvang».

Det anmerkes fra flere kommisjoner at pasienter i samtaler gir tilbakemelding om at personale på enkelte poster oppleves lite tilgjengelige. Videre at det er for lite personale tilgjengelig til utgang med følge, og aktivitetstilbud.

Flere kommisjoner tar opp de fysiske forhold ved institusjonen. Blant annet nevnes mangelfull lydisolering av skjermingsenhet, innsyn fra gateplan til inntaksområdet, alarmer som vekker alle pasienter, iskalde rom, lite trivelige lokaler, og for lite utgang fordi det ikke finnes tilgjengelige "grønt-områder". En kommisjon skriver at de materielle forholdene ved institusjonen får direkte innvirkning på hvordan pasientene blir ivaretatt og bruken av tvangsmidler.

Flere kommisjoner har bemerkninger om aktivitetstilbudet til pasientene. Det tas både opp at noen institusjoner har mange aktivitetstilbud til brukerne, med bra deltakelse på tiltakene. Det bemerkes imidlertid også at det flere steder er for få personale på helgene for å følge på fritidsaktiviteter.

Flere kommisjoner tar opp ulike forhold spesielt for barn og unge. Det påpekes at rettighetene til gruppen mellom 12 og 16 år er svakt fundert i loven og det er vanskelig å etablere rutiner som sikrer denne pasientgruppens rettigheter.

I 2016 er totalt 16 saker varslet fylkesmannen. Det ble varslet om saker blant annet knyttet til fysiske forhold ved institusjonene/skjermingsrom, konsekvenser for pasienter av organisatoriske endringer, omfang av bruk av tvangsmidler, manglende hjemmel for behandlingstiltak, gjentatte reinnleggelser av pasienter grunnet boforholdene utenfor institusjonen og spørsmål om forsvarlighet i behandling.

1 Kontrollkommisjonenes virksomhet i 2016

1.1 Innledning

I 2016 utførte de 55 kontrollkommisjonene 1 836 (2015: 1 869) anmeldte og 331 (374) uanmeldte kontrollbesøk ved institusjonene, totalt 2 167 (2 243).

Vi vil i dette kapitlet se på noen sider ved hvordan kontrollkommisjonene utøver sin virksomhet. I hvilken grad påvirker kommisjonenes arbeid omfanget av tvangsutøvelse innen det psykiske helsevernet? Kan det avdekkes eventuelle forskjeller i praktiseringen av psykisk helsevernloven?

1.2 Datagrunnlag og metode

Fra 2008 innrapporteres dataene fra kontrollkommisjonene elektronisk til Helsedirektoratet. Data fra kommisjonene er i varierende grad komplette. Etter gjennomgang antas opplysninger om etablering av tvungent vern og om klagene på disse vedtakene antas å være rimelig komplette. Størst usikkerhet knytter det seg til tallene for klager på «gjennomføringstiltak» etter psykisk helsevernloven kapittel 4, som vedtak om skjerming og vedtak om bruk av tvangsmidler.

For 2009 mangler det data fra en kommisjon. Denne kommisjonen hadde imidlertid bare ansvar for institusjoner der formell tvang i liten grad blir praktisert, og rapporterte for 2008 få/ingen tilfeller. For 2010 foreligger data fra alle kommisjoner. For 2011 mangler data for en kommisjon. Heller ikke denne kommisjonen hadde ansvar for institusjoner der tvang i særlig grad ble benyttet. For 2012 mangler data fra 3 kommisjoner, herunder de to kommisjonene i Sogn og Fjordane og kommisjonen for Helgeland. I tillegg er data fra kommisjonen i Telemark mangelfulle. Institusjonene på Helgeland utøver i liten grad tvungent vern. For Sogn og Fjordane og Telemark benyttet vi tall for 2011 for å beregne utviklingstall og rater nasjonalt og regionalt. For 2013 mangler data for kommisjonen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Øst-Finnmark og Helgeland. For de to førstnevnte benyttes tall fra 2012 for å beregne utviklingstall og rater nasjonalt og regionalt i 2013. For 2014 mangler tall fra Vest-Hedmark, Gudbrandsdalen og Sykehuset Namsos. Tall for 2013 er her benyttet til å beregne nivået. I tillegg mangler registrering av dokumentkontroller ved etablering av observasjon og tvunget vern fra OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. For OUS benyttes tall for 2013, for Lovisenberg tall fra NPR. For 2015 mangler data fra Gudbrandsdalen, Psyk. Klinikk SSSF Førde, Sykehuset Namsos og Helgeland. For Gudbrandsdalen og Namsos benyttes tall fra 2013. For Førde og Helgeland benyttes tall fra 2014. Tall for 2013 benyttes for å beregne nivået. I tillegg mangler igjen tall for dokumentkontroller fra OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. For OUS benyttes tall for 2013, for Lovisenberg tall fra NPR. For 2016 mangler data om dokumentkontroll ved etablering av tvungent vern/tvungen observasjon fra kommisjonene ved Lovisenberg. Vi benytter her i stedet tall fra NPR.

Fra 2016 rapporterer kommisjonene på et nytt og mer brukervennlig rapporteringssystem. Dette vil forhåpentligvis bidra til økt kompletthet og kvalitet på dataene.

1.2.1 Geografiske forskjeller

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

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

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

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

Ved undersøkelse eller behandling med opphold i institusjon for barn som har fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen. Det er for 2016 registrert 49 slike saker mot 24 saker året før. I ingen av sakene fikk pasienten medhold.

1.4 Etterprøving av begjæring i henhold til phvl. § 2-2 fjerde ledd

Etter phvl. § 2-2 første ledd, kan person som søker psykisk helsevern, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-5 i inntil tre uker fra etableringen av vernet. Etter § 2-2 fjerde ledd, kan den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, den nærmeste pårørende eller den som handler på pasientens vegne. Gjelder beslutningen barn som har fylt 12 år, og barnet selv ikke er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen. I 2016 behandlet kommisjonene 19 slike saker mot 15 saker året før. Institusjonen fikk medhold i 14 av disse sakene (2015: 10 saker) og avslag i 1 (2015: 3 saker).

1.5 Dokumentgjennomgang og kontrollvirksomhet ved vedtak etter phvl. kapittel 3

1.5.1 Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

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

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

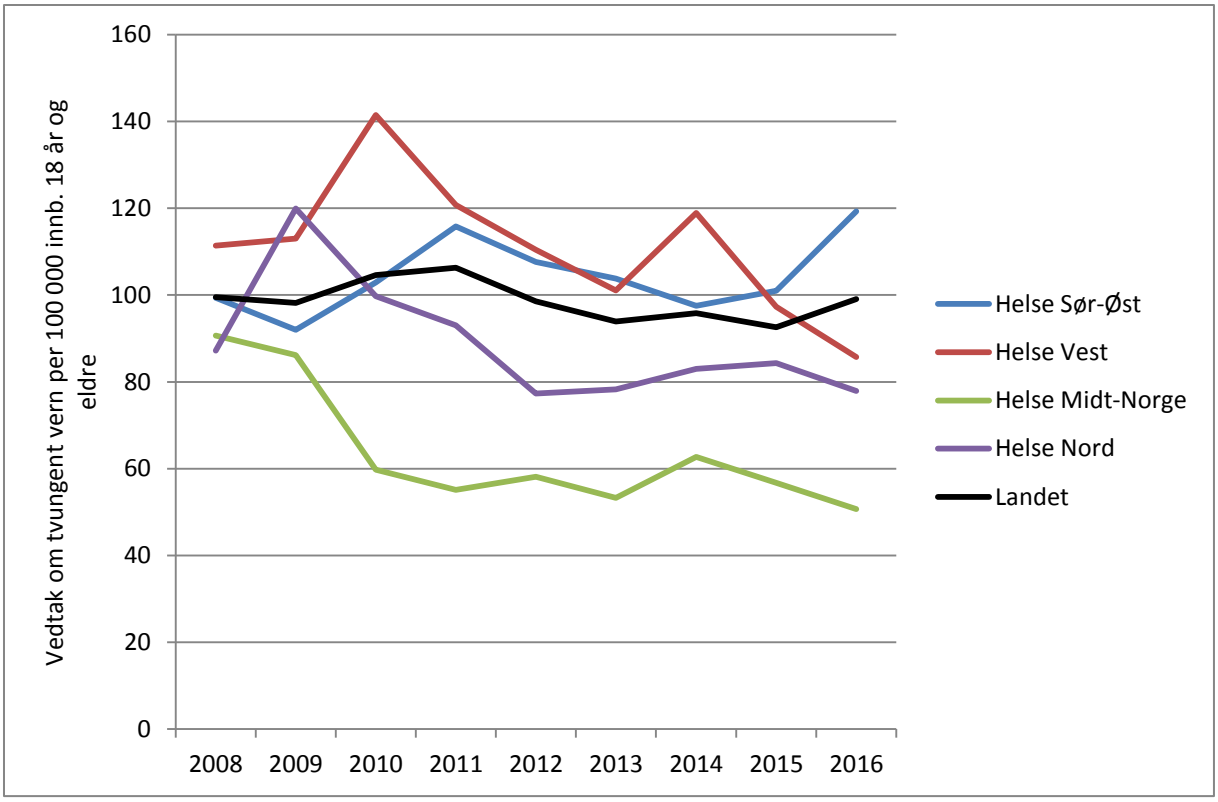
Tabell 1 gir tall for omfanget av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i perioden 2008 til 2016, fordelt på helseregioner. Figur 1 og 2 gir vedtak i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre for perioden 2008-2016.

Tabell 1 Vedtak om tvungen observasjon og om tvungent psykisk helsevern i følge kontrollkommisjonene. Angitt per helseregion for perioden 2008-2016.

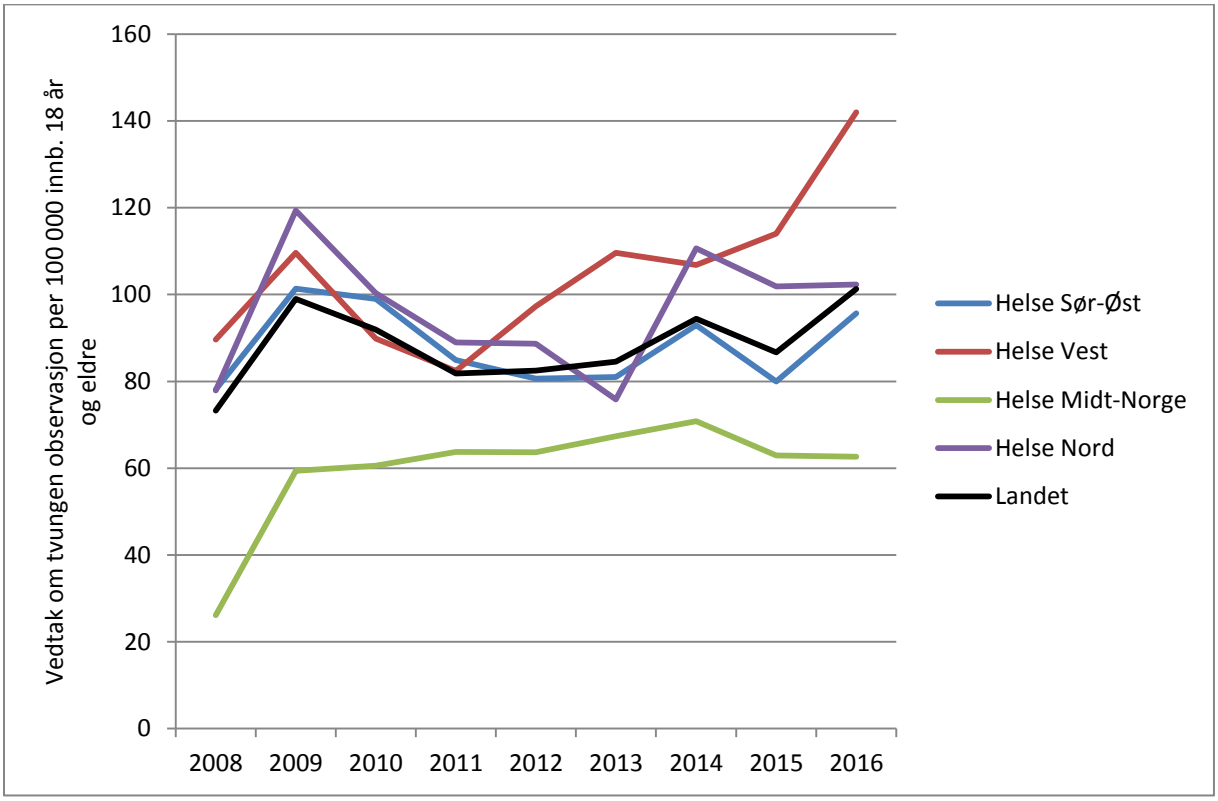
År	Helse Sør-Øst	Helse Vest[2]	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet
Tvungent psykisk helsevern					
2008	2 656	1 110	604	404	4 774
2009	1 936	866	447	431	3 680
2010[1]	2 200	1 104	314	362	3 980
2011	2 518	957	294	341	4 110
2012[3]	2 375	893	315	287	3 870
2013[4]	2 323	831	292	294	3 740
2014[5]	2 214	993	348	315	3 870
2015[6]	2 322	821	318	322	3 783
2016[7]	2 775	728	287	300	4 090
Pst endring 2015-2016	19,5	-11,3	-9,7	-6,8	8,1
Tvungen observasjon					
2008	2 088	893	174	361	3 516
2009	2 133	840	308	429	3 710
2010[1]	2 116	701	318	364	3 499
2011	1 846	653	340	326	3 165
2012[3]	1 779	787	345	329	3 240
2013[4]	1 812	901	369	285	3 367
2014[5]	2 110	892	393	420	3 815
2015[6]	1 839	962	353	389	3 543
2016[7]	2 226	1 206	355	394	4 181
Pst endring 2015-2016	21,0	25,4	0,6	1,3	18,0

1) For en kommisjon er antall kontroller av TPH nedjustert med 144 for 2010, mens antall vedtak om observasjon er oppjustert tilsvarende.
2) For 2008 og 2009 er antall kontroller av TPH i Helse Vest nedjustert med 394 kontroller, mens tallet på kontroller av tvungen observasjon er oppjustert tilsvarende, basert på NPR-data for 2009. For 2010 er vedtak om tvungent vern nedjustert med 344 og vedtak om tvungen observasjon oppjustert tilsvarende, basert på NPR-data for 2010.
3) Tallene for Helse Sør-Øst, for Helse Vest og totalt er korrigert for 2012 (basert på tall fra 2011) pga. manglende rapportering fra kommisjonene i Telemark, Sogn og Fjordane og en av kommisjonene under Lovisenberg.
4) Tallene for Helse Nord er korrigert for 2013 (basert på tall for 2012) pga. manglende rapportering fra kommisjonene for Øst-Finnmark og UNN. For Sykehuset Østfold har vi benyttet tall for 2012 for observasjonsvedtakene.
5) Tallene for Helse Sør-Øst er korrigert for 2014 for manglende rapportering fra Lovisenberg I, OUS/Ullevål I, Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen. For Lovisenberg basert på tall fra NPR, for de øvrige basert på tall for 2013. Tallene for Midt-Norge er tilsvarende justert pga. mangelfull rapportering fra Namsos og Sentralt fagteam ved St Olav. For Sykehuset Østfold har vi benyttet tall fra NPR for observasjonsvedtakene.
6) For 2015 mangler data fra Gudbrandsdalen, Psyk. Klinikk SSSF Førde, Sykehuset Namsos, Helgeland OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. For Gudbrandsdalen, Namsos og OUS/Ullevål II benyttes i stedet tall fra 2013. For Førde og Helgeland benyttes tall fra 2014. For Ahus benyttes og Lovisenberg tall fra Norsk pasientregister. For Sykehuset Østfold benyttes tall fra NPR for observasjonsvedtakene.
7) For 2016 mangler data for kontrollkommisjonene ved Lovisenberg. Innleggelsestall fra NPR benyttes i stedet. Tall for observasjonsvedtak ved Sykehuset Østfold er også hentet fra NPR.

Figur 1 Vedtak om tvungent psykisk helsevern 2008-2016. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 2 Vedtak om tvungen observasjon 2008-2016. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.



I følge kontrollkommisjonenes årsmeldinger var det på landsbasis en økning i antall vedtak om tvungent vern, fra til 3 783 i 2015 til 4 090 i 2016. Dette gir en økning på 8 prosent. Det var en svak økning i Helse Sør-Øst, mens det var nedgang i øvrige regioner. Av de til sammen 4 090 vedtakene om tvungent vern i 2016, gjaldt 495 vedtak om tvungent vern uten døgnopphold mot 182 saker året før. Økningen er dermed i sin helhet knyttet til vedtak om tvungent vern uten innleggelse.

Fra 2015 til 2016 er det i tre av fire regioner registrert en betydelig økning i antall vedtak om tvungen observasjon. På landsbasis er økningen 18 prosent. Vi har kontrollert tallet på observasjonsvedtak opp mot innleggelsestall fra NPR (inklusive psykisk helsevern for barn og unge). Tallene fra kontrollkommisjonene lå for 2015 knapt 200 under tallene fra NPR, mens de for 2016 lå knapt 200 over. I følge tallene fra NPR var det en økning på 7 prosent i antall observasjonsinnleggelser. Uavhengig av datakilde har det altså vært en vekst i antall observasjonsvedtak/-innleggelser. Den sterkere veksten i tallene fra kontrollkommisjonene kan sannsynligvis delvis føres tilbake til bedre rapportering i det nye rapporteringssystemet for kontrollkommisjonene som ble innført fra 2016. Direktoratet vil holde utviklingen i observasjonsinnleggelser under oppsikt.

Vedtaksraten for tvungent psykisk helsevern har i perioden 2008-2016 holdt seg relativt stabil på landsbasis. Helse Vest har gjennomgående hatt den høyeste raten, men lå i 2016 under landsgjennomsnittet. Høyest rate finner vi nå i Helse Sør-Øst. Helse Midt-Norge har gjennomgående lavere rater enn de øvrige.

Ratene for tvungen observasjon har variert. Helse Midt-Norge har gjennomgående lavere rater enn de øvrige regionene. Nedgangen i vedtak om tvungent psykisk helsevern i Helse Vest de siste par årene motsvares av en tilsvarende økning i antall vedtak om tvungen observasjon.

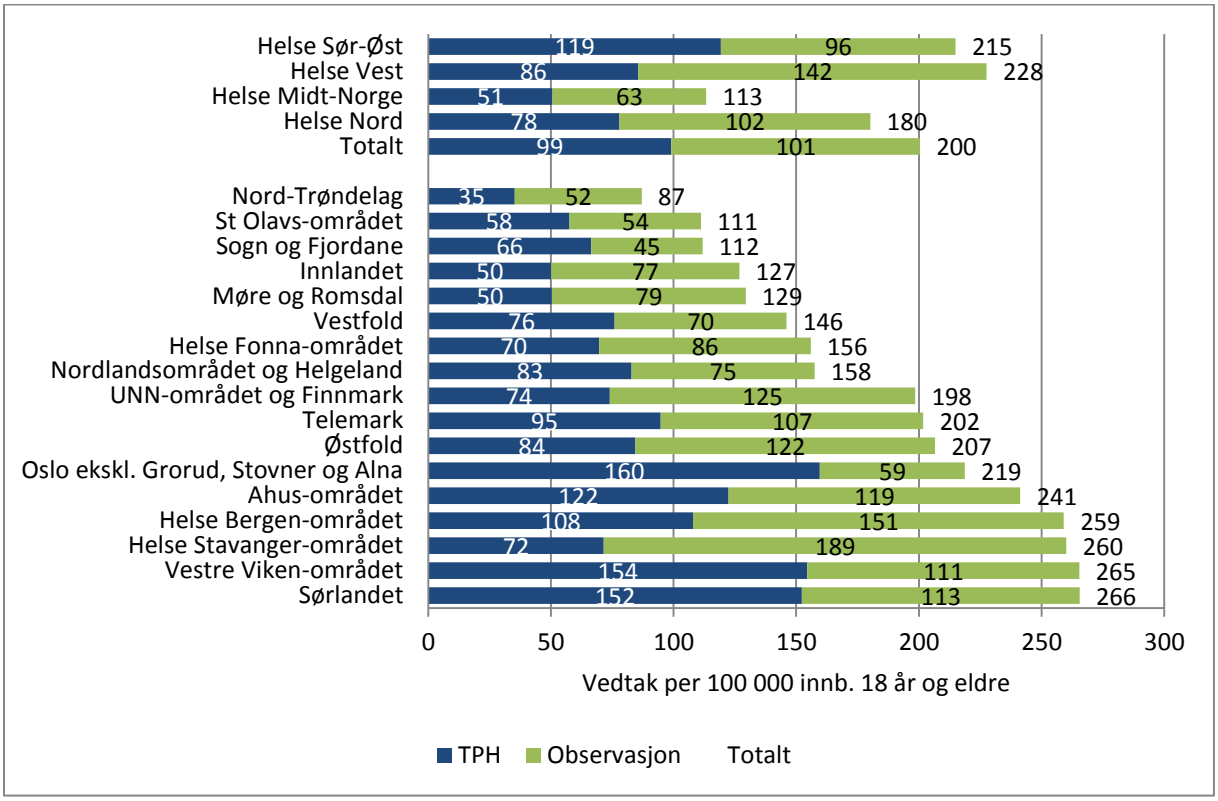
I tabell 2 har vi brutt ned tallene for 2016 på ulike distrikter, og beregnet befolkningsbaserte rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre. I tillegg til rå-ratene, har vi også beregnet ratene i prosent av nivået på landsbasis. Eksempelvis har Innlandet en rate for TPH-vedtak på 50 vedtak per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Raten på landsbasis er 99. Innlandet ligger dermed på 51 prosent av landsgjennomsnittet, eller 49 prosent under dette. Områdeinndelingen er omtalt foran. I figur 3 er ratene framstilt grafisk.

Tabell 2 Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i følge kontrollkommisjonene. Helseforetaksområder 2016.

	Tvungent psykisk helsevern			Tvungen observasjon		
	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgj.snitt	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgj.snitt
4Helse Sør-Øst[1]	2 775	119	120	2 226	96	94
Helse Vest	728	86	86	1 206	142	140
Helse Midt-Norge	287	51	51	355	63	62
Helse Nord	300	78	79	394	102	101
Totalt[1]	4 090	99	100	4 181	101	100
Østfold[1]	195	84	85	282	122	121
Ahus-området	499	122	124	485	119	117
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna[1]	719	160	161	266	59	58
Innlandet	153	50	51	234	77	76
Vestre Viken-området	585	154	156	420	111	109
Vestfold	139	76	77	128	70	69
Telemark	131	95	96	148	107	106
Sørlandet	354	152	154	263	113	112
Helse Stavanger-området	197	72	72	519	189	186
Helse Fonna-området	97	70	70	120	86	85
Helse Bergen-området	377	108	109	528	151	149
Sogn og Fjordane	57	66	67	39	45	45
Møre og Romsdal	105	50	51	165	79	78
St Olavs-området	144	58	58	134	54	53
Nord-Trøndelag	38	35	36	56	52	51
Nordlandsområdet og Helgeland	142	83	84	128	75	74
UNN-området og Finnmark	158	74	75	266	125	123

1) For 2016 mangler informasjon fra kontrollkommisjonene ved Lovisenberg. Vi har i stedet benyttet tall fra NPR. NPR er også benyttet for observasjonsvedtak ved Sykehuset i Østfold.

Figur 3 Dokumentkontroller av vedtak om tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon 2016. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.



Det er store forskjeller, både i ratene for vedtak om TPH, tvungen observasjon og sum TPH pluss observasjon. Fra totalt 87 vedtak per 100 000 innbyggere 18 år og eldre i Nord-Trøndelag, til 266 på Sørlandet. Vi kan ellers merke oss den høye raten for observasjonsvedtak i Stavanger-området.

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

Bare i et fåtall saker ser det ut til at dokumentkontrollen førte til en omgjøring av vedtaket. Av i alt 8 271 kontroller av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, har vi bare registrert 100 saker der kommisjonen har kommet til at vernet skulle opphøre. Dette utgjør under 1 prosent av sakene.

1.5.2 Unntak fra konverteringsforbudet

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

Kontrollkommisjonene har i løpet av 2016 mottatt 183 redegjørelser for unntak fra konverteringsforbudet, mot 128 redegjørelser året før.

1.5.3 3-måneder kontroll og kontroll etter ett år under tvungent psykisk helsevern.

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

3-måneders kontroll

Tabell 3 viser antall kontroller etter 3 måneder under tvungent vern. I tillegg til absolutt-tallene, har vi også satt inn rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Denne kontrollen er en engangskontroll. Den omfatter altså bare pasienter der det opprinnelig ble fattet vedtak om tvungent vern i perioden 01.10.2015 - 31.9.2016. Oversikten omfatter heller ikke tilfeller der pasienten har klaget. Tallene må derfor sees i sammenheng med klageomfanget (se avsnitt 5.6.1 nedenfor).

Tabell 3 Omfang av etterprøving etter tre måneder under tvungent vern. 2009-2015.

	Helse Sør-Øst[1]		Helse Vest[2]		Helse Midt-Norge[3]		Helse Nord[4]		Landet	
År	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold
2009	429		150		113		60		752	
2010	465		209		148		56		878	
2011	448	51	139	4	133	32	55	24	775	111
2012	446	85	217	36	147	33	89	16	899	170
2013	424	69	299	50	127	37	87	5	937	161
2014	475	89	211	85	158	23	91	9	935	206
2015	436	100	198	44	144	41	110	20	888	205
2016	492	159	189	66	146	58	69	30	896	313
Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre 2016	19,0	4,3	23,5	5,2	25,7	7,3	28,8	5,2	21,7	5,0

1) Telemark mangler tall for 2011 og 2012. Tallene er korrigert ut fra oppgaven for 2013. Tallene for 2014 er justert for Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen, basert på data for 2013. For 2015 mangler tall for Gudbrandsdalen. Dette er justert for ved bruk av tall for 2013.
2) Førde mangler data for 2011-2013 og 2015. Tallene for er 2015 er justert basert på 2014-tall.
3) Tallene for Namsos er justert for 2014 og 2015, basert på data for 2013.
4) Tallene er korrigert for Unn for 2013, basert på data fra 2012.
5) Tallene er korrigert for Unn for 2013, basert på data fra 2012. Tallene for Helgeland er justert for Helgeland, basert på 2014-tall.

I perioden 01.10.2015-31.9.2016 ble det fattet vedtak om tvungent vern for 896 pasienter som fortsatt var under tvungent vern tre måneder senere (og som ikke hadde klaget på det tvungne vernet), om lag samme antall som året før. Raten er lavere for Helse Sør-Øst enn for de øvrige regionene. Kontrollkommisjonene omgjør bare unntaksvis vedtaket, på landsbasis i kun 12 saker (1 prosent).

12-måneders kontroll

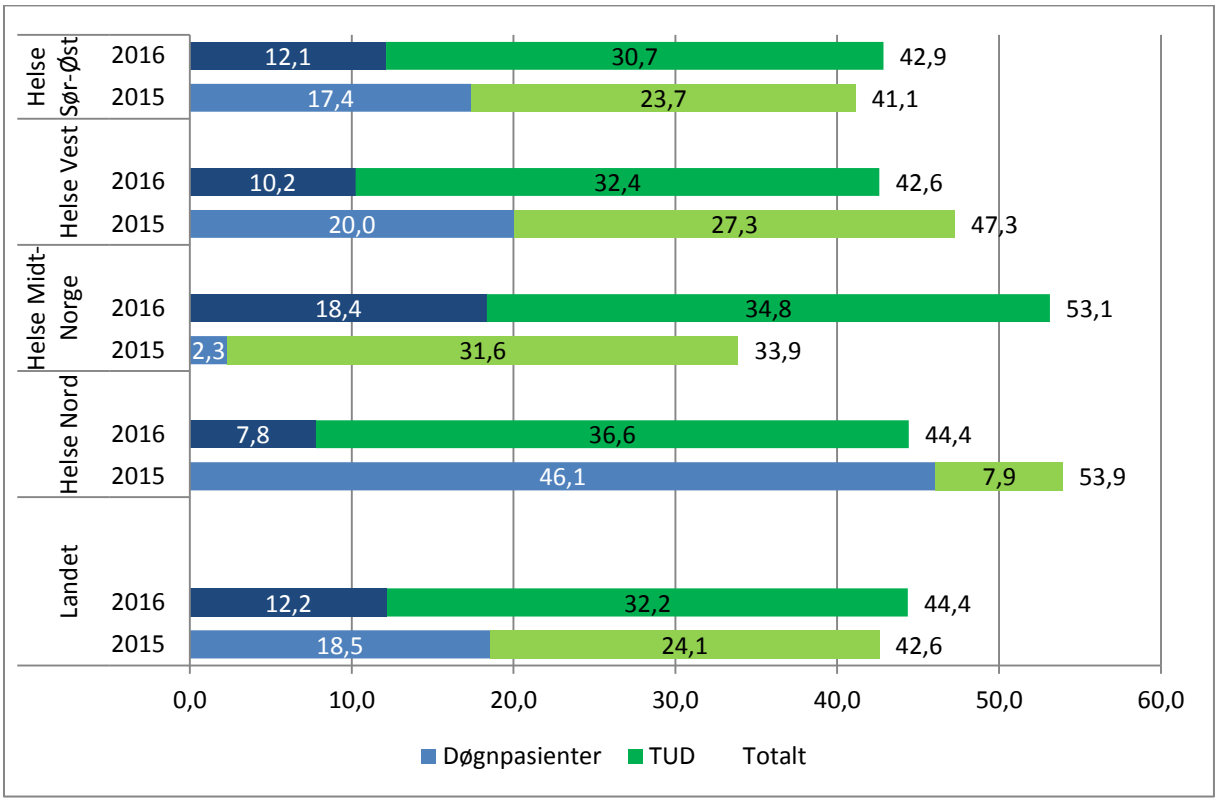
Tabell 4 viser kontrollkommisjonenes vedtak i forbindelse med samtykke til å forlenge det tvungne vernet ut over ett år. Slikt vedtak skal fattes årlig. Oversikten omfatter altså alle som i 2016 hadde vært under tvungent vern i ett år eller mer. Figur 4 viser de tilsvarende ratene per 100 000 innbyggere 18 år og eldre i 2015 og 2016.

Tabell 4 Saker om samtykke til forlengelse av tvungent vern ut over ett år. Antall kontroller 2009 - 2015.

	Helse Sør-Øst[1]		Helse Vest[2]		Helse Midt-Norge[3]		Helse Nord[4]		Landet	
	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold	Totalt	Herav uten døgn-opphold
2009	687		257		218		115		1 277	
2010	688		280		198		148		1 314	
2011	739	278	314	58	205	160	124	97	1 382	593
2012	794	300	280	146	166	132	98	13	1 338	591
2013	829	383	291	156	207	173	99	30	1 426	742
2014	869	548	382	222	211	183	172	32	1 634	985
2015	946	546	399	230	190	177	206	30	1 741	983
2016	997	715	362	275	301	197	171	141	1 831	1 328

1) Tallene er for 2011 og 2012 korrigert for manglende rapportering fra Telemark, basert på data for 2013. Tallene for 2014 er justert for Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen, basert på data fra 2013. Tall for 2015 er justert for Gudbrandsdalen, basert på tall for 2013.
2) Tallene for 2011- 2012 og 2014 er korrigert for manglende rapportering for Førde, basert på data for 2013.
3) Tallene for 2014 og 2015 er justert for manglende rapportering fra Namsos, basert på data fra 2013.
4) Tallene er korrigert for Unn for 2013, basert på data fra 2012. Tall for Helgeland er for 2015 basert på tall fra 2014.

Figur 4 Saker om forlenging av tvungent vern ut over ett år. Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseregioner 2015 og 2016.



I 2016 var det totalt 1 831 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, 90 personer eller 8 prosent flere enn året før. Av disse pasientene var 73 prosent på tvungent vern uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Raten økte betydelig i Helse Midt-Norge, og noe i Helse Sør-Øst. I de øvrige regionene gikk raten ned. Helse Nord rapporterer en stor økning i andel pasienter som er på tvang uten døgn, mens vi finner den motsatte utviklingen i Helse Midt-Norge. Vi er usikre på om disse endringene skyldes bedre rapportering, eller faktiske endringer i tvangsbruken.

Ettårskontrollen fører ikke i særlig grad til at det tvungne vernet opphører. I kun 48 saker (3 prosent av kontrollene) ble det tvungne vernet opphevet.

1.6 Kontrollkommisjonenes behandling av klager

1.6.1 Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon/tvungent vern

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

Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon

Kontrollkommisjonene behandlet i 2016 i alt 315 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 308 året før. Av klagerne fikk 24 stykker, eller ca. 7 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 15 prosent medhold. I 43 prosent av sakene fikk klageren avslag. I 49 prosent av sakene ble klagen trukket, og i 2 saker ble klagen avvist.

Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern.
Tabell 5 viser antall klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern for perioden 2008 til 2016. Selv om tallene ikke er direkte sammenlignbare (det kan klages flere ganger på samme vedtak, og også på vedtak fattet tidligere år) har vi for sammenligningens skyld også tatt med antall vedtak om tvungent vern og antall klager i prosent av antall vedtak.

I 2016 ble det fremmet 2 315 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent vern, mot 2 673 året før. Dette gir en nedgang på 13 prosent. Samtidig har antall vedtak om tvungent vern gått opp. Klageprosenten har dermed gått ned fra 71 til 57 prosent. Nedgangen i antall klager har særlig kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Det er en betydelig økning i Helse Midt-Norge, mens det er en svak nedgang i Helse Vest.

Tabell 5 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern. Helseregioner 2008-2016.

	Helse Sør - Øst	Helse Vest	Helse Midt - Norge	Helse Nord	Landet
Klager på TPH					
2008	1 105	444	322	116	1 987
2009	1 172	318	296	114	1 900
2010	1 107	403	266	139	1 915
2011	1 379	510	231	118	2 238
2012[1]	1 338	427	223	128	2 116
2013[2]	1 426	574	223	132	2 355
2014[3]	1 605	552	213	141	2 511
2015[4]	1 773	504	212	184	2 673
2016	1 488	492	237	98	2 315
Pst endring 2015-2016	-16,1	-2,4	11,8	-46,7	6,5
Vedtak om TPH totalt					
2008	2 656	1 110	604	404	4 774
2009	1 936	866	447	431	3 680
2010[5]	2 200	1 104	314	362	3 980
2011	2 518	957	294	341	4 110
2012[5]	2 375	893	315	287	3 870
2013[5]	2 323	831	292	294	3 740
2014[5]	2 214	993	348	315	3 870
2015[5]	2 322	821	318	322	3 783
2016[5]	2 775	728	287	300	4 090
Pst endring 2015-2016	19,5	-11,3	-9,7	-6,8	8,1
Klager i prosent av vedtak					
2008	42	40	53	29	42
2009	61	37	66	26	52
2010	50	37	85	38	48
2011	55	53	79	35	54
2012	56	48	71	45	55
2013	61	69	76	45	63
2014	72	56	61	45	65
2015	76	61	67	57	71
2016	54	68	83	33	57

1) Tallene for Helse Sør-Øst, Helse Vest og totalt er justert for manglende rapportering fra Telemark og Sogn og Fjordane, samt en kommisjon ved Lovisenberg (bare vedtak) basert på oppgaver fra 2011.
2) Tallene for Helse Nord og totalt er justert for manglende rapportering fra kontrollkommisjonen ved UNN i 2013, basert på oppgaver fra 2012.
3) Tallene er justert for manglende rapportering fra Vest-Hedmark, Gudbrandsdalen, Sentral fagteam St Olav og Namsos.
4) Tallene er korrigert for manglende rapportering fra Gudbrandsdalen og Namsos basert på tall for 2013, og for Førde og Helgeland basert på tall for 2014.
5) Se noter for det enkelte år i Tabell 1

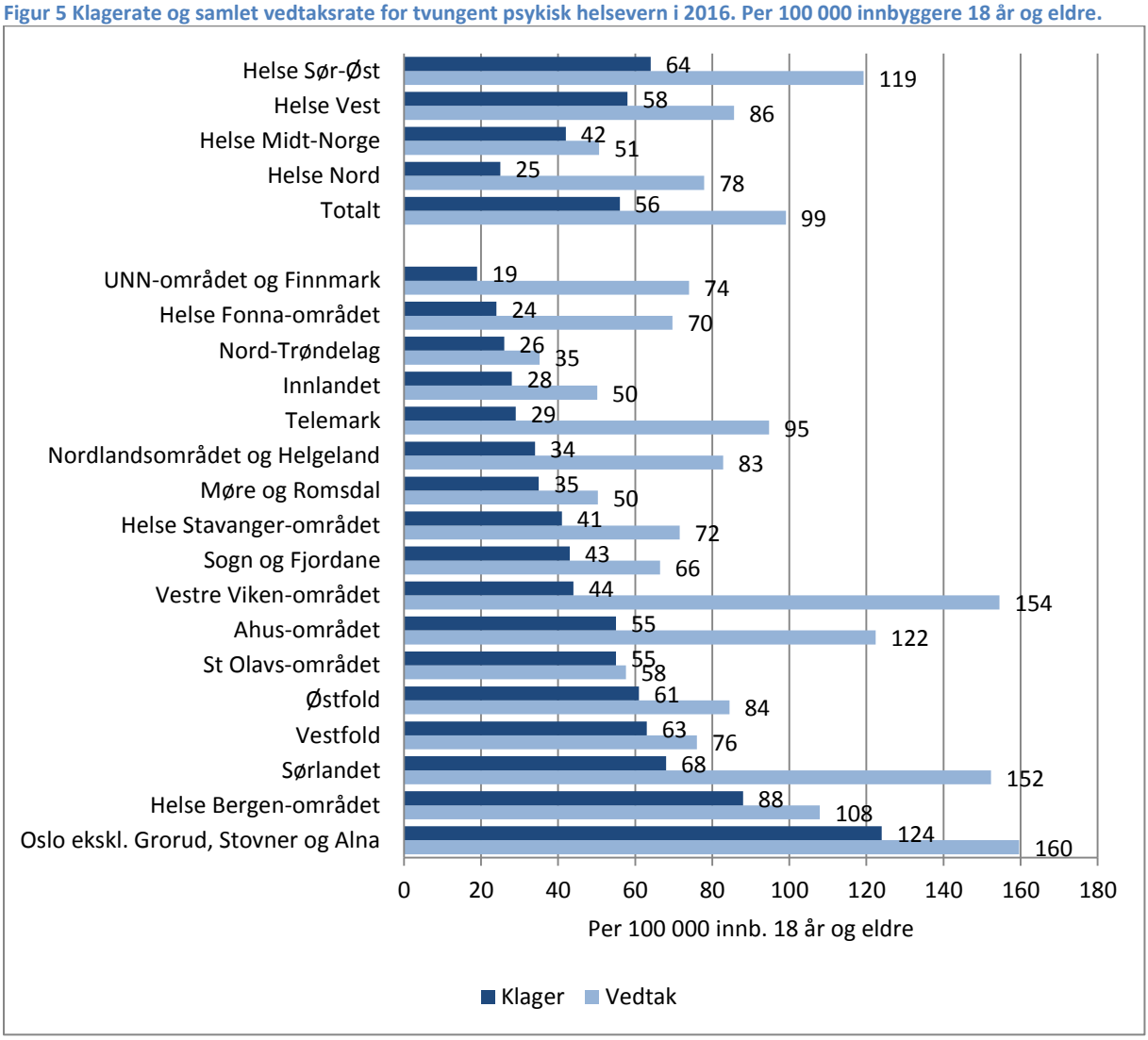
I tabell 6 har vi brutt ned tallene for 2016 på geografiske områder. Vi har også beregnet rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre, og raten i prosent av raten på landsbasis. Eksempelvis har Østfold en klagerate på vedtak om TPH på 61 per 100 000 innbyggere. Klageraten på landsbasis er 56. Østfold ligger dermed på 110 prosent av landsgjennomsnittet, eller 10 prosent over dette gjennomsnittet. Figur 5 framstiller klagerate og samlet vedtaksrate grafisk.

Tabell 6 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern og vedtak om tvungent psykisk helsevern 2015. Antall og rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.

	Klager på TPH			Vedtak om TPH		
	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgj.snitt	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgj.snitt
Helse Sør-Øst[1]	1 488	64	114	2 775	119	120
Helse Vest	492	58	103	728	86	86
Helse Midt-Norge	237	42	75	287	51	51
Helse Nord	98	25	45	300	78	79
Totalt[1]	2 315	56	100	4 090	99	100
Østfold	142	61	110	195	84	85
Ahus-området	223	55	98	499	122	124
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	557	124	220	719	160	161
Innlandet	86	28	50	153	50	51
Vestre Viken-området	166	44	78	585	154	156
Vestfold	115	63	112	139	76	77
Telemark	40	29	52	131	95	96
Sørlandet	159	68	122	354	152	154
Helse Stavanger-området	114	41	74	197	72	72
Helse Fonna-området	34	24	44	97	70	70
Helse Bergen-området	307	88	157	377	108	109
Sogn og Fjordane	37	43	77	57	66	67
Møre og Romsdal	72	35	62	105	50	51
St Olavs-området	137	55	98	144	58	58
Nord-Trøndelag	28	26	46	38	35	36
Nordlandsområdet og Helgeland	58	34	60	142	83	84
UNN-området og Finnmark	40	19	33	158	74	75

1) Tallene på vedtak er korrigert for manglende rapportering av vedtak om TPH fra kommisjonen ved Lovisenberg.

Figur 5 Klagerate og samlet vedtaksrate for tvungent psykisk helsevern i 2016. Per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.



Det er betydelige forskjeller i klageratene, fra 19 klager per 100 000 innbyggere i UNN-området og Finnmark til 124 i Oslo. Det er også betydelige forskjeller i andel klager i prosent av antall vedtak om tvungent vern.

Utfallet av klagebehandlingen på vedtak om tvungent psykisk helsevern

Tabell 7 viser utfallet av klagebehandlingen i perioden 2008-2016. Sum vedtak etter utfall avviker noe fra sum vedtak totalt. Årsaken til dette er ikke kjent. I tabellen har vi derfor også ført opp prosentueringsbasis (sum vedtak etter utfall).

I 2016 fikk 7 prosent av klagerne medhold, ett prosentpoeng mere enn året før. Holdes klager som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 13 prosent medhold. Andel klager som fikk avslag eller ble avvist gikk ned fra 54 til 51 prosent, mens andel av klagene som ble trukket økte fra 40 til 42 prosent. Utfallet av kommisjonenes behandling varierer imidlertid fra år til år. Andelen av klagene på landsbasis som får medhold varierer fra 5 til 9 prosent. Andel klager som får avslag eller blir avvist varierer tilsvarende fra 47 til 55 prosent, mens andel klager som blir trukket varierer fra 39 til 47 prosent.

Tabell 7 Utfall av kontrollkommisjonenes behandling av klager over vedtak om tvungent psykisk helsevern i perioden 2008-2016.

	Prosentvis fordeling				
	Medhold	Avslag/avvisning	Klagen trukket	Klager totalt	Prosentueringsbasis
Helse Sør-Øst					
2008	9	51	39	1 105	1 140
2009	5	52	43	1 172	1 160
2010	5	47	48	1 107	1 115
2011	6	42	52	1 379	1 305
2012[1]	7	52	42	1 338	1 285
2013	5	50	45	1 426	1 436
2014[3]	5	53	42	1 605	1 532
2015[4]	6	52	42	1 773	1 739
2016	7	49	44	1 488	1 439
Helse Vest					
2008	8	55	37	444	390
2009	7	60	32	318	290
2010	8	51	41	403	403
2011	9	48	43	510	488
2012[1]	17	40	43	427	386
2013	6	55	39	574	565
2014	6	52	42	552	541
2015[4]	7	53	40	504	483
2016	8	50	42	492	475
Helse Midt-Norge					
2008	7	42	51	322	331
2009	7	59	34	296	274
2010	7	56	38	266	259
2011	6	63	31	231	229
2012	12	54	35	223	191
2013	6	61	33	223	227
2014[3]	3	54	42	213	223
2015[4]	7	59	34	212	223
2016	5	62	33	237	237
Helse Nord					
2008	3	48	48	116	116
2009	4	58	38	114	114
2010	4	62	35	139	138
2011	9	57	34	118	118
2012	7	61	32	128	128
2013[2]	9	38	53	132	102
2014	5	60	35	141	141
2015[4]	6	69	25	184	157
2016	9	47	44	98	114
Landet					
2008	8	50	41	1 987	1 977
2009	6	55	39	1 900	1 838
2010	5	50	44	1 915	1 915
2011	7	47	47	2 238	2 140
2012[1]	9	50	41	2 116	1 990
2013[2]	6	52	43	2 355	2 330
2014[3]	5	53	42	2 511	2 437
2015[4]	6	54	40	2 673	2 602
2016	7	51	42	2 315	2 265

1) Tallene for Helse Sør-Øst, Helse Vest og totalt er justert for manglende rapportering fra Telemark og Sogn og Fjordane, basert på oppgaver fra 2011.

2) Tallene for Helse Nord og totalt for 2013 er justert for manglende rapportering fra kommisjonen ved UNN, basert på oppgaver for 2012.

3) Tallene for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge for 2014 er justert for manglende rapportering for Vest-Hedmark, Gudbrandsdalen, Brøset og Namsos, basert på oppgaver for 2013.

4) Tallene for 2015 er justert for manglende rapportering fra Gudbrandsdalen og Namsos basert på tall for 2013, og for Førde og Helgeland basert på data for 2014.

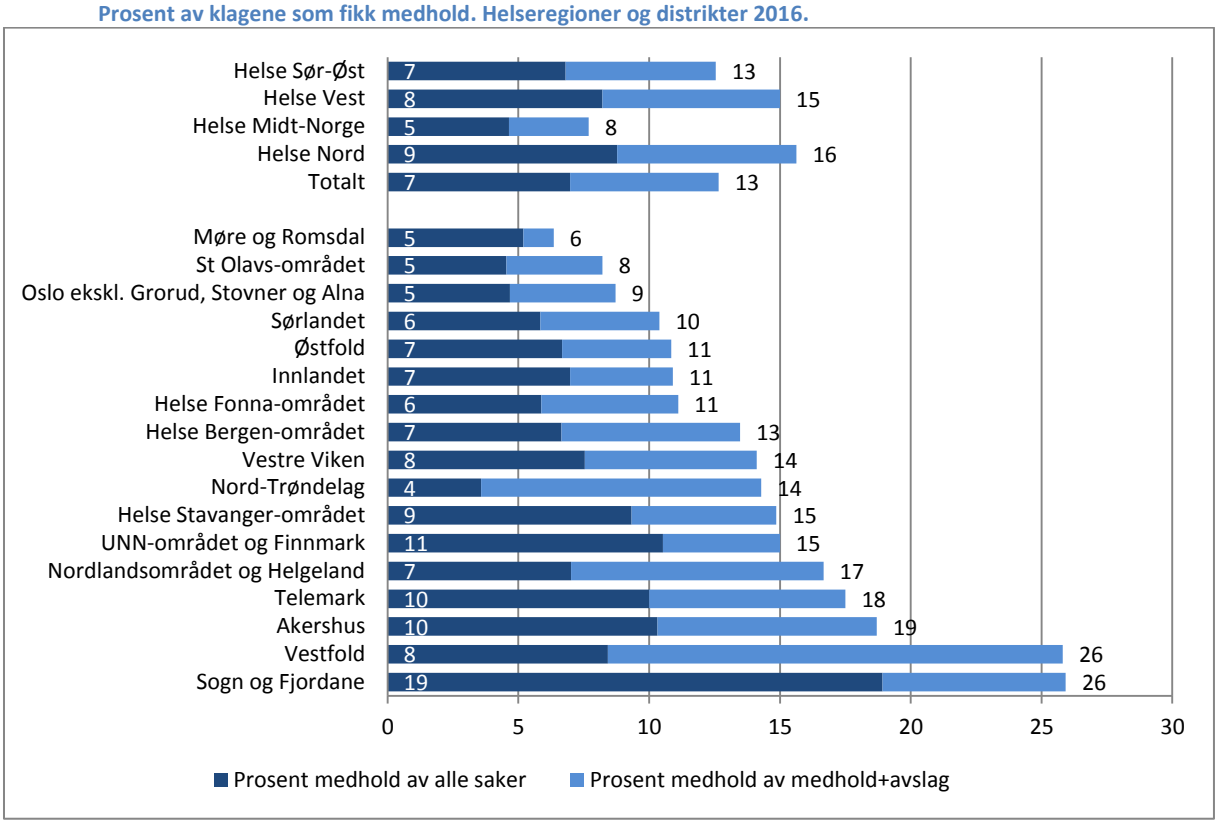
Det å trekke klagen må sees i sammenheng med psykisk helsevernlovens § 6-4, der det heter at en ved avslag fra kommisjonen ikke kan fremme ny klage før etter seks måneder. Det er vel derfor grunn til å anta at noen av klagene ble trukket når klageren ser at saken går mot avslag. Samtidig er det grunn til å tro at en del klager trekkes fordi sykehuset meddeler at det uansett går mot en utskriving fra tvungent vern. Om de trukne sakene regnes med, fikk i 2016 93 prosent av klagerne, direkte eller indirekte, avslag på klagen. Om de trukne sakene holdes utenfor, fikk klager medhold i 12 prosent av sakene.

I tabell 8 har vi brutt ned tallene for 2016 på distrikter og helseregioner. Andel klagere som fikk medhold er fremstilt grafisk i figur 4. Medholdsprosenten er beregnet inklusive (mørke blå søyler) og eksklusive klager som ble avvist eller trukket (mørkeblå pluss lyseblå søyle) ut fra samtlige klager (inklusive saker som senere har blitt trukket). I figuren er distriktene sortert etter stigende andel medhold.

Tabell 8 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Prosentvis fordeling av utfallet. Helseregioner og distrikter 2016.

	Medhold	Avslag	Avvist	Trukket	Klager totalt	Prosent-uerings-basis	Klager per 100 000 innb. 18 år og eldre	Klager som får medhold per 100 000 innb. 18 år og eldre.
Helse Sør-Øst	7	47	2	44	1 488	1 439	64,0	4,2
Helse Vest	8	47	3	42	492	475	57,9	4,6
Helse Midt-Norge	5	56	6	33	237	237	41,8	1,9
Helse Nord	9	47	0	44	98	114	25,5	2,6
Totalt	7	48	3	42	2 315	2 265	56,1	3,8
Østfold	7	55	2	36	142	135	61,5	3,9
Akershus	10	45	4	41	223	223	54,7	5,6
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	5	49	0	46	557	534	123,7	5,6
Innlandet	7	57	2	34	86	86	28,2	2,0
Vestre Viken	8	46	1	45	166	159	43,8	3,2
Vestfold	8	24	5	62	115	95	62,9	4,4
Telemark	10	47	7	36	40	70	28,9	5,1
Sørlandet	6	50	2	42	159	137	68,4	3,4
Helse Stavanger-regionen	9	53	0	37	114	118	41,4	4,0
Helse Fonna-regionen	6	47	0	47	34	34	24,4	1,4
Helse Bergen-regionen	7	43	6	45	307	286	87,9	5,4
Sogn og Fjordane	19	54	0	27	37	37	43,1	8,2
Møre og Romsdal	5	77	1	17	72	77	34,5	1,9
St Olavs-området	5	51	0	45	137	132	54,8	2,4
Nord-Trøndelag	4	21	50	25	28	28	25,9	0,9
Nordlandsområdet og Helgeland	7	35	0	58	58	57	33,8	2,3
UNN-området og Finnmark	11	60	0	30	40	57	18,7	2,8

Figur 4 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Prosent av klagene som fikk medhold. Helseregioner og distrikter 2016.



Det er betydelige forskjeller mellom områdene i omgjøringsprosenten, fra 5 og 6 prosent i Møre og Romsdal til 19 og 26 prosent i Sogn og Fjordane, avhengig av beregningsmåten.

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

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

Det ble i 2016 fremmet 32 klager på vedtak om ikke å etablere tvungent observasjon/tvungent vern, mot 14 klager året før. 7 av disse var fra nærmeste pårørende og 23 fra pasienten og 1 fra begjærende myndighet. 1 klager fikk medhold (2015: 4), 21 fikk avslag (17)og 15 ble trukket (13).

Det ble samme år fremmet 15 klager på vedtak om opphør av tvungen observasjon, mot 38 klager året før. 9 klager var fra nærmeste pårørende, 4 fra pasienten og en klage fra begjærende myndighet. 2 klager fikk medhold, 12 klager ble avslått og 2 ble trukket.

Det ble fremmet 46 klager på opphør av tvungent vern, mot 38 året før. 26 klager var fra nærmeste pårørende og 21 fra pasienten. 10 klager ble trukket (2015: 13), 3 klager ble avvist (2), 19 klager ble avslått (17), mens 4 ble tatt til følge (4).

1.6.3 Klager på vedtak om bruk av skjerming og tvangsmidler

Bruk av tvangsmidler kan bare skje når det vurderes som uomgjengelig nødvendig for å hindre at pasienten selv eller andre blir skadet, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar

eller andre ting. Det er også et krav at andre midler må ha vist seg å være utilstrekkelige for å hindre slik skade.

Tvangsmidler kan, når vilkårene for slik bruk er oppfylt, benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og overfor pasienter som er underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Mekaniske tvangsmidler og isolasjon kan imidlertid ikke brukes overfor pasienter under 16 år (jf. § 4-8 annet ledd).

Bruk av skjerming er regulert i phvl. § 4-3, som forutsetter at tiltaket må være nødvendig på grunn av pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd. Som hovedregel må det treffes vedtak dersom tiltaket skal opprettholdes utover 24 timer. I de mest inngripende tilfellene er fristen 12 timer.

Det skal føres protokoll over bruk av skjerming og tvangsmidler, og begge typer vedtak kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten selv eller av pasientens nærmeste pårørende.

Tabell 9 viser antall registrerte klagesaker på bruk av skjerming og tvangsmidler i perioden 2008-2016. I tabellen har vi for 2016 også angitt antall kommisjoner som har rapportert en eller flere klagesaker.

Tabell 9 Registrerte klagesaker på bruk av skjerming og tvangsmidler i perioden 2008-2016, samt for 2016 antall kommisjoner som har rapportert en eller flere klager.

	Klager etter vedtakstype				
År	Skjerming	Mekaniske tvangsmidler	Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolering)	Korttidsvirkende legemidler	Kortvarig fastholding
2008	280	63	1	43	13
2009	197	448	182	63	87
2010	94	40	4	4	3
2011	119	37	0	4	13
2012	93	44	1	6	22
2013	165	59	1	5	9
2014	185	55	0	11	21
2015	166	71	0	8	10
2016	209	94	1	5	28
Antall kommisjoner i 2016 som har rapportert	31	22	1	3	11

For bruk av skjerming var det over perioden 2008-2010 en påfallende nedgang i antall klager. Fra 2012 til 2016 finner vi igjen en økning. For tvangsmidlene er tallet på klager betydelig høyere for 2009 enn for de øvrige årene. Noen av disse endringene kan skyldes registreringsfeil. Bare et fåtall av de 55 kommisjonene har imidlertid for 2015 registrert en eller flere klager på bruken av tvangsmidler, og tallet på klager er svært lavt, sammenholdt med den registrerte bruken av tvangsmidler og skjerming. Vi er derfor usikre på om disse resultatene gjenspeiler en underrapportering av klager, eller om resultatene gjenspeiler at pasientene i ettertid ser det som formålsløst å klage på bruken av tvangsmidler.

Tabell 10 viser utfallet av kontrollkommisjonenes behandling av klagene for 2016. Sum registrerte utfall avviker noe fra sum klager totalt. Årsaken til dette er ikke kjent.

Tabell 10 Utfallet av klagebehandlingen på bruk av skjerming og tvangsmidler. Antall 2016.

	Klager	Avvist	Medhold	Avslag	Trukket	Sum utfall
Skjerming	209	1	17	125	64	207
Mekaniske tvangsmidler	94	0	16	66	13	95
Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolering)	1	0	0	0	0	0
Korttidsvirkende legemidler	5	0	1	1	3	5
Kortvarig fastholding	28	1	3	18	6	28

Av 209 klager på vedtak om skjerming fikk 17, eller 8 prosent medhold. Holdes avviste og trukne klager utenfor blir andelen 12 prosent. Av 94 klager på vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler fikk 16, eller 17 prosent medhold. Holdes avviste og trukne saker utenfor er andelen 20 prosent. Av de 5 klagene på bruk av korttidsvirkende legemidler fikk 1 medhold, 1 fikk avslag, mens 3 ble trukket. Av de 28 klagene på kortvarig fastholding fikk 3 medhold.

1.6.4 Klager på vedtak om overføring, jf. phvl. § 4-10

Etter phvl. §4-10 kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om overføring av en pasient under tvungent psykisk helsevern til opphold i eller andre tiltak under ansvar av institusjon godkjent for tvungent psykisk helsevern. Det treffes likevel ikke vedtak ved overføring mellom ulike former for døgnopphold innen samme institusjon. Overføringsvedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen innen en uke av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende.

Det ble i 2016 fremmet i alt 212 slike klager, 195 fra pasientene og 11 fra pårørende. 31 klagere fikk medhold, 113 fikk avslag, 10 ble avvist, mens 52 ble trukket.

1.6.5 Klager på andre kapittel 4-vedtak.

Det er for 2016 registrert 120 klager på vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen (phvl. § 4-5 annet ledd). I 15 saker fikk klagerne medhold, i 66 saker ble klagen avslått, 2 klager ble avvist, mens 33 klager ble trukket.

Det ble i tillegg registrert 13 klager etter phvl. §4-5 fjerde ledd (åpning av post ved mistanke om rusmidler). Ingen av klagene fikk medhold, 11 klager ble avslått, 1 klage ble avvis, mens 1 klage ble trukket.

Det ble samme år fremmet 7 klager på vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (phvl. § 4-6). I 3 saker ble klagen avslått, mens i 4 saker ble klagen trukket.

Det ble også fremmet 11 klager på vedtak om beslag (phvl. § 4-7). I 8 saker fikk klage avslag, mens 2 klage ble trukket og en klage ble avvist. Det er registrert 1 klage på vedtak om urinprøve (phvl. § 4-7a, annet ledd). Klagen ble ikke tatt til følge

2 Fylkesmannens behandling av klager over vedtak om behandling uten eget samtykke

I følge psykisk helsevernloven § 4-4 kan pasient under tvungent psykisk helsevern uten eget samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten eget samtykke. Vedtaket kan påklages til fylkesmannen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende.

Tabell 11 presenterer data fra fylkesmennenes behandling av klager over tvangsbehandling, fordelt etter hvilket fylke behandlingen finner sted. Tabellen viser prosentvis fordeling av vedtakene ut fra om klager ikke fikk medhold, helt eller delvis medhold, og andel vedtak som ble opphevet pga. saksbehandlingsfeil, slik at saken må behandles på nytt av førsteinstans. Fylkesmannen har i disse tilfellene ikke vurdert om klagen skal etterkommes. Det kan først gjøres etter at førsteinstansen har behandlet saken på nytt. I tabellen har vi også satt opp vedtaksraten (klager i forhold til innbyggertall 18 år og eldre) og raten for klager der klager får helt eller delvis medhold.

Figur 7 viser samlet klagerate (klager per 100 000 innbyggere 18 år og eldre), og raten over klager der klager fikk helt eller delvis medhold. Fylkene er sortert etter stigende klagerate.

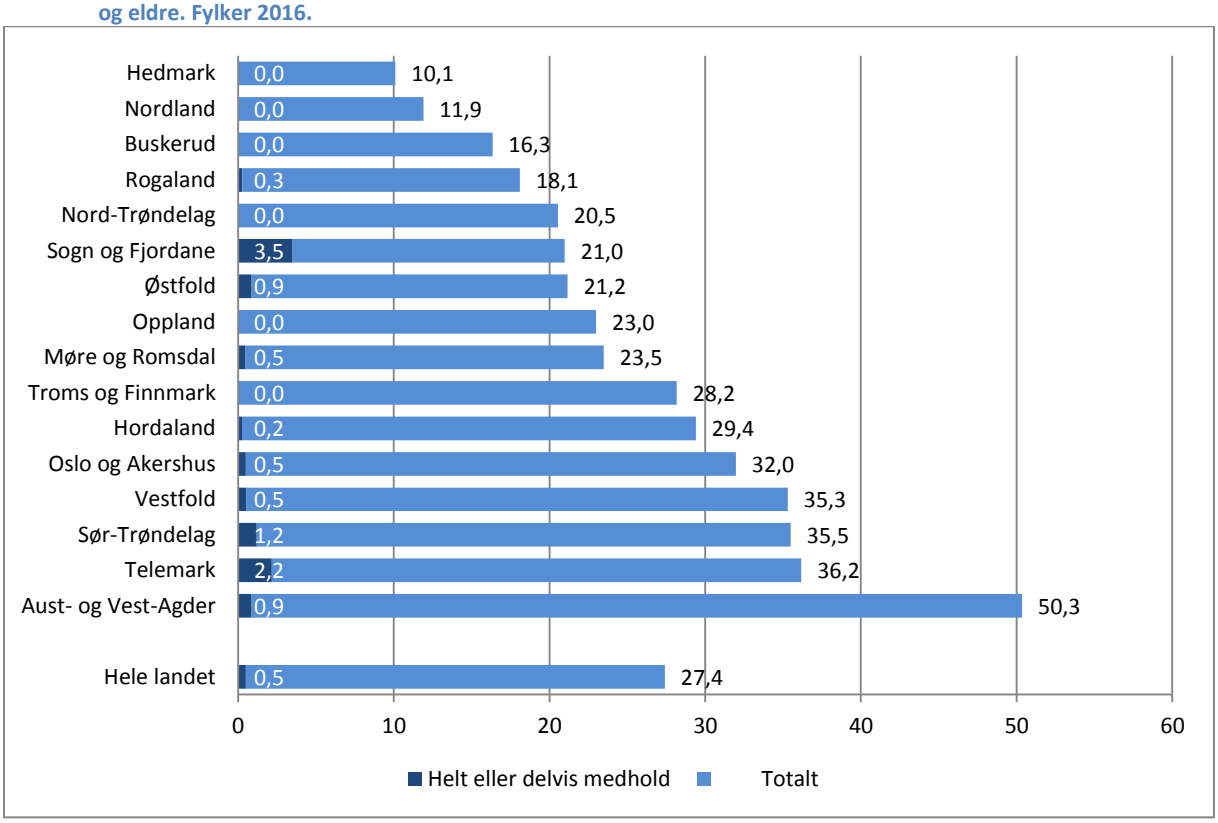
Figur 8 viser andel av klagene der klageren fikk helt eller delvis medhold. Vi har også satt inn andel vedtak som ble opphevet pga. saksbehandlingsfeil eller lignende.

Tabell 11 **Klager på vedtak om behandling uten eget samtykke. Antall klager, prosentandel der det er gitt helt eller delvis medhold og andel vedtaket som er opphevet. Fylke. 2016.**

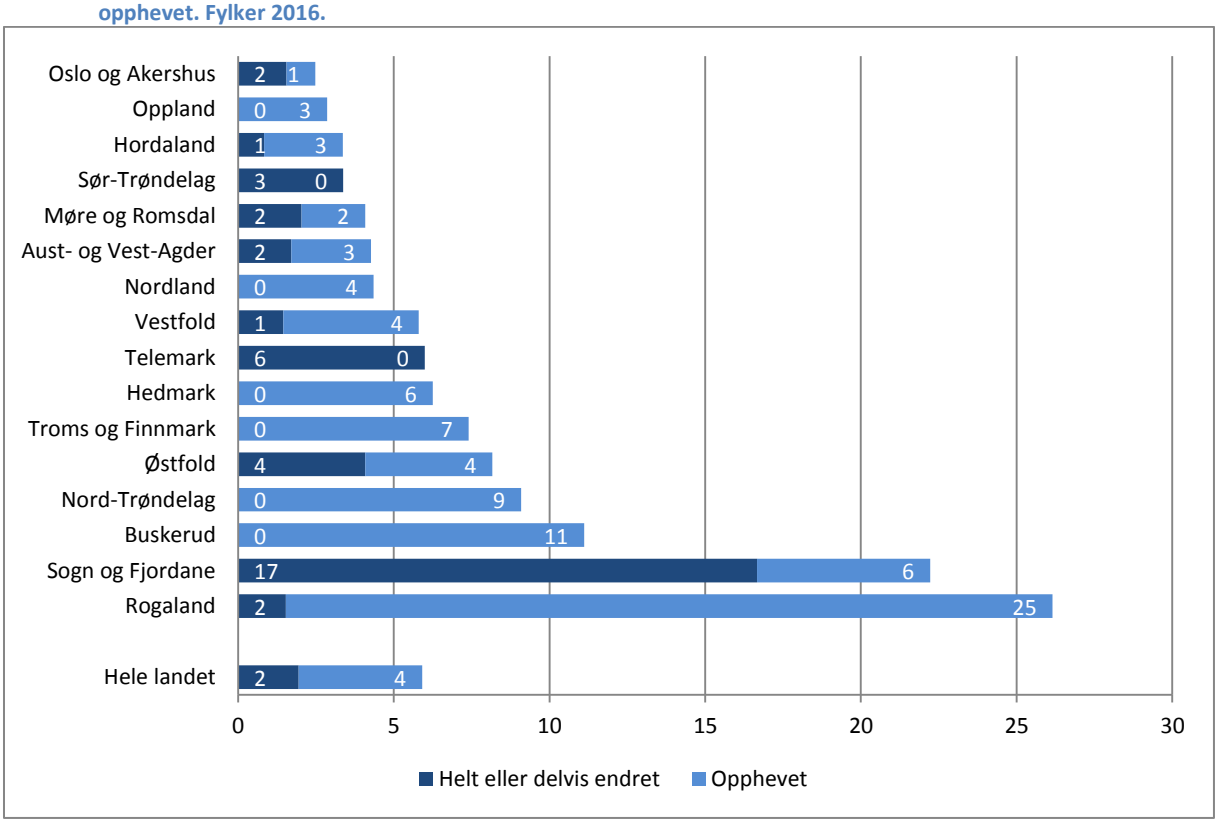
	Utfall i prosent av antall saker				Antall vedtak	Antall saker	Rate per 100 000 innb. 18 år og eldre	
Fylke	Stad-festet	Opp-hevet	Helt eller delvis endret	Totalt			Saker totalt	Saker helt eller delvis endret
Østfold	92	4	4	100	49	49	21,2	0,9
Oslo og Akershus	98	1	2	100	319	322	32,0	0,5
Hedmark	94	6	0	100	16	16	10,1	0,0
Oppland	97	3	0	100	35	35	23,0	0,0
Buskerud	89	11	0	100	36	36	16,3	0,0
Vestfold	94	4	1	100	69	69	35,3	0,5
Telemark	94	0	6	100	50	50	36,2	2,2
Aust- og Vest-Agder	96	3	2	100	117	117	50,3	0,9
Rogaland	74	25	2	100	65	65	18,1	0,3
Hordaland	97	3	1	100	119	119	29,4	0,2
Sogn og Fjordane	78	6	17	100	18	18	21,0	3,5
Møre og Romsdal	96	2	2	100	49	49	23,5	0,5
Sør-Trøndelag	97	0	3	100	89	89	35,5	1,2
Nord-Trøndelag	91	9	0	100	22	22	20,5	0,0
Nordland	96	4	0	100	23	23	11,9	0,0
Troms og Finnmark	93	7	0	100	54	54	28,2	0,0
Totalt	94	4	2	100	1130	1133	27,4	0,5

Kilde: Helsetilsynet

Figur 7 Fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke innenfor det psykiske helsevernet. Saker totalt og saker der klager fikk helt eller delvis medhold. Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Fylker 2016.



Figur 8 Fylkesmennenes behandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke innenfor det psykiske helsevernet. Prosentandel av vedtakene der klager fikk helt eller delvis medhold og prosent der vedtaket ble opphevet. Fylker 2016.



Fylkesmennene behandlet i 2016 totalt 1 130 klager på tvangsbehandling, 7 prosent flere enn året før (1 061 klager). I disse sakene ble det fattet totalt 1 133 vedtak. Av disse gjaldt 1 102 saker tvangsmedisinering, 30 saker tvangsernæring og 1 sake annen tvang.

Det er store forskjeller i klageraten mellom fylkene, fra 10,1 klager per 100 000 voksne innbyggere i Hedmark til 50,3 i Aust- og Vest-Agder. Vi minner imidlertid om at sakene er fordelt etter hvilket fylke klagerne er behandlet, ikke etter bosted. De fylkene som hadde en høy klagerate i 2016 hadde også gjennomgående en høy klagerate i 2015 (korrelasjonskoeffisienten= 0,75). Vi vet ikke om disse forskjellene skyldes egenskaper ved behandlingssystemet (bruker en i noen fylker mere tvangsbehandling med påfølgende klager), eller om forskjellene skyldes ulik tendens til å avfinne seg med tvangsbehandling blant pasientene.

Fylkesmennene opphevet 45 vedtak (4 prosent av vedtakene) pga. saksbehandlingsfeil. I 22 saker (2 prosent) fikk klager helt eller delvis medhold. Andelen vedtak der klager får helt eller delvis medhold varierer mellom fylkene, fra ingen klager i Hedmark, Oppland, Buskerud, Nord-Trøndelag, Nordland og Troms og Finnmark til 17 prosent av klagene i Sogn og Fjordane. Pga. lav prosentueringsbasis i flere fylker, vil imidlertid dette kunne skyldes tilfeldige variasjoner fra år til år.

3 Kontrollkommisjonens velferdskontroll i 2016

3.1 Innledning

En av kontrollkommisjonenes oppgaver er å føre den kontroll med institusjonene som den finner nødvendig for pasientenes velferd (velferdskontroll), jf. psykisk helsevernloven § 6-1 annet ledd.

Finner kontrollkommisjonen forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med den faglig ansvarlige ved institusjonen og eventuelt fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 6-1 andre ledd tredje punktum. Ved alvorlige forhold ved institusjonen skal kontrollkommisjonen varsle fylkesmannen, jf. psykisk helsevernforskriften § 63 fjerde ledd.

Kontrollkommisjonene er bedt om å kommentere siste års velferdskontroll i årsrapporten til Helsedirektoratet. I dette kapittelet oppsummeres kommentarene som er avgitt for 2016.

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

3.2 Kontrollkommisjonens merknader fra velferdskontrollen

Det nærmere innholdet i kontrollkommisjonens velferdskontroll er regulert i psykisk helsevernforskriften § 63.

Det fremgår her at kontrollkommisjonen skal føre kontroll med bruken av restriktive tiltak. Videre skal kontrollkommisjonen under sine besøk gjennomgå protokollene om bruk av skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler. Kontrollkommisjonen skal også undersøke om det er husordensreglement ved institusjonen og påse at dette er i overensstemmelse med gjeldende lovgivning. Under sine besøk skal kontrollkommisjonen gi pasientene anledning til å fremsette klager over vedtak etter psykisk helsevernloven, og ellers ta opp forhold av betydning for pasientens opphold ved institusjonen eller forpleiningsstedet. Pasienter som er innlagt i institusjonen uten eget samtykke etter siste besøk, skal få tilbud om samtale med kontrollkommisjonen. For øvrig kan kontrollkommisjonens medlemmer så vidt mulig bistå pasientene med råd og hjelp.

Kontrollkommisjonene har inngitt merknader knyttet til ovennevnte oppgaver, og har spesielt omtalt kontroll av tiltak etter psykisk helsevernlovens kapittel 4, gjennomgang tvangsprotokoller, husordensregler og samtaler med pasienter. Mange har også anmerkninger knyttet til fysiske forhold ved institusjonene og aktivitetstilbud. Kommisjoner med ansvar for institusjoner for barn og unge tar opp særlige spørsmål for denne gruppen, og det samme gjelder kommisjoner med ansvar for regionale sikkerhetsavdelinger.

I det følgende omtales noen av de forhold kontrollkommisjonene anmerket på disse områdene.

3.2.1 Kontroll med restriktive tiltak

Flere kommisjoner bemerker at de har hatt økt fokus på kontroll med vedtak om bruk av tvangsmidler, og at ufullstendige vedtak eller omfattende tvagsmiddelbruk mot samme pasient, blir fulgt opp med spørsmål til faglig ansvarlig.

En kommisjon opplyser at det er avholdt dialogmøte med representanter for fylkesmannen, hvor rapport fra Sivilombudsmannens besøk på institusjonen ble gjennomgått, med tanke på forbedring av oppfølgning.

En kommisjon bemerket at rutiner for bruk av kortvarig fastholding ble gjennomgått, etter en periode med svært mange holdinger gjennomført av ufaglært personell, for eksempel vektere på sykehuset.

Det bemerkes fra en kommisjon at den fikk stoppet et ønske om å gjennomføre rutinemessig testing for rus i sammenheng med inntak av pasienter. Kommisjonen understreket kravene om at rusmiddeltesting skal baserast på samtykke, jf. phvl. § 4-7a første ledd. Som følge av dette har det vært dialog mellom institusjon og kommisjonen om hvordan samtykkeskjema bør utformes for å tilfredsstille lovens krav.

Etter først en dialog med institusjonen påpekte en kommisjon skriftlig at plasseringen av belteseng i skjermingsenhet fremsto som problematisk og det ble anbefalt at denne ble flyttet ut av skjermingsenheten.

Kommisjonen ved regional sikkerhetsavdeling tar opp særlige forhold ved bruk av tvangsmidler, og har omfattende bemerkninger. Det fremgår at den løpende kontrollen kommisjonen har gjort når det gjelder enkeltvedtak etter kap. 4 i psykisk helsevernloven (restriktive tiltak), viser gjennomgående manglende føring i tvangsprotokoll, vedtak er ikke fremlagt eller vedtak er mangelfullt begrunnet. Det bemerkes også om saker som gjelder ulovlig isolasjon. Spesielt omtales to saker hvor pasientene har vært underlagt et løpende tvangsmiddelregime i hele 2016. Det tas også opp forhold om bruk av tvangsmidler utenfor institusjon. Flere av sakene kjent for Fylkesmannen, og fortolkningsspørsmål er tatt opp med Helsedirektoratet.

3.2.2 Husordensregler

De fleste kommisjoner bemerker at husordensregler gjennomgås ved besøk. Ved gjennomgang har flere gitt tilbakemelding om behov for endringer til institusjonen. Det er blant annet av en kommisjon vist til at det ikke kan settes opp en generell formulering om at besøk pasienter imellom på rommene ikke er tillatt. Det er formidlet at restriksjoner må vurderes konkret ut fra behandlingsmessige behov. Andre har tatt opp rutiner om at alle pasientene måtte levere inn telefonen ved innleggelse i akuttposten, som problematisk. En kommisjon påpekte også at praktisering av husordensregler og rutiner i stor grad kan kamuflere «gråsonetvang».

3.2.3. Samtaler med pasienter

Det anmerkes fra flere kommisjoner at pasienter i samtaler gir tilbakemelding om at personale på enkelte poster oppleves lite tilgjengelige. Videre at det er for lite personale tilgjengelig til utgang med følge, og aktivitetstilbud.

Kommisjonene bemerker at aktuelle tema i samtaler pasientene er opptatt av kan være; mattilbud, treningsmuligheter, dårlige materielle forhold ved avdelingene, nattevakter som sover, uvennlig behandling, ønske om ny behandler, ønsker om permisjoner og utgang og spørsmål om utilstrekkelig bemanning om sommeren.

En kommisjon bemerket at pasientene de har vært i kontakt med, ga uttrykk for at de er tilfredse med tilbudet.

Det bemerkes fra en kommisjon av de i samtale med pasientene opplyser om rettigheter generelt og eventuelt hvor de kan henvende seg, som fylkesmannen eller pasientombudet.

Det bemerkes fra en kommisjon med ansvar for pasienter under tvungent vern uten døgnopphold (TUD) at det er vanskelig å komme i kontakt med pasientgruppen.

3.2.4 Fysiske forhold

Flere kommisjoner tar opp de fysiske forhold ved institusjonen. Blant annet nevnes følgende forhold av enkelte kommisjoner:

- Skjermet enhet er ikke er lydtett, som innebærer at andre pasienter blir redde når de hører skrik fra skjermet enhet for eksempel v/fastholding, sonding e.l.
- Det er innsyn fra gateplan rett inn på innkomstområdet pga. manglende skjerming av vindu
- Behov for tilpasset seng for pasientens behov.
- Behov for bedre ventilasjon i trimrommet
- Alarmer som vekker alle pasientene
- Iskalde rom
- Ikke farger på noen vegger, ikke bilder på veggene, ikke grønne planter, ikke "mat-lukt" som kunne gi "hjem-følelse" for langtidspasientene.
- For lite utgang fordi det ikke finnes tilgjengelige "grønt-områder".
- Det er ikke vann-dispensere på psykiatrisk avdeling av sykehuset, mens dette finnes på sykehusets somatiske del.

Kommisjonen ved regional sikkerhetsavdeling tar opp at de materielle forholdene ved institusjonen får direkte innvirkning på hvordan pasientene blir ivaretatt og bruk av tvangsmidler. Det påpekes som eksempel at vinduer kan knuses på en spesialbygget skjermet enhet, og at rør ligger åpne slik at de kan rives løs.

3.2.5 Aktivitetstilbud

Flere kommisjoner har bemerkninger om aktivitetstilbudet til pasientene. Det tas både opp at noen institusjoner har mange aktivitetstilbud til brukerne - både rene fritidsaktiviteter og kompetansebyggende aktiviteter, samt tiltak med fokus på personlig utvikling, med bra deltakelse på tiltakene. Det bemerkes også at det flere steder er for få personale på helgene for å følge på fritidsaktiviteter.

3.2.6 Barn og unge

Flere kommisjoner med ansvar for institusjoner med barn og unge bemerker ulike forhold spesielt for denne gruppen. Det påpekes at rettighetene til gruppen mellom 12 og 16 år er svakt fundert i loven og det er vanskelig å etablere rutiner som sikrer denne pasientgruppens rettigheter. Videre anmerkes at institusjonen har behov for avklaringer knyttet til når det skal fattes vedtak om kortvarig fastholding. Det anmerkes også at en kommisjon har bistått med etiske drøftinger og videreformidling av klage vedr. medisinering/ernæring, og drøfting av spørsmål knyttet til døgnopphold vs. opphold i barnevernsinstitusjon, ambulant oppfølging hjemme og lignende.

Flere kommisjoner bemerker at de etter nye retningslinjer fra Helsedirektoratet ikke lenger besøker poliklinikker for barn og unge.

3.2.7 Annet

En kommisjon bemerket å ha tatt opp to saker med institusjonen vedrørende TUD-pasienter som fikk et botilbud i hjemkommune, der man fra kommisjonens side fant grunn til å stille spørsmål ved forsvarligheten ved tilbudet.

Det bemerkes fra en annen kommisjon at det fortsatt er uklart hvilke oppgaver kommisjonen har overfor TUD pasienter, og ønsker dette som tema på årskonferansen.

3.3 Varsel til Fylkesmannen

I psykisk helsevernforskriften § 63 fremgår at kontrollkommisjonen skal varsle Fylkesmannen om alvorlige forhold ved institusjonen.

I 2016 er totalt 16 saker varslet fylkesmannen etter denne bestemmelsen, sendt inn av 13 kontrollkommisjoner. En kommisjonen varslet fylkesmannen 3 ganger, en annen kommisjon varslet fylkesmannen 2 ganger og de øvrige varslet fylkesmannen en gang hver.

Det ble varslet om saker blant annet knyttet til fysiske forhold ved institusjonene/skjermingsrom, konsekvenser for pasienter av organisatoriske endringer, omfang av bruk av tvangsmidler, manglende hjemmel for behandlingstiltak, gjentatte reinnleggelser av pasienter under TUD grunnet boforholdene utenfor institusjonen, bruk av tvang mot pasient på TUD i bolig, og spørsmål om forsvarlighet i behandling.

En kommisjon tok i 2015 stikkprøver der de undersøkte vedtakene bak føringene i tvangsprotokollene. De fant en rekke feil, og besluttet å undersøke alle vedtakene i en tre-måneders periode. Alle tvangsvedtakene på skjerming § 4-3 og tvangsmidler § 4-8 i perioden, tilsammen 189 vedtak, ble undersøkt. Det ble funnet feil på 29 vedtak, altså 12,69 %. Dette medførte at kommisjonen varslet Fylkesmannen.

Helsedirektoratet

Telefon:+47 810 20 050

Faks:+47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no