

Kontroll av tvangsbruk 2017

Rapport
IS-2803



Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	7
1.1 Kontrollkomisjonenes rolle	8
2. Kontrollkomisjonenes virksomhet i 2017	10
2.1 Innledning	10
2.2 "Dokumentkontroll", jf. psykisk helsevernloven § 3-8 første ledd	10
2.3 Tre måneders kontroll (§ 3-8 annet ledd) og ett års forlengelse (§ 3-8 tredje ledd)	13
2.4 Klager på vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	14
2.5 Regionale utviklingstrekk	18
2.6 Klager på "kapittel 4 vedtak" /gjennomføringsvedtak	26
3 Kontrollkomisjonens velferdskontroll i 2017	29
4 Fylkesmannens behandling av klager over vedtak om behandling uten eget samtykke	33
VEDLEGG A: Om datagrunnlaget for kontrollkomisjonens virksomhet	36
VEDLEGG B: VEDLEGGSTABELLER	38



Sammendrag

Nedgang i antall dokumentkontroller fra 2016 til 2017 og færre på tvang over lang tid

Det var færre dokumentkontroller av vedtak om tvungent vern i 2017 enn i 2016, både av vedtak om tvungen observasjon (-7%) og vedtak om tvungent psykisk helsevern (-11%). Utviklingen samsvarer med retningen i antall tvangsinnleggelser publisert av Helsedirektoratet, men antall vedtak om tvang og tvangsinnleggelser ikke helt det samme. Innrapporteringen fra kontrollkommisjonene viser at det ble utført 3877 kontroller av vedtak om tvungen observasjon og 3565 kontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern i 2017. Som tidligere år ble utfallet av kontrollkommisjonenes kontroller i de aller fleste tilfeller at vernet ble opprettholdt. Det var også klart færre kontroller av vilkårene for tvang etter tre måneder (-20%) og ett år (-20%). Dette indikerer at det er færre på tvang over lang tid. Nedgangen gjaldt både innlagte på tvangsvedtak og tvang uten døgnopphold (TUD) og skjedde i alle regioner. I 2017 gjaldt 76 prosent av ettårskontrollene TUD. Tall fra Norsk pasientregister viser at 30 prosent av pasienter som ble skrevet ut fra tvungent døgnopphold i 2017 ble overført til tvang uten døgn (TUD). Antallet gikk imidlertid ned med 200 utskrivinger fra 2016 til 2017.

Antall behandlede klager økte litt fra 2016 til 2017

Antall klager på etablering og opprettholdelse av tvunget vern vil ofte gjenspeile omfanget av tvangsvedtak. Antall innmeldte klager på tvungent psykisk helsevern ble redusert med 6 prosent fra 2016 til 2017. Omtrent en tredjedel av klagenes trekkes imidlertid før endelig behandling i kontrollkommisjonene. Holdes trukne klager utenfor var det en liten vekst i antall behandlede klager fra 2016 til 2017. I 13 prosent av disse sakene fikk klageren medhold.

Regionale forskjeller

I 2017 var både antall ettårskontroller av tvungent vern og antall klager på tvungent vern litt høyere for kommisjonene tilhørende Helse Sør-Øst og Helse Vest enn de to andre regionene, målt per innbygger. Sammenlignet med Helse Midt-Norge kan det antakelig tilskrives at disse regionene har flere på vedtak om tvungent vern (innlagt eller uten døgnopphold). Kommisjonene i områdene tilhørende Helse Nord hadde like høy rate for dokumentkontroller av tvungent vern som Helse Sør-Øst og Helse Vest. Regionen hadde derimot noe færre ettårskontroller og noe færre klager per innbygger.

I et femårsperspektiv; Relativt stabilt nivå av dokumentkontroller ved etablering av tvang og nedgang i tremånederskontroller

I et femårsperspektiv har det vært noe vekst i dokumentkontroller av vedtak om tvungen observasjon. Kontroller knyttet til etablering av tvungent psykisk helsevern er noe redusert, og gjelder i hovedsak siste år. Kommisjonene tilhørende Helse Midt-Norge har gjennom hele femårsperioden innrapportert lavere omfang av tvangsetablering enn de andre regionene i forhold til innbyggertallet.

Antall tremånederskontroller av tvungent vern gikk jevnt ned fra 2013 til 2017, men mest siste år. Kontroller av tvungent vern utover ett år økte i starten av perioden, for så å reduseres betydelig fra 2016 til 2017.

Det var færre registrerte og innrapporterte klager på etablering av tvungent psykisk helsevern i 2017 enn fem år tidligere. Mange pasienter klager ved innleggelse på tvang, men omtrent en tredjedel trekker klagen før behandling av kontrollkommisjonen. Antall klager er lite endret fra 2013 til 2017 når man holder trukne klager utenfor. Andelen klager sett i forhold til antall vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern er et noe upresist mål på klageandel, men når dette beregnes ser vi at nivået er relativt stabilt i et femårsperspektiv (ca 19 prosent ekskl trukne klager). Forskjellene er ikke veldig store mellom regionene, men Helse Nord hadde litt lavere andel klager. De innrapporterte tallene indikerer at andelen klager som får medhold har økt litt i alle regionene de siste årene. Medholdsprosenten var lavere i alle helseforetaksområdene i Midt-Norge sammenlignet med resten av landet, noe som muligens henger sammen med en lavere rate for etablering av tvang. 6,8 prosent fikk medhold i denne regionen, mens medholdsprosenten var dobbelt så høy i de andre regionene.

Klager på "kapittel 4" vedtak /gjennomføringsvedtak

Kontrollkommisjonene behandler også klager på tvang under gjennomføring av psykisk helsevern, herunder skjerming, innskrenkninger i retten til forbindelse med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon, beslag, rusmiddeltesting, bruk av tvangsmidler og overføringer. Det er få klager på tvang under gjennomføring av psykisk helsevern sett i forhold til antall vedtak og antall pasienter dette gjelder. Det har likevel vært en liten vekst i klager de siste årene. Dette kan skyldes flere vedtak om tvangstiltak, men det er vanskelig å vurdere i hvilket omfang veksten i innrapporterte vedtak til Norsk pasientregister er en reell vekst eller bedre rapportering. Klagen på tvangstiltak blir i all hovedsak ikke tatt til følge av kontrollkommisjonene.

Klager til fylkesmannen på behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling)

Noen pasienter tvangsbehandles med legemidler, ernæring eller annet type behandling. Samlet sett var det litt reduksjon i klager til fylkesmannen på tvangsbehandling, men utviklingen varierer mellom fylkene. Tall fra Samdata spesialisthelsetjenesten viser at økning eller reduksjon i fylkene i stor grad sammenfaller med endringer i antall pasienter som er satt på tvangsbehandling. Medholdsprosenten på klager varierte fra 0 til 15 prosent mellom fylkene i 2017.

Velferdskontrollen

Kontrollkommisjonene har i sin velferdskontroll bla tatt opp tema som forhold knyttet til bruk av tvangsmidler, skjult tvang i husorensregler, mangelfull fysisk utforming av institusjoner og mangelfull tilgang til utgang og aktiviteter.



1. Innledning

Rapporten presenterer resultater fra Kontrollkommisjonenes kontroller og behandling av klager for 2017, samt i et femårsperspektiv. Kontrollkommisjonenes kommentarer knyttet til velferdskontroller i institusjonene i 2017 er inkludert. I tillegg presenteres tall for fylkesmennenes behandling av klager påvedtak om behandling uten eget samtykke i 2017.

I rapporten omtales ulike former for tvang:

- Tvangsinnleggelser (tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold)
- Tvungent vern uten døgnopphold
- Tvangsbehandling med medisiner, ernæring o.l (vedtak om behandling uten eget samtykke)
- Tvangstiltak mens man er under behandling, eks. skjerming, tvangsmidler, rusmiddeltesting og beslag ("kapittel 4" vedtak)

Mål om mest mulig frivillighet i helsetjenesten

Det er en grunnleggende rettighet å bestemme over sin egen helse og mottak av helsehjelp. I noen tilfeller settes denne retten til side gjennom lov for å ivareta 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 ansatte innen psykisk helsevern vil det ofte oppleves svært vanskelig å ikke kunne gi helsehjelp når det ut fra faglige vurderinger anses nødvendig. Bruk av tvang kan samtidig oppleves svært traumatisk for pasienten. Det er derfor ønskelig at psykiske helsetjenester i størst mulig grad skal baseres på frivillighet. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang.

Opptappingsplanen for psykisk helse, samhandlingsreformen og i Helse- og omsorgsdepartementets strategi "Bedre kvalitet – økt frivillighet" (Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) skulle understøtte mest mulig frivillighet. I 2016 ble det nedsatt et «tvangslov-utvalg», som skal se på tvangsreglene på helsefeltet samlet. Utvalget kommer med sin anbefaling i juni 2019. Videre er det de siste årene bevilget ekstra penger for å styrke kontrollkommisjonene faglig. Det arbeides dermed videre for å redusere behovet for tvang og sikre et likeverdig tjenestetilbud og en enhetlig praksis over hele landet.

Direktoratet jobber i disse dager med å utarbeide pakkeforløp for tjenesten på rus- og psykisk feltet. Etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern skal inngå som en del av det samlede arbeidet med pakkeforløp innen psykisk helsefeltet. Det vil bli utarbeidet faglige anbefalinger som kan inngå i relevante pakkeforløp, for eksempel pakkeforløp om psykoselidelser. Anbefalingene skal omhandle:

- forebygging av tvangsinnleggelser
- bruker- og pårørendemedvirkning, reduksjon av opplevde krenkelser og skånsom gjennomføring av nødvendig tvang. Tidsplanen for ferdigstilling av anbefalingene er 2020.

1.1 Kontrollkommisjonenes rolle

Kommisjonene kontrollerer tvangsvedtak, behandler klager og fører velferdskontroll. Kontrollkommisjonene skal sikre den enkeltes rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Oppgaver og saksbehandling som utføres av kontrollkommisjonene reguleres av psykisk helsevernloven og forvaltningsloven med forskrifter.

Kontrollkommisjonene i hvert fylke skal kontrollere at praksis i psykisk helsevern er i tråd med gjeldende lov. Loven stiller strenge krav til bruk av tvang. Frivillig psykisk helsevern skal alltid prøves først og tvang skal kun brukes når frivillighet ikke fører fram eller åpenbart ikke er mulig. Loven krever at pasienten har en alvorlig sinnslidelse ved bruk av tvang, og i tillegg må pasienten ha åpenbar nytte av behandling (behandlingskriteriet) eller være til fare for seg selv eller andre (farekriteriet). Så sant det ikke er nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv eller andre personers liv eller helse er det i tillegg krav om at pasienten ikke er samtykkekompetent.

Det er mulighet for å holde pasienten under tvungen observasjon i inntil 10 dager (§ 3-2) før det må tas stilling til om pasienten skal overføres til tvungent psykisk helsevern (§ 3-3), om observasjonstiden skal forlenges (i inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder), eller om pasienten skal utskrives eller eventuelt overføres til frivillig psykisk helsevern (§ 2-1). Skal det tvungne vernet vare mer enn ett år må kontrollkommisjonen samtykke til dette.

Loven sier at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene, men tvungent vern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med.

Pasienten, eller vedkommendes nærmeste pårørende eller eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6 (phvl) kan påklage vedtak om (eller opphør av) tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Dersom det ikke er framsatt klage, skal kontrollkommisjonene uansett vurdere om det er behov for fortsatt tvungent vern når det er gått tre måneder etter innleggelsen (tremåneders kontroll).

Større vekt på samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven

Fra 1. september 2017 kom det enkelte endringer i psykisk helsevernloven med formål om å styrke pasientenes rettssikkerhet og selvbestemmelse. Den viktigste endringen var innføringen av et vilkår om manglende samtykkekompetanse for vedtak om tvungen observasjon, tvunget vern og tvangsbehandling. Dette kan fravikes kun hvis det er en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Kravene til skriftlig begrunnelse for vedtak om tvunget observasjon, tvunget psykisk helsevern, vedtak om behandling uten samtykke, og bruk av tvangsmidler er også blitt tydeligere og mer strukturert, og pasientenes rett til å uttale seg er tydeligere formalisert.

Det er også innført utvidet krav til vedtak om skjerming og utvidelse av obligatorisk undersøkelsestid før vedtak om tvangsmedisinering. Helsepersonell har plikt til å samrå seg med annet kvalifisert personell når det blir gjort vedtak om behandling uten pasientens samtykke.

Etter avslutning av tiltak hvor pasienten har motsatt seg tiltaket stilles det krav om evaluering. Dette gjelder skjerming, undersøkelse og behandling uten samtykke, undersøkelse av rom og eiendeler, kroppsvisitasjon, rusmiddeltesting uten samtykke, og bruk av tvangsmidler.

Endringene i loven gjaldt bare for slutten av året 2017, men det er likevel viktig å se endringer i omfang og varighet av tvang i 2017 i lys av nytt regelverk.

2. Kontrollkommisjonenes virksomhet i 2017

2.1 Innledning

Dette kapitlet beskriver kontrollkommisjonenes arbeid gjennom oversikt over kontroll av vedtak og behandling av klager. Det presenteres nasjonale og regionale utviklingstall. For 2017 presenteres noen tall også på helseforetaksnivå.

54 kontrollkommisjoner gjennomførte 1817 anmeldte kontrollbesøk ved institusjonene i 2017, mot 1836 i 2016. I tillegg ble det gjennomført 326 uanmeldte besøk (331 i 2016).

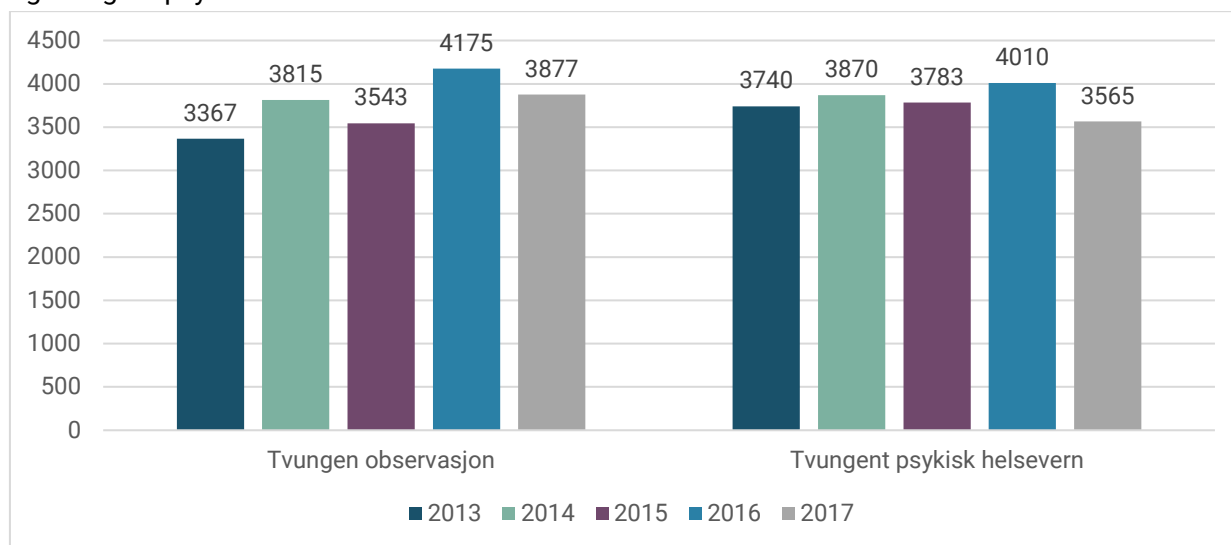
2.2 "Dokumentkontroll", jf. psykisk helsevernloven § 3-8 første ledd

2.1.1 Kontroll ved etablering av tvungen observasjon og og tvungent psykisk helsevern

Innrapporteringen fra kontrollkommisjonene angir at det ble utført 3877 kontroller av vedtak om tvungen observasjon og 3565 kontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern i 2017¹.

I perioden 2013 til 2017 var det for landet samlet en vekst i dokumentkontroller av vedtak som gjaldt tvungen observasjon. Den sterke veksten fra 2015 til 2016 ble noe reversert i 2017.

Figur 1 Utvikling i rapporterte dokumentkontroller ved vedtak om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. For årene 2013 til 2017.



Det var noe færre kontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern i 2017 sammenlignet med tidligere år. Antallet økte også her betydelig fra 2015 til 2016, men fikk en kraftig reduksjon i 2017. Fra og med 2016 ble et nytt og mer brukervennlig rapporteringssystem tatt i bruk. Det kan muligens ha gitt mer komplett innrapportering.

¹ Ved noen få helseforetak er informasjonen mangelfull for noen år. Tall fra foregående år eller innrapporterte tall til NPR brukt. Innleggelser for tvungen observasjon i innrapporterte pasientsata til Norsk pasientregister skal være et godt estimat på antall kontroller. Se vedlegg om datagrunnlag.

2.1.2 Utfall av dokumentkontroll ved etablering av tvungent psykisk helsevern

Som tidligere år opprettholdt kontrollkommisjonene vernet i nesten alle sakene. Det gjaldt 99 prosent av vedtak om tvungen observasjon og 98 pst av vedtak om tvungen psykisk helsevern. Da er noen kommisjoner holdt utenfor pga manglende registrering av opprettholdelse eller åpenbar feilregistrering.

2.1.3 Litt flere 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 mottok i løpet av 2017 198 redegjørelser for unntak fra konverteringsforbudet, mot 183 redegjørelser året før.

2.1.4 Behandling av saker som gjelder barn over tolv år etter phvl. § 2-1 annet ledd

Spørsmålet om etablering av psykisk helsevern for barn som har fylt tolv år på bakgrunn av foreldresamtykke bringes inn for kommisjonen i tilfeller der barnet selv motsetter seg innleggelsen. Det er for 2017 registrert 44 slike saker mot 49 saker året før. Pasienten fikk ikke medhold i noen av sakene.

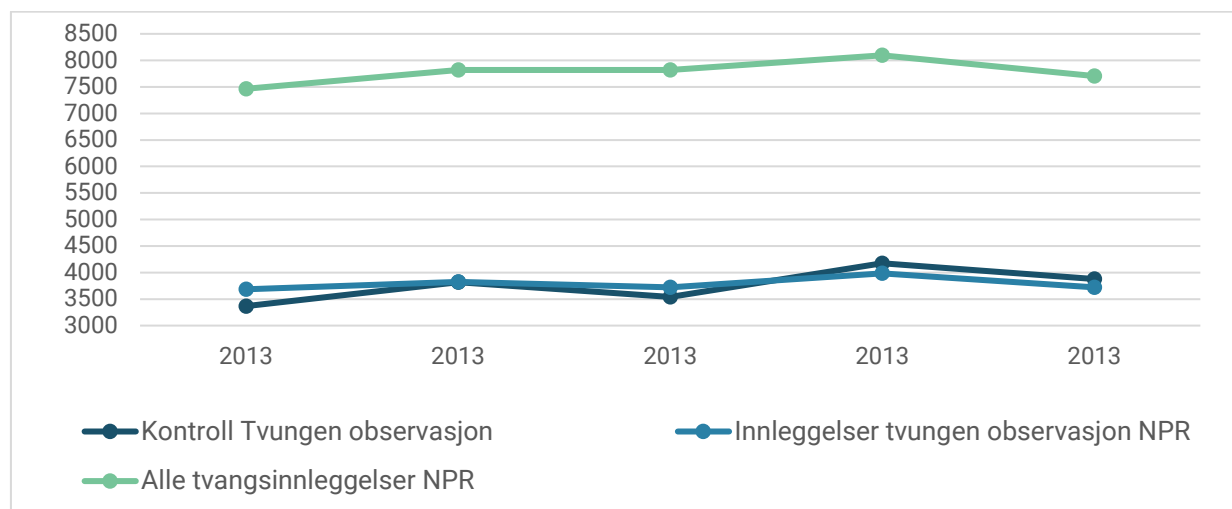
2.1.5 Etterprøving av begjæring i henhold til phvl. § 2-2 fjerde ledd

Etter phvl. § 2-2 første ledd, kan person som søker psykisk helsevern, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke i å være undergitt reglene 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 2017 behandlet kommisjonene 21 slike saker mot 19 saker året før. Institusjonen fikk medhold i 19 av disse sakene (2016: 11 saker) og avslag i 5 (2016: 3 saker).

2.1.6 Utvikling i dokumentkontroller rapportert fra kontrollkommisjoner og tvangsinnleggelser rapportert til Norsk pasientregister

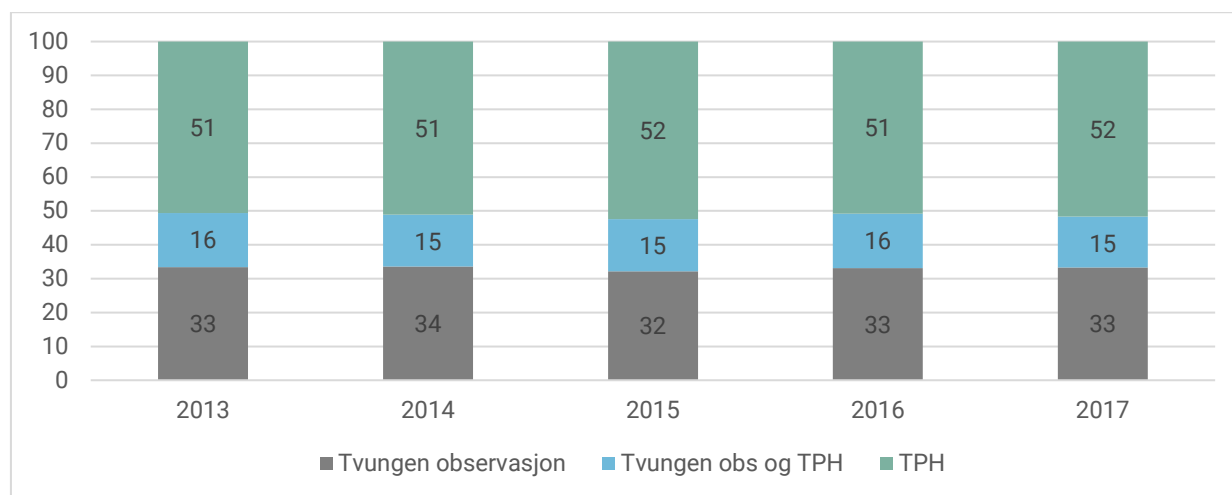
Figur 2 viser at det er relativt godt samsvar mellom utvikling i dokumentkontroller av tvungen observasjon basert på innrapportering til kontrollkommisjonene og antall innleggelser med vedtak om tvungen observasjon rapportert til Norsk pasientregister. Dette bør være ganske samstemt. Kontroller av etablering av tvungent psykisk helsevern kan ikke direkte sammenlignes med tall for tvangsinnleggelser, men samlet sett er utviklingen i tvangsinnleggelser og utviklingen i kontroller av etablering av tvungent vern svært lik.

Figur 2 *Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne for perioden 2013 til 2017 og antall kontroller for tvungen observasjon (SAMDATA spesialisthelsetjenesten og data fra kontrollkommisjonene).*



Tall fra Samdata spesialisthelsetjenesten basert på data fra Norsk pasientregister viser også at cirka 1/3 av innleggelsene kun besto av tvungen observasjon (se figur 3). Ved 15 prosent av innleggelsene ble pasienten underlagt tvungent psykisk helsevern i etterkant av observasjonsperioden, mens halvparten av innleggelsene var basert på vedtak om tvungen psykisk helsevern uten forutgående observasjonsperiode. Denne fordelingen har vært stabil siste femårsperiode

Figur 3 *Andel av tvangsinnleggelser som består av kun tvungen observasjon, kun tvungent psykisk helsevern eller begge deler. Kilde Samdata spesialisthelsetjenesten.*

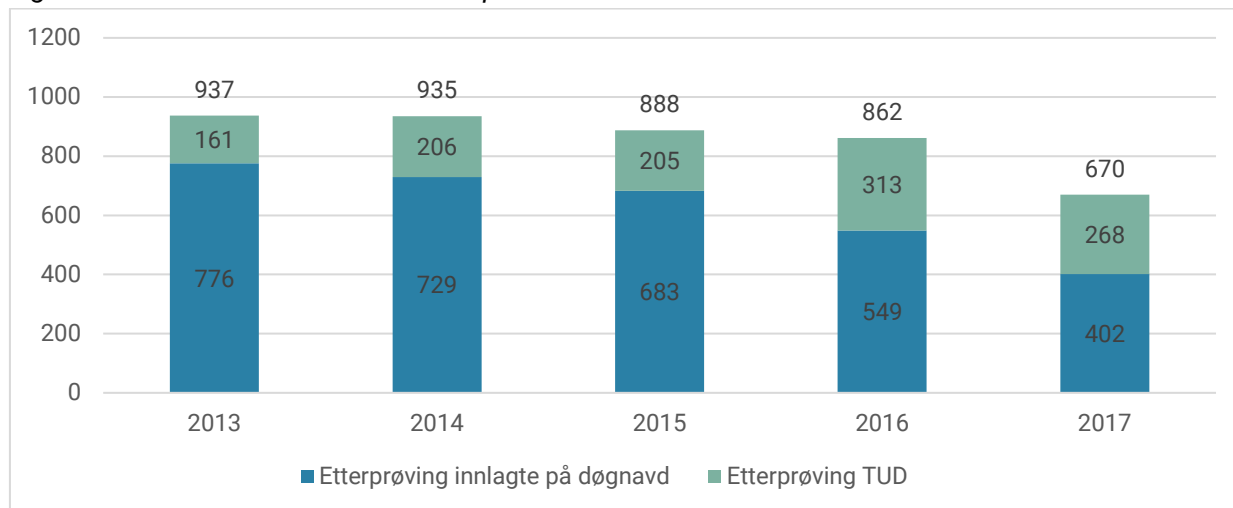


Det er indikasjoner på en noe underrapportering av kontroller av vedtak i forbindelse med overgang fra tvungen observasjon til tvungen psykisk helsevern. Det kan også nevnes det ble etablert overføring til tvang uten døgnet ved 31 prosent av utskrivningene (2595 i antall) for pasienter innlagt under tvang i 2016 (Samdata spesialisthelsetjenesten).

2.3 Tre måneders kontroll (§ 3-8 annet ledd) og ett års forlengelse (§ 3-8 tredje ledd)

Det totale antall tremåneders kontroller er klart redusert siste fem år, og reduksjonen var spesielt stor fra 2016 til 2017. Antallet gikk ned med over 20 prosent på nasjonalt nivå. Reduksjonen gjaldt både kontroller for pasienter innlagt på tvangsvedtak og pasienter med vedtak om tvang uten døgn (TUD). Fra 2013 til 2016 økte antallet som var på TUD ved tremånederskontrollen, men denne trenden ble brutt i 2017.

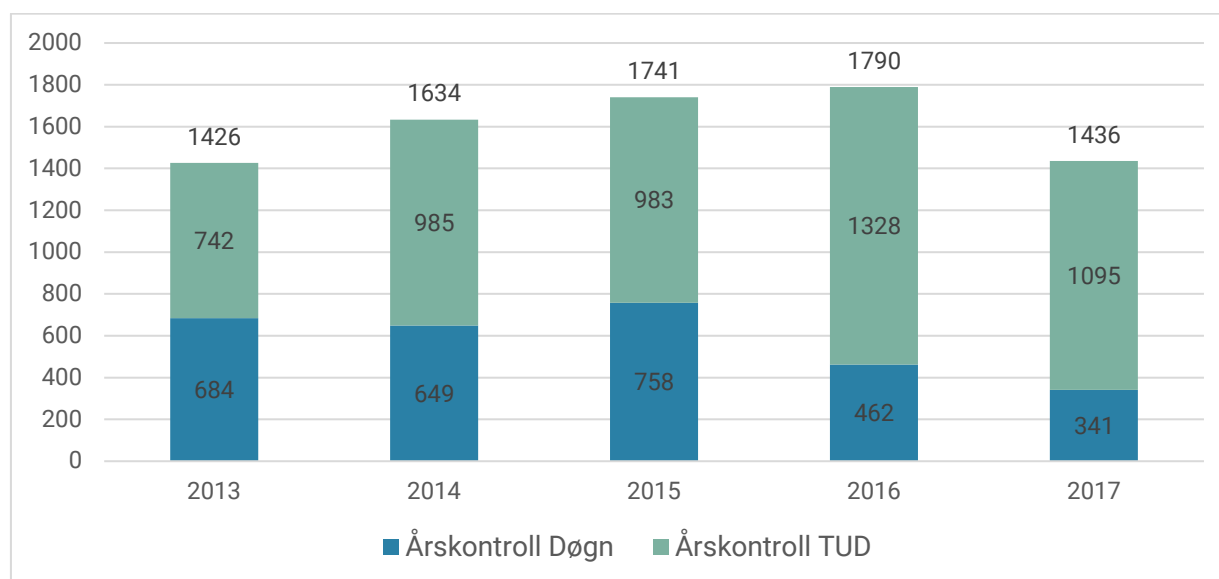
Figur 4 Antall tre måneders kontroller i perioden 2013 til 2017



Utvikling i antall tremånederskontroller kan gi en pekepinn på endringer i omfang av tvang som varer over tid. Dette må imidlertid ses i sammenheng med utvikling i klager på etablering av tvungent vern, fordi etableringsvedtak som påklages ikke inngår i tre månederskontrollen. Vi har ikke oversikt over utvikling i antall klager fremsatt før 3 måneder er gått. Totalt antall klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern (§ 3-3 og § 3-7) har imidlertid ikke økt de siste årene, hverken nasjonalt eller i regionene. Antall kontroller etter tre måneder vist i figur 4 gir altså ikke en fullstendig oversikt over antall pasienter som har vært under tvungent psykisk helsevern i 3 måneder, men gir antakelig en god indikasjon på utviklingen.

Når det er gått ett år siden det tvungne vernet ble etablert, er det en forutsetning for videre tvungent vern at kontrollkommisjonen samtykker til forlengelse av vernet (ettårs forlengelse). Mens det i årene fra 2013 til 2016 samlet sett var en gradvis vekst i antall saker om forlengelse av vern ut over ett år, ble antallet redusert tilbake til 2013-nivå i 2017. Reduksjonen fra 2016 til 2017 var på 20 prosent.

Figur 5 Behandling av saker om forlengelse av tvungent vern ut over 12 måneder, fordelt etter om pasienten er under tvungen døgntilrettelagt eller på tvungent vern uten tvungen døgntilrettelagt (TUD). Antall kontroller 2013 til 2017.



Fra 2013 til 2016 ble det rapportert om stor vekst i søknader om forlengelse av tvang uten døgntilrettelagt (TUD), mens langtidstvang ved innleggelse fikk et betydelig drop i 2016. Fra 2016 til 2017 ble det ytterligere reduksjon av søknader om forlengelse av tvang ved innleggelse (26 pst), mens søknader om forlengelse av tvang uten døgntilrettelagt ble redusert med 18 prosent.

Utfall av tremånederskontroller og ettårskontroll

Det tvungne vernet ble opprettholdt i 97 prosent av tremånederskontrollene og ved 94 prosent av årskontrollene.

Redusert varighet av tvungent vern etter lovendringen?

Oppsummert kan vi si at veksten i omfanget av kontroller av tvungent vern over tre måneder og over ett år ble reversert i 2017. Samtidig består langtidsvernet i langt større grad av tvungent vern uten døgntilrettelagt (TUD). Men også antallet på TUD går ned fra 2016 til 2017. Kanskje er endringene fra 2016 til 2017 en indikasjon på at lovendringen -med innføringen av manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungent vern- allerede har hatt innvirkning på varighet av tvang.

2.4 Klager på vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

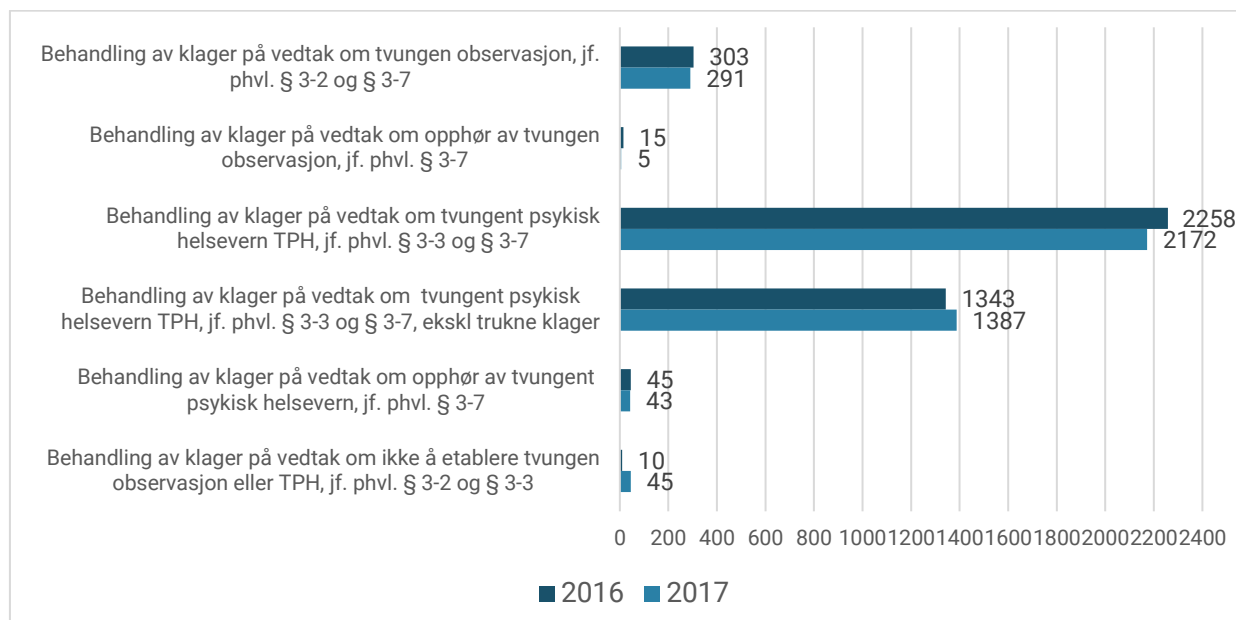
Kontrollkommisjonen skal behandle klager på vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, herunder vedtak om ikke-etablering og opphør av slike vedtak. Kommisjonen skal prøve om vilkårene for slike vedtak er oppfylt. Hvis kommisjonen ikke finner at vilkårene ikke er oppfylt, dette er tilfelle, må vernet opphøre og pasienten utskrives. Klage kan fremmes i inntil tre måneder etter at vernet er opphørt.

Det var 2172 klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern i 2017 (2016:2258). Det var 291 klager på vedtak om tvungen observasjon(2016:303).

Det var i tillegg noen få klager på opphør av tvungen observasjon, opphør av tvungent psykisk helsevern og klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon eller tvungent vern. For

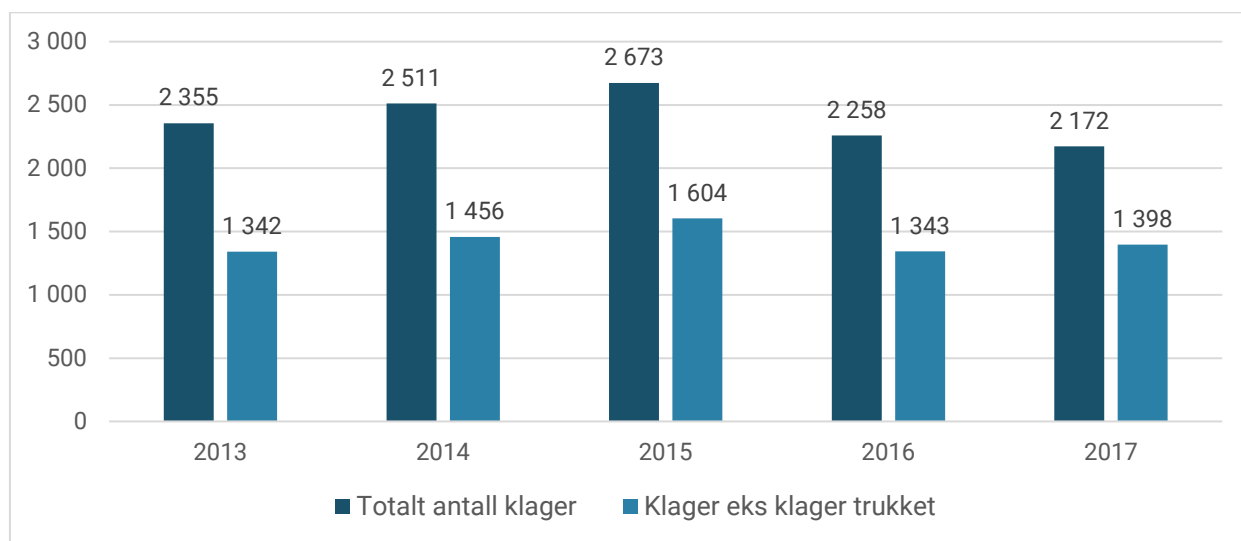
sistnevnte type klager var det en økning fra 10 klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon / tvungent vern i 2016 til 45 klager i 2017.

Figur 6 *Behandling av klager på vedtak om tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern og vedtak om ikke-etablering og opphør av slike vedtak, i 2016 og 2017.*



Figur 7 viser at det var vekst i innrapporterte tall for klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern i årene 2013-2015 mens antallet ble redusert i 2015-2017. Ekskluderes trukne klager var det en vekst på tre prosent fra 2016 til 2017. Det var en reduksjon på 6 prosent inklusive trukne klager. Både antall og andel klager som trekkes er noe redusert de siste årene.

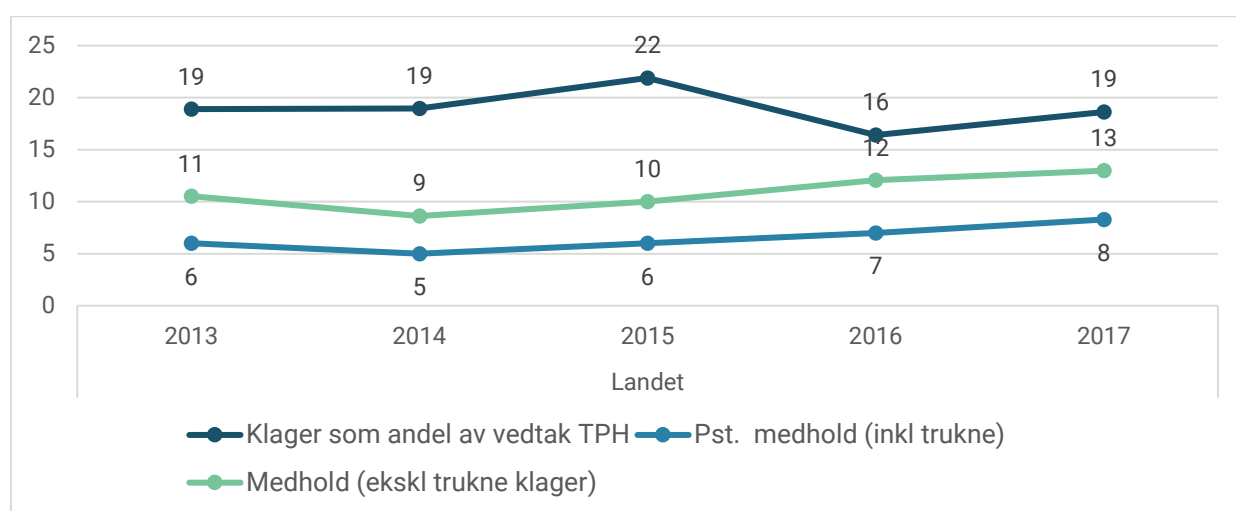
Figur 7 *Utvikling i klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern 2013 til 2017*



Over en tredjedel av fremsatte klager trekkes før endelig behandling av kontrollkommisjonene. Det å trekke klagen må sees i sammenheng med psykisk helsevernlovens § 6-4, der det heter at en ved avslag fra kommisjonen kan ikke ny klage fremmes før etter seks måneder. Noen av klagenes kan muligens trekkes fordi 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.

Holdes trukne klager utenfor fikk 13 prosent av klagenes medhold i 2017, og tallene viser en svak vekst i andel klager som får medhold de siste årene. Selv om vi ikke kan sammenholde presist hvor stor andel av vedtak om tvungent vern det klages på et gitt år (pga at klager kan komme lang tid etter vedtak), ser vi at antall klager i forhold til vedtak om tvungen psykisk helsevern (samme år) har ligget rundt 20 prosent, med noe lavere nivå i 2016.

Figur 8 *Utvikling i andel klager som gis medhold. Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern 2013 til 2017.*



Som vist i figur 6 behandler kommisjonene relativt få klager på etablering, forlengelse og opphør av tvungen observasjon, og klager på opphør eller vedtak om ikke å etablere tvungent vern. Dette gjenspeiler at det er mindre omfang av slike vedtak. Medholdsprosenten lå i 2017 litt høyere i disse sakene, med unntak av klager på vedtak om ikke å etablere tvungent psykisk helsevern. Men tallene er små, så få medhold fra eller til kan gi stort utslag på medholdsprosenten.

Tabell 1 Prosent medhold av klager om etablering eller opprettholdelse og opphør av tvungen observasjon, klager på opphør av tvungent psykisk helsevern og vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i 2017.

	Prosent medhold		Antall klager	
	Av alle fremsatte klager	Ekskl. trukne klager	Alle fremsatte klager	Ekskl. trukne
Klager vedtak om etabl. eller oppretthold. tvungen observasjon, jf. phvl. § 3-2 og § 3-7	10	16	291	180
Klager på vedtak om opphør av tvungen observasjon, jf. phvl. § 3-7	20	25	5	4
Klager på vedtak om opphør av tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. § 3-7	14	19	43	32
Klager vedtak om ikke å etablere tvungen obs. eller tvung psykisk helsev, jf. phvl. § 3-2 og § 3-3	4	6	45	31

2.5 Regionale utviklingstrekk²

For å beskrive utvikling og variasjoner i kommisjonenes og institusjonenes praktisering av tvangsanvendelse, er det ofte ønskelig å bryte data ned på geografiske områder. 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. Tall på lavere nivå enn region presenteres kun for utvalgte tall. Vi har valgt å aggregere tallene til helseforetaksområder og regioner. Helseforetakene er i de fleste tilfeller langt på vei «selvforsynte» med døgntjenester innen det psykiske helsevernet for voksne. Helgeland og Lofoten/Vesterålen mottar imidlertid sykehus tjenester fra Nordlandssykehuset. Disse områdene er derfor slått sammen til Nordland (ekskl. Ofoten). Finnmark og Ofoten mottar på samme måte sykehus tjenester 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.

2.4.1 Regional utvikling i antall kontroller og klager

Figurene 9-12 nedenfor viser en samlet regionvis utvikling for perioden 2013 til 2017 når det gjelder:

- dokumentkontroller av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern
- antall kontroller ved tre måneder
- antall ettårskontroller og
- klager på vedtak om tvungent vern

Nasjonale utviklingstall for siste femårsperiode vil i stor grad påvirkes av situasjonen i de mest folkerike regionene i Sør-Øst og Vest. Samlet for landet var det en klar vekst i dokumentkontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern fra 2015 til 2016, med med en betydelig reduksjon i 2017³. Veksten fra 2015 til 2016 skjedde først og fremst i Helse Vest og i Helse Sør-Øst. Med unntak av vekst i Midt-Norge var det en klar nedgang i dokumentkontroller av vedtak om tvungen observasjon i regionene fra 2016 til 2017.

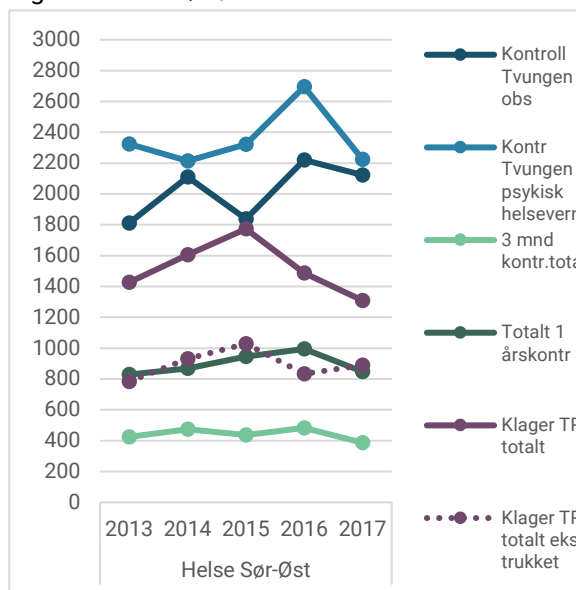
Antall rapporterte klager på vedtak omtvungent psykisk helsevern følger i noen grad utviklingen i vedtak om tvungent psykisk helsevern i regionene, som i Helse Nord, men det er ikke et entydig bilde.

² Se vedleggstabellene v1 og v2 for grunnlagstall og mer informasjon etter region og geografiske områder

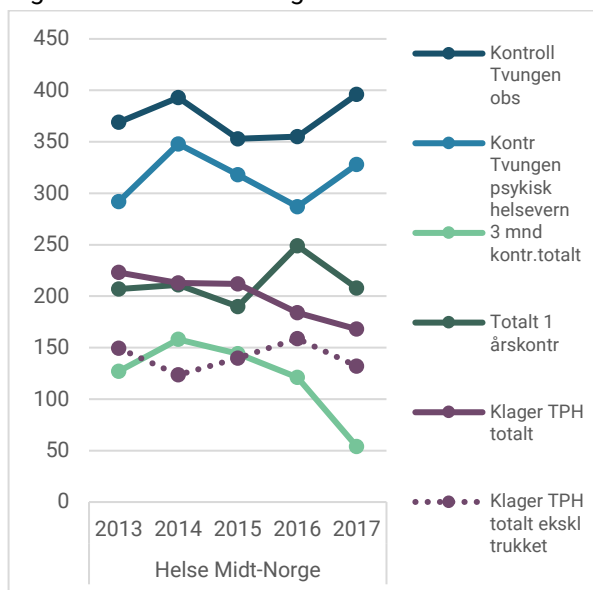
³ Når vi sammenholder rapporterte tall fra kontrollkommisjonene med tall innrapportert til NPR er det grunn til å anta at reduksjonen er litt mindre enn det framstår her pga noe underrapportering, men det er likevel en klar reduksjon.

Figur 9-12 : Regional utvikling i antall dokumentkontroller av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, kontroll etter 3 måneder og 1, og klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern . Absolutte tall.

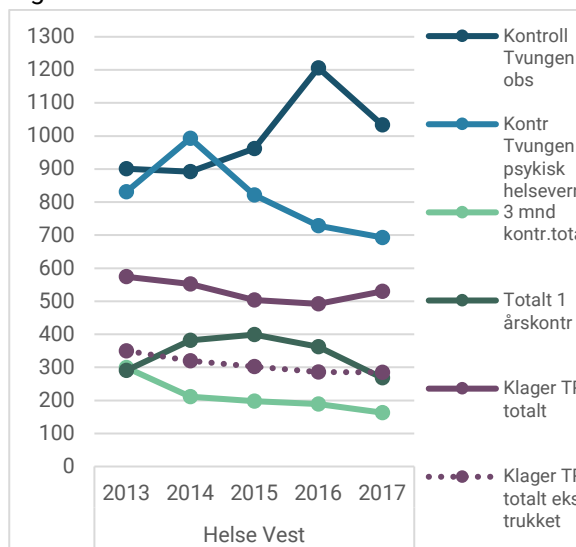
Figur 9 Helse Sør-Øst



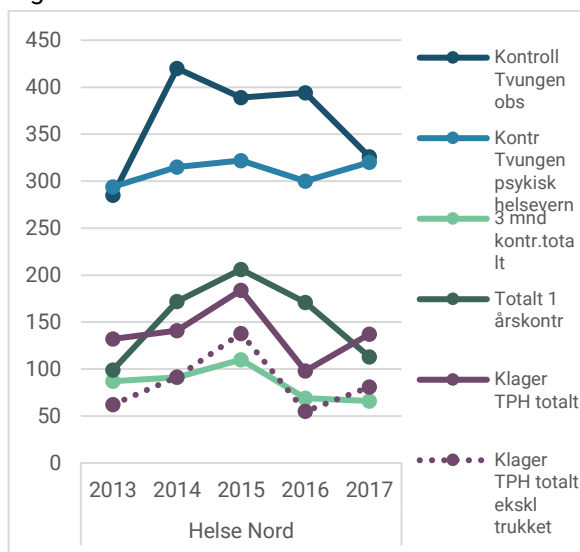
Figur 10 Helse Midt-Norge



Figur 11 Helse Vest



Figur 12 Helse Nord



Generell reduksjon i 3-månederskontroller

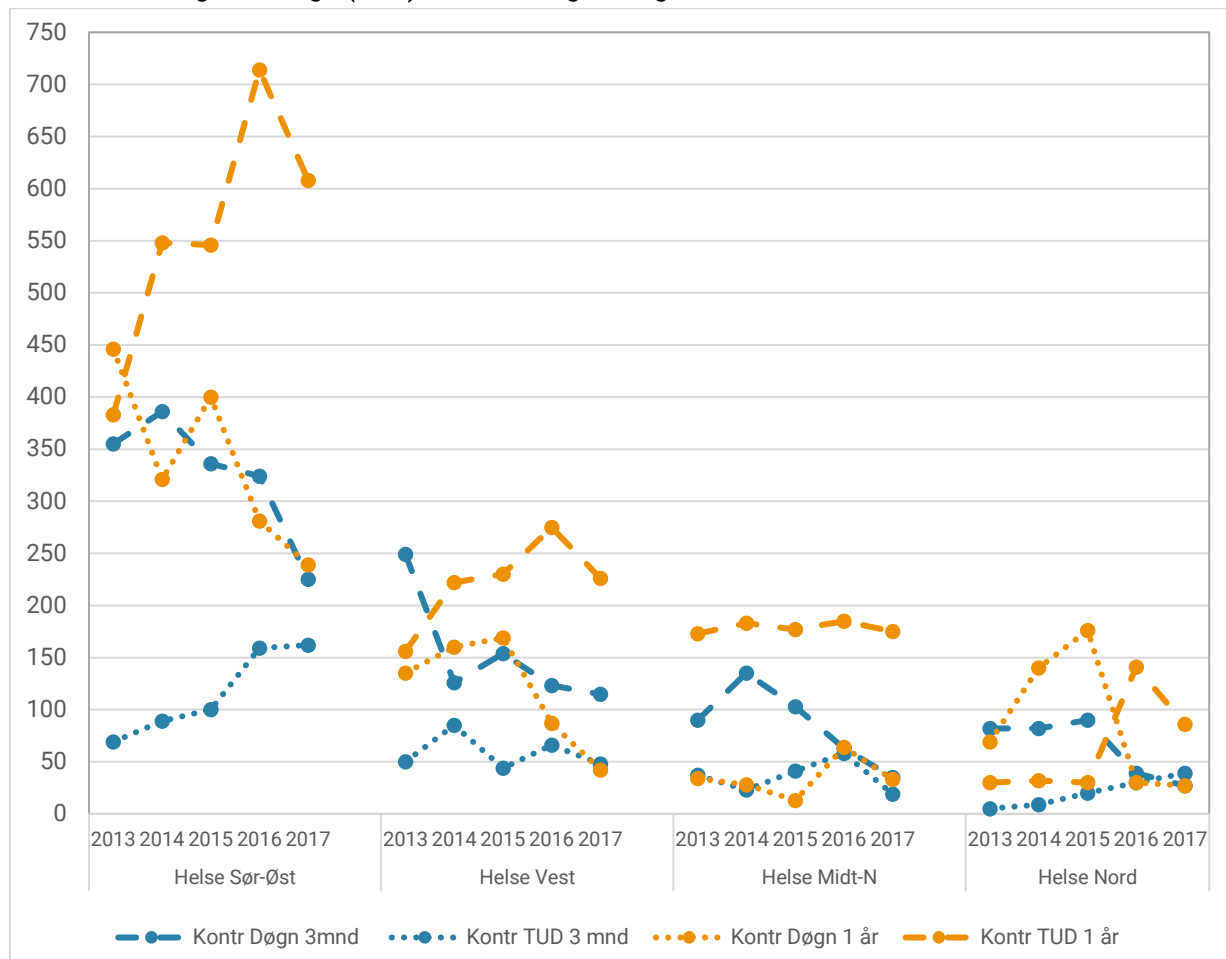
Reduksjonen i antall 3-månederskontroller skjedde i alle regioner i femårsperioden. Det samme gjelder trenden med vekst i antall kontroller av pasienter på tvang uten døgnopphold, mens antall kontroller av tvang med innleggelse etter 3 måneder ble betydelig redusert (se figur 13). I 2017 gjaldt 40 prosent av kontrollene ved 3 måneder pasienter på TUD. I 2017 var det rapportert om færre tremåneders kontroller enn i 2016 i 14 av 17 HF-områder, men for noen er endringen liten.

Færre ettårskontroller og større andel på TUD etter ett år

I løpet av femårsperioden var det i alle regioner først vekst i antall ettårskontroller for tvungent vern, for så å reduseres mot slutten, og spesielt fra 2016-2017. Det var reduksjon i nesten alle helseforetaksområder siste år. Med unntak av Midt-Norge var det en vekst i pasienter på TUD ved

ettårskontrollen, mens antallet kontroller knyttet til døgnpasienter ble redusert (se figur 13). I 2017 gjaldt 76 prosent av ettårskontrollene pasienter på tvang uten døgnopphold (TUD).

Figur 13 Utvikling i antall kontroller etter tvungent vern i 3 måneder og antall søknader om forlengelse av tvungent psykisk helsevern ut over ett år for perioden 2013 til 2017. Fordelt etter om pasienter har vedtak om tvang uten døgn (TUD) eller er tvangsinnlagt.

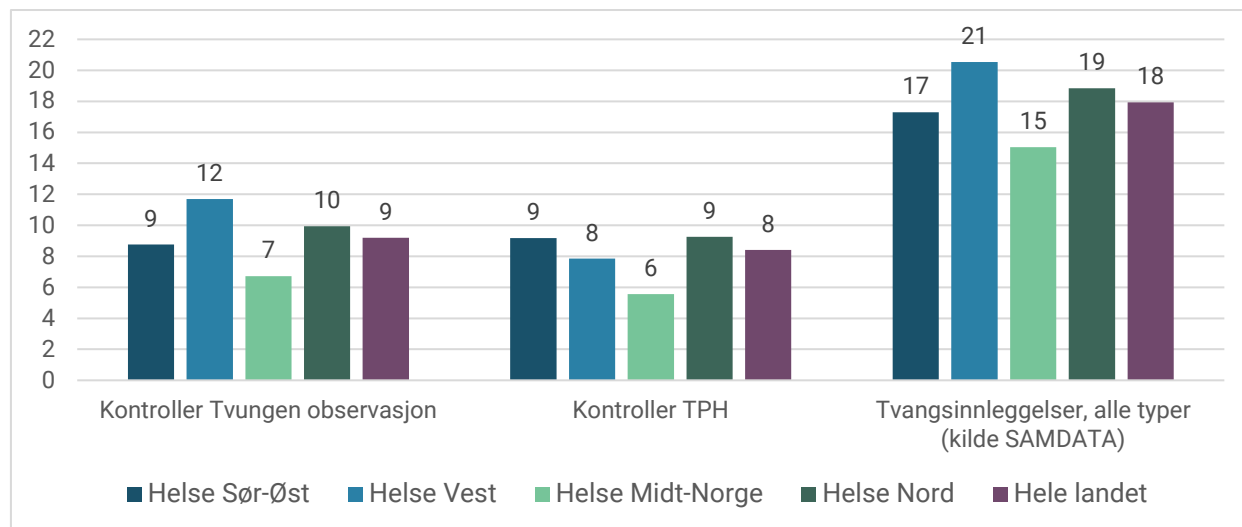


2.4.2 Regionale forskjeller i dokumentkontroller og tvangsinnleggelser målt per innbygger

Helsedirektoratet publiserer tall⁴ som viser at tvangsinnleggelser per innbygger gjennom hele perioden 2013 til 2017 var lavere for befolkningen i Helse Midt-Norge enn de andre regionene. Helse Vest har hatt høyest rate for tvangsinnleggelser, og spesielt knyttet til tvungen observasjon. Fra 2013 til 2017 ble forskjellene mellom regionene noe mindre ved at raten ble noe redusert i Vest og Nord i slutten av perioden, og økte i Midt-Norge (se vedleggsfigur v1). Rateberegner vi antall kontroller av vedtak og sammenholder med tall for tvangsinnleggelser fra SAMDATA³ finner vi sammenfallende mønster i de regionale forskjellene. Vi understreker igjen at kontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern ikke er synonymt med telling av innleggelser.

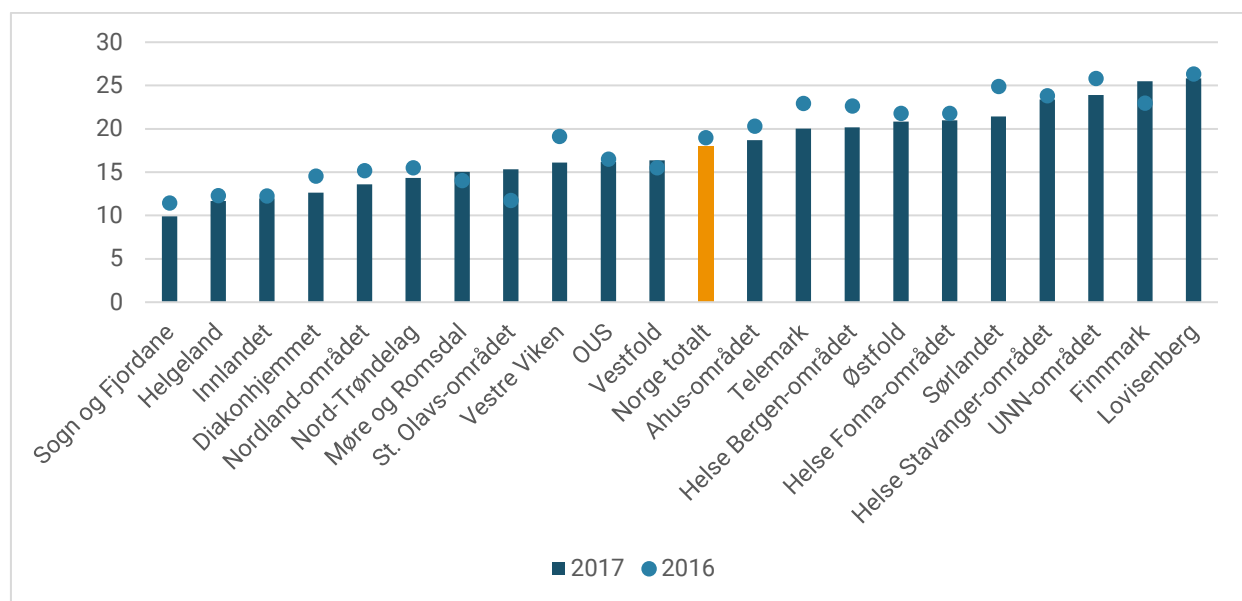
⁴ Vi henviser til Helsedirektoratets nettsider om tvang for mer detaljert informasjon, analyser og oversikter over geografiske forskjeller i omfanget av tvang i psykisk helsevern basert på innrapportering av pasientdata til Norsk pasientregister (NPR). Se nettsiden til SAMDATA spesialisthelsetjenesten. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata> - der er en egen side med tall for tvang i psykisk helsevern

Figur 14 Dokumentkontroller utført av kontrollkommisjonene og tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere etter region 2017. Kilde Kontrollkommisjonsdata og SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.



Figur 15 framstiller antall pasienter med tvangsinnleggelser per innbygger etter bostedsområde i 2016 og 2017. Raten varierer ganske mye innen de ulike regionene. Unntaket er områdene i Midt-Norge, som alle lå under den nasjonale raten i 2017. Sogn og Fjordane avviker fra resten av Helse Vest, og hadde færrest tvangsinnleggelser per innbygger i landet i 2017. Helgeland og Innlandet var også blant med områdene med lavest rater. Befolkningen bosatt i Lovisenbergområdet i Oslo, i Finnmark, i området knyttet til UNN og Stavangerområdet hadde høyest rater.

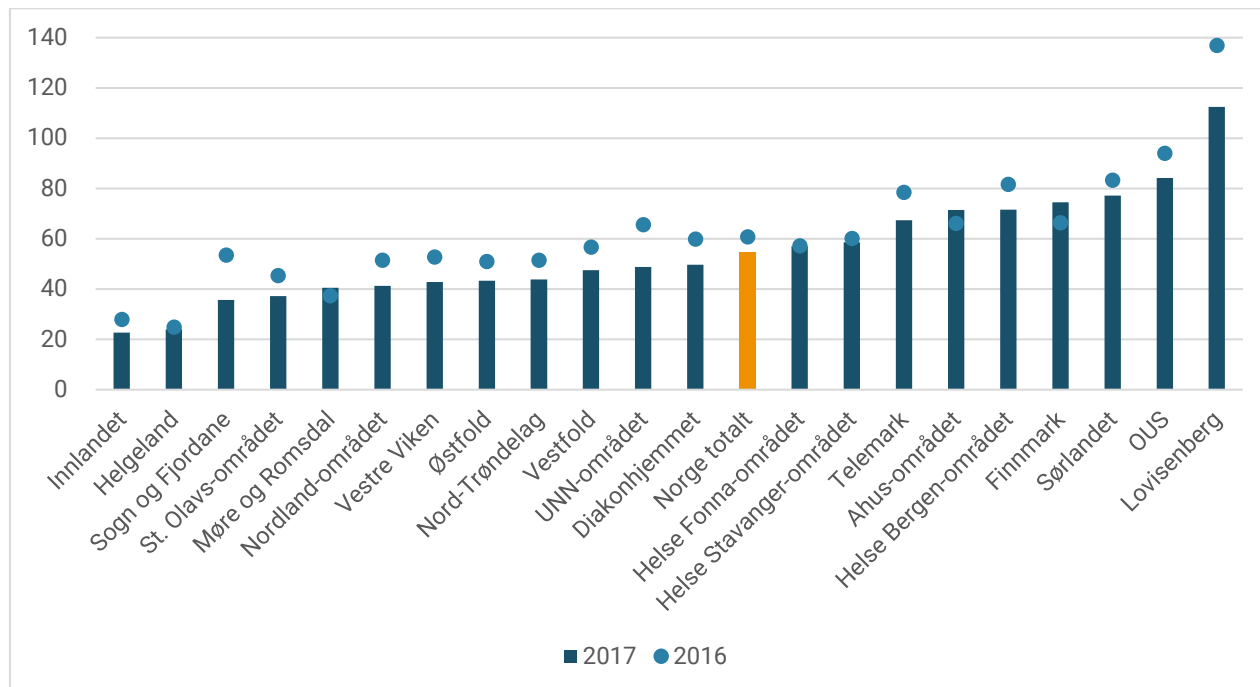
Figur 15: Antall pasienter med minst en tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere fordelt etter bostedsområder for 2016 og 2017. Kønns- og aldersstandardiserte rater. Kilde SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.



Figur 16 viser at antall pasienter med vedtak om tvang uten døgn (TUD) har noenlunde samme fordeling av bostedsområdene målt per innbygger. Dette gjenspeiler at de fleste pasienter som får vedtak om TUD får dette i forlengelsen av en tvangsinnleggelse. Det er likevel noen områder som

endrer noe på sin relative plassering. Det gjelder spesielt befolkningen som bor i opptaksområdet til Oslo universitetssykehus, hvor innleggelsesraten er middels høy i forhold til andre områder, mens antall pasienter med vedtak om TUD er nest høyest.

Figur 16 Antall pasienter med minst et vedtak om tvang uten døgnopphold per 10 000 innbyggere fordelt etter bostedsområder for 2016 og 2017. Kjønnss,- og aldersstandardiserte rater.

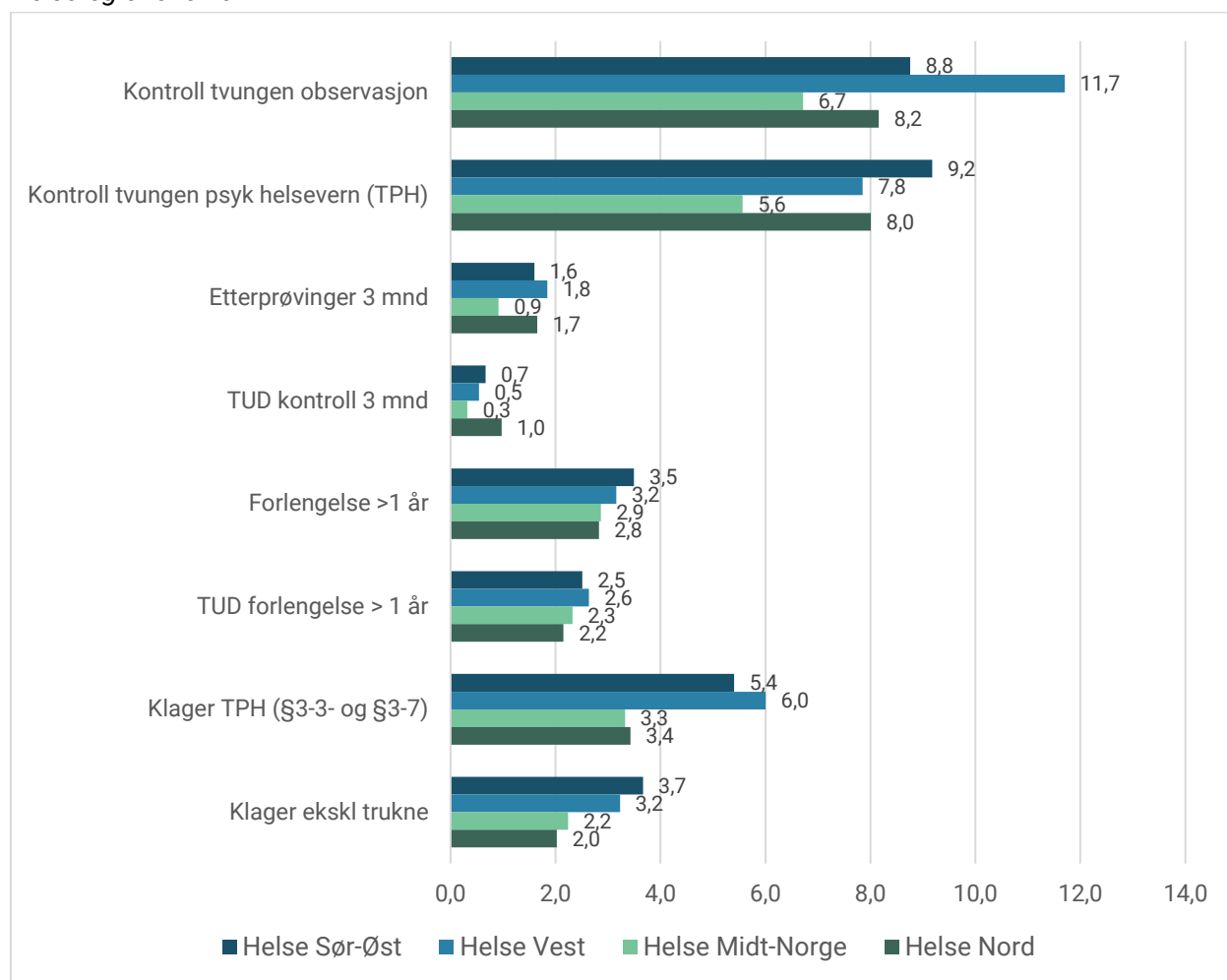


2.4.3 Kontroller og klager per innbygger i regionene sett i sammenheng

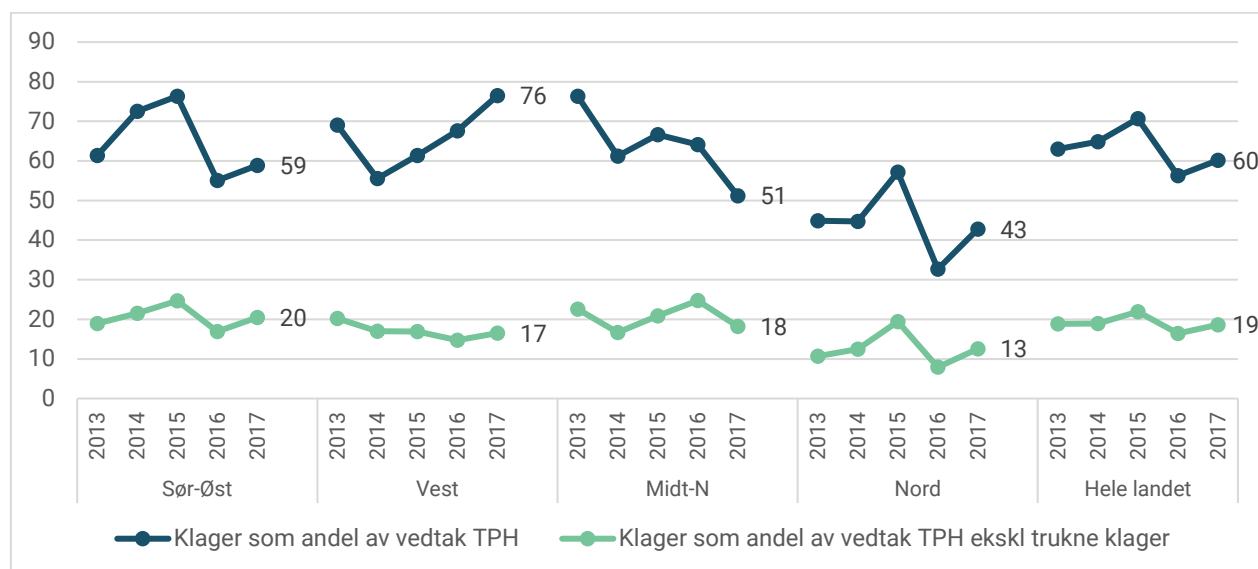
For å kunne se antall dokumentkontroller, kontroller av forlengelser av tvang og klager litt mer i sammenheng viser figur 17 regionale tall per innbygger for 2017. Når vi sammenholder de regionale ratene framkommer en Sør-Nord-gradient for alle disse målene. Helse Sør-Øst og Helse Vest har både flere kontroller og flere klager enn i Midt-Norge og Nord. Flere på tvang gir flere klager per innbygger.

Vi har ikke data som gir mulighet for å gi en helt presis beregning av andelen klager sett i forhold til antall vedtak om tvungent psykisk helsevern. Sammenholdes antall kontroller av vedtak med antall klager er det ikke veldig store forskjeller mellom regionene (se figur 18). Da er trukne klager holdt utenfor. Vi ser imidlertid at Helse Nord kommer ut med en noe lavere andel klager enn de andre. Inkluderes trukne klager varierer andelen på regionnivå betydelig. I Sør og Vest framsettes langt flere klager, men en stor del trekkes før kommisjonene gjør sin endelige behandling.

Figur 17 Dokumentkontroller av vedtak om etablering av tvungent vern, etterprøving etter 3 måneder og ett år og klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern, per 10 000 innbyggere over 16 år i Helseregionene 2017.



Figur 18 Klager på tvungent psykisk helsevern som andel av dokumentkontrollerte vedtak om tvungent psykisk helsevern 2017. Med og uten trukne klager.



2.4.4 Utfall av kontroller og klager på tvungent vern i regionene⁵

Utfall av kontroller etter region

Kontrollen av vedtak om etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern medfører nesten alltid at vedtaket opprettholdes (99%), og bildet er svært likt over hele landet

I de aller fleste tilfeller er utfallet av kontrollen etter at pasienten har vært underlagt tvang i tre måneder også at vernet opprettholdes. Vernet opphører i kun to prosent av kontrollene. Dette gjelder alle regioner. Andelen tvang uten døgnopphold varierer fra 29 prosent for kommisjonene i Helse Vest til 59 prosent i Helse Nord.

Tabell 2 Etterprøving av tvungent psykisk helsevern etter 3 måneder i 2017. Antall, utfall og andel pasienter på tvungent vern uten døgnopphold.

	Antall etterprøvinger etter tre måneder	Utfall av kontroll, i prosent			Kontroller tvungent vern uten døgnopphold (TUD)	
		Vernet opprettholdes	Vernet opphører	Annet	Antall	Andel
Helse Sør-Øst	387	96	2	2	162	42
Helse Vest	163	96	2	2	48	29
Helse Midt-Norge	54	98	2	0	19	35
Helse Nord	66	99	2	0	39	59
Totalt Norge	670	97	2	2	268	40

Tabell 3 Etterprøving av tvungent psykisk helsevern etter 3 måneder i 2017. Antall, utfall og andel pasienter på tvungent vern uten døgnopphold.

	Antall søknader omforlengelse etter 1 år	Utfall av kontroll, i prosent			Kontroller tvungent vern uten døgnopphold (TUD)	
		Vernet opprettholdes	Vernet opphører	Annet	Antall	Andel
Helse Sør-Øst	847	95	2	3	608	72
Helse Vest	279	91	7	1	233	84
Helse Midt-Norge	169	98	2	0	137	81
Helse Nord	113	90	4	5	86	76
Totalt Norge	1408	94	3	2	1064	76

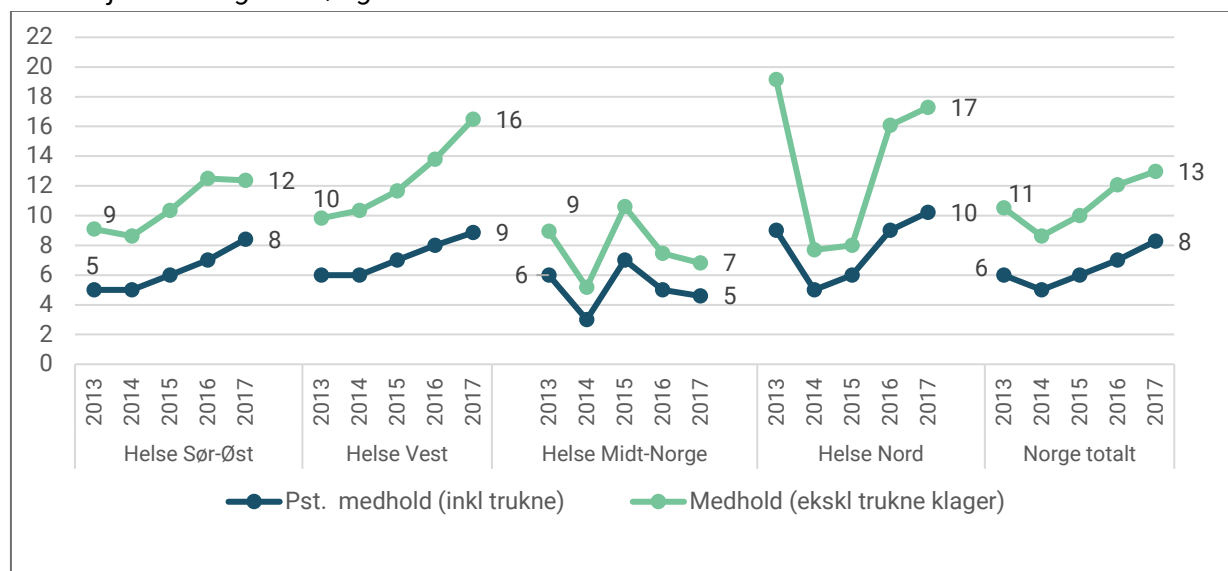
Utfallet av kontroller om forlengelse ut over ett år var også i stor grad at vernet ble opprettholdt. Vernet opphørte, eller ble endret, litt oftere i Helse Vest og Helse Nord enn i de to andre regionene i 2017.

⁵ Se vedleggstabellene v3-v7 for grunnlagstall og flere tall etter region og HF- områder

Litt vekst i klager som får medhold

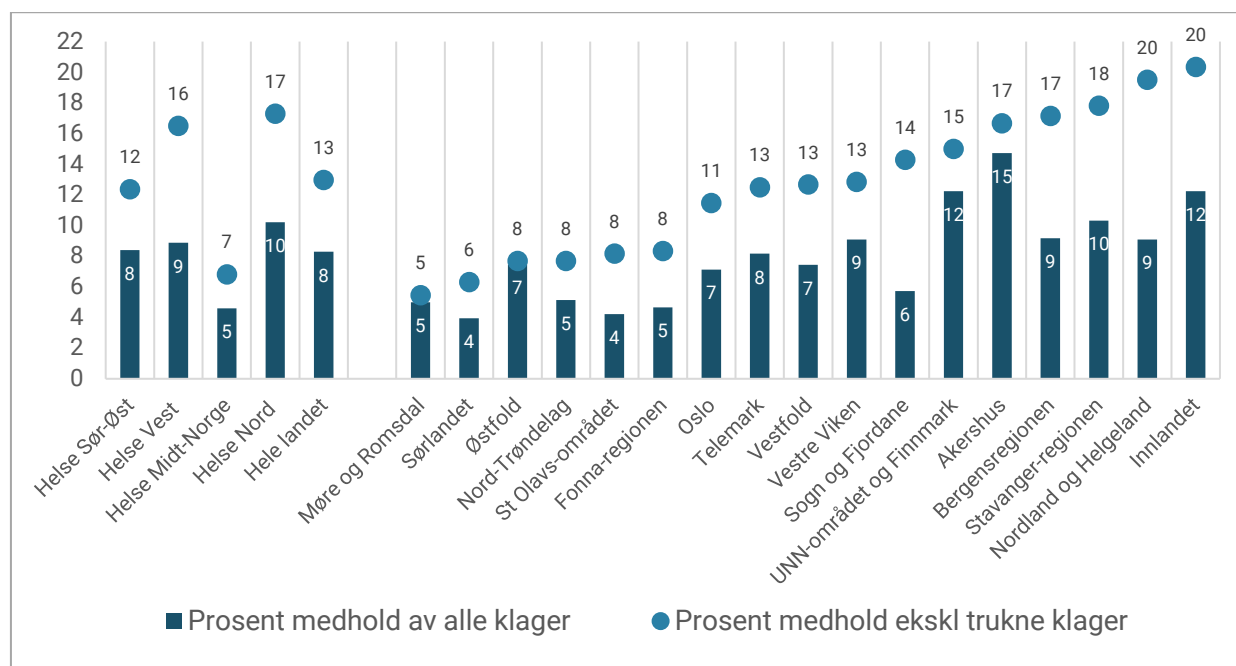
Tallene indikerer at det har vært en liten vekst i andelen klager som får medhold i tre av regionene, men vi må ta et visst forbehold om usikkerhet i tallgrunnlaget tilbake i tid. Det var forskjeller mellom regionene, men ikke veldig store i 2017. Midt-Norge hadde imidlertid en litt lavere medholdsprosent enn de andre. Dette kan delvis gjenspeile at de har en lav registrert rate for tvang, noe som påvirker pasientsammensetningen.

Figur 19 Utfall av behandling av klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern, etter kommisjonenes regiontilhørighet



Figur 20 viser at det er større variasjon innad i flere av regionene. Det gjelder spesielt Helse Sør-Øst hvor det er mange kommisjoner og helseforetak. Medholdsprosenten varierte fra 5 til 20 prosent.

Figur 20 Prosent medhold i klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern etter kommisjonenes region og HF-tilhørighet



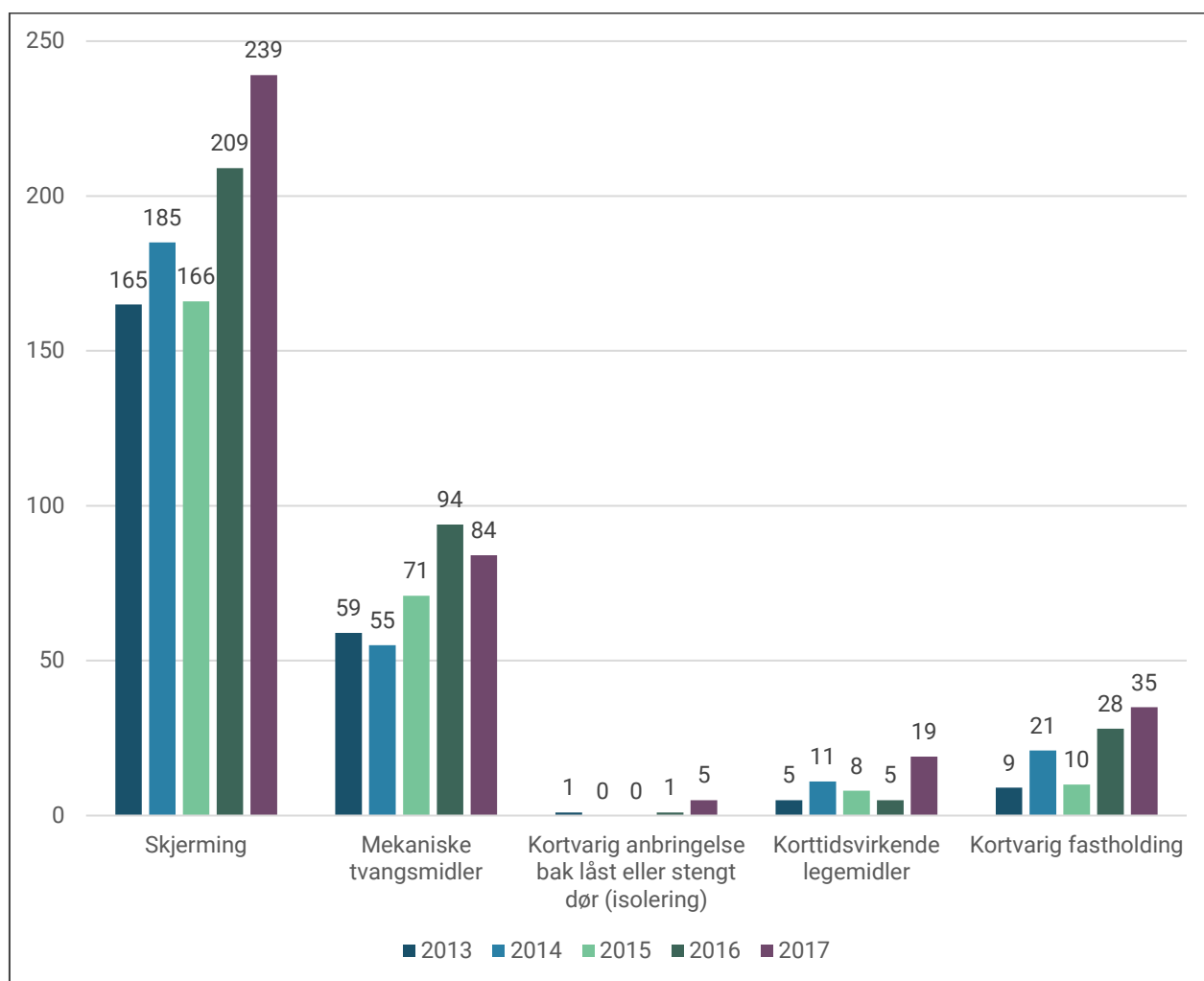
2.6 Klager på "kapittel 4 vedtak" /gjennomføringsvedtak

Kommisjonene behandler også klager på vedtak som fattes under gjennomføring av tvungent vern, herunder skjerming, innskrenkninger i retten til forbindelse med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon, beslag, rusmiddeltesting, bruk av tvangsmidler og overføringer.

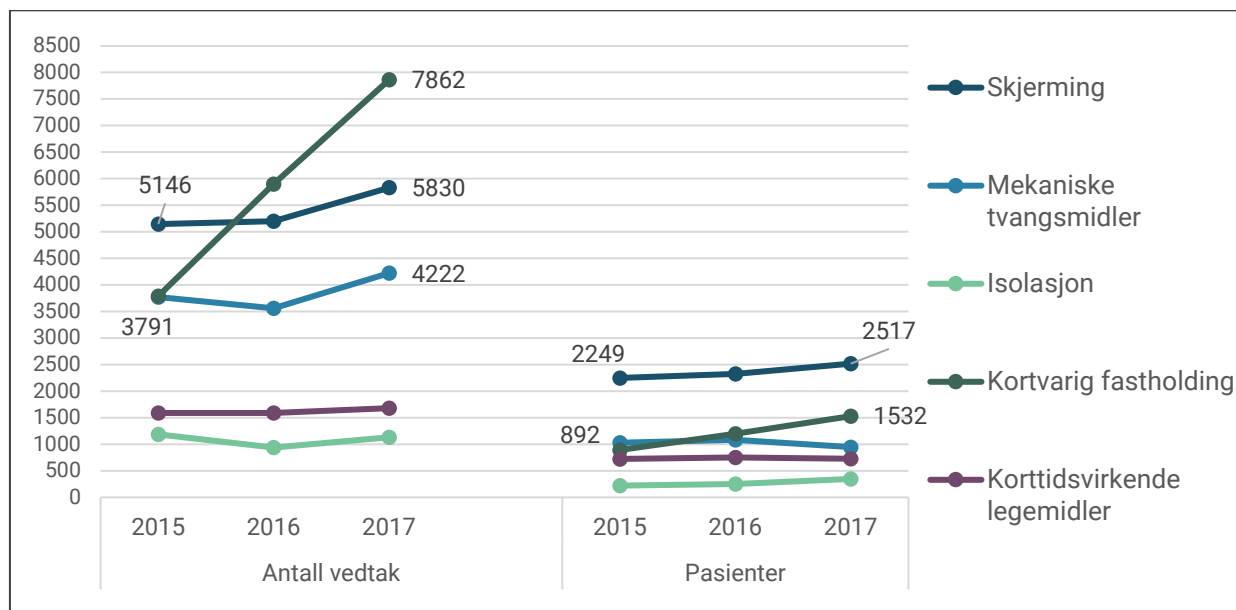
Det er få klager på slike vedtak sett i forhold til antall vedtak og antall pasienter dette gjelder. Det har likevel vært en liten vekst i klager de siste årene. Klagene blir i hovedsak ikke tatt til følge (se tabell 3). På grunn av små tall presenteres disse kun på nasjonalt nivå.

Tall fra Samdata spesialisthelsetjensten viser en betydelig vekst i registrering av kortvarig fastholding fra 2015 til 2017, fra under fire tusen til nesten åtte tusen. Antall hendelser er langt høyere enn antall personer som holdes fast (se figur 22). Vi vet ikke om all økningen skyldes reell vekst eller økt registrering av holding. Det er også noe vekst i registrert bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming.

Figur 21 Antall klager på vedtak om skjerming og tvangsmidler 2013-2017.



Figur 22 Utvikling i registrert bruk av tvangsmidler under behandling 2015-2017. Kilde SAMDATA⁶



Tabell 3 Utfall av klager under kapittel 4 i psykisk helsevernloven 2017. Absolutte tall.

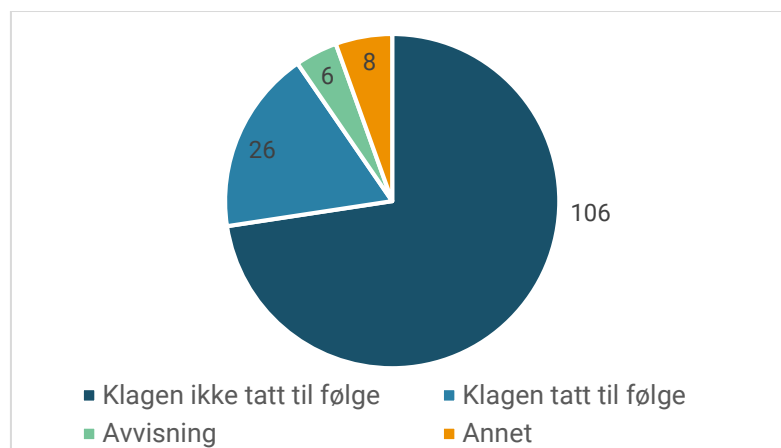
	Antall klager	Ikke tatt til følge	Tatt til følge	Avvist	Annet	Klagen er trukket
Vedtak om skjerming, jf. phvl. § 4-3	239	121	16	0	9	93
Vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen, jf. phvl. § 4-5 annet ledd	121	81	11	1	4	26
Vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen, jf. phvl. § 4-5 fjerde ledd	8	9	0	0	0	0
Vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon, jf. phvl. § 4-6	9	7	0	0	0	2
Vedtak om beslag, jf. phvl. § 4-7	7	6	1	0	1	1
Vedtak om urinprøve, jf. phvl. § 4-7 a annet ledd	0	0	0	0	0	0
Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, jf. phvl § 4-8 annet ledd bokstav a	84	61	9	0	2	13
Vedtak om kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede, jf. phvl. § 4-8 annet ledd bokstav b	5	0	1	2	0	2
Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler, jf. phvl. § 4-8 annet ledd bokstav	19	12	2	0	0	4
Vedtak om bruk av kortvarig fastholding, jf. phvl. § 4-8 annet ledd bokstav d	35	19	6	0	0	10
Vedtak om undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler, jf. phvl. § 4A-4	1	1	0	0	0	0
Vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen, jf. phvl. § 4A-6	6	6	1	0	0	0
Vedtak om nattelåsing av pasientrom, jf. phvl. § 4A-6a	0	0	0	0	0	0

⁶ Se nettsiden til SAMDATA spesialisthelsetjenesten. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata> - der er en egen side med tall for tvang i psykisk helsevern

2.6.1 Klager på vedtak om overføring uten samtykke, jf. phvl. § 4-10

I noen tilfeller vedtas overføring av en pasient mellom institusjoner eller overføring til annen form for tvang. Det treffes likevel ikke vedtak ved overføring mellom ulike former for døgnopphold innen samme institusjon. Vedtak om overføring kan påklages inntil en uke etter vedtak er fattet. Kontrollkommisjonen skal vurdere om vedtaket er urimelig, og vedtak kan i vanlige fall ikke iverksettes før eventuell klagesak er avgjort. Det ble innmeldt 209 klager på overføring i 2017 (208 året før), hvorav 51 ble trukket før behandling av kontrollkommisjonen. Av behandlede klager ble klagen tatt til følge i 17 prosent av sakene (26 saker), 4 prosent ble avvist og i 5 prosent av sakene er utfallet registrert som "annet". I 106 saker, eller 73 prosent av klagen, ble vedtaket opprettholdt.

Figur 23 Utfall av klager på vedtak om overføring, phvl § 4-10.



3 Kontrollkommisjonens velferdskontroll i 2017

Kontrollkommisjonen skal føre kontroll med pasientenes velferd, jf. psykisk helsevernloven (phvl.) § 6-1 annet ledd. Av psykisk helsevernforskriften § 63 fremgår det at innholdet i velferdskontrollen er:

- Kontroll med restriktive tiltak
- Gjennomgå tvangsprotokollene om
 - Bruk av skjerming
 - Behandling uten eget samtykke
 - Tvangsmidler
- Undersøke om institusjonen har husordensreglement og påse at det er i samsvar med loven
- Sørge for at pasientene får fremsatt klager over vedtak etter psykisk helsevernloven
- Ta opp forhold av betydning for pasientens opphold ved institusjonen eller forpleiningsstedet
- Gi nye pasienter som er innlagt i institusjon uten eget samtykke et tilbud om samtale
- Bistå pasientene med råd og hjelp

Kontrollkommisjonene har inngitt merknader knyttet til de ovennevnte oppgavene. Kommisjonene har omtalt kontroll av vedtak etter psykisk helsevernlovens kapittel 4, gjennomgang av tvangsprotokoller, husordensregler og samtaler med pasienter. Enkelte har også anmerkninger knyttet til fysiske forhold ved institusjonene og aktivitetstilbudet.

Kommisjoner med ansvar for institusjoner for barn og unge tar opp særlige spørsmål for denne gruppen.

I det følgende omtales noen av de nevnte forhold som kontrollkommisjonene hatt rapportert om.

Kontroll med restriktive tiltak

Rapporteringen viser at flere kommisjoner jobber på ulike måter med kvalitetsforbedring av institusjonenes saksbehandling knyttet til tvang, derunder institusjonenes bruk av mekaniske tvangsmidler og andre vedtak, jf. phvl. § 4-8.

Noen av kommisjonene rapporterer om bruk av tvang som er i strid med loven og som mangler tilstrekkelig begrunnelse.

Én kommisjon bemerker at institusjonen ikke har felles maler for vedtak, herunder § 4-9-kontroller. Dette er blitt tatt opp også tidligere, men institusjonen har i flere år skyldt på datasystemet. Fra en annen kommisjon uttrykkes det bekymring for utstrakt tvang begrunnet i nødrett, noe som ble meldt til Fylkesmannen.

En annen kommisjon opplyser at institusjonen hadde hatt en TUD-pasient under tvungent vern etter utløpet av kommisjonen sitt forlengingsvedtak, jf. phvl. 3-8 tredje ledd. Bakgrunnen var at institusjonen hadde ikke vært oppmerksom på at kommisjonen hadde forlenget tvangsvedtaket for en kortere periode enn ett år.

To av kommisjonene har tatt opp forhold knyttet til beltelegging, derunder lengden av denne, og bruk på en pasient som ikke hadde fylt 16 år. Det blir rapportert om bekymring knyttet til utstrakt

bruk av belter på to pasienter. En annen kommisjon opplyser at de over tid har hatt fokus på bruk av mekaniske tvangsmidler (phvl § 4-8), og at institusjonens praksis ved beltelegging er bedret.

En av kommisjonene rapporterer om at det var blitt truffet mange flere vedtak om isolasjon enn tidligere år. Det har også forekommet isolasjon ut over to timer. Kommisjonen har også avdekket ulovlig skjerming, dvs. uten vedtak. Kommisjonen har imidlertid hatt jevnlig møter med ledelsen, hvor dette var et av temaene som ble tatt opp. En annen kommisjon rapporterer om isolasjon av pasient over lengre tid, sammen med noe bruk av mekaniske tvangsmidler, uten at disse var godt nok begrunnet og identifisert. Bruken av tvang var heller ikke tilstrekkelig lovlig forankret.

Flere kommisjoner har tatt opp fortolkningsspørsmål med Helsedirektoratet.

I 2017 har 16 kommisjoner ved 27 tilfeller varslet Fylkesmannen om alvorlige forhold ved institusjonen, herunder om nødrett, tvangsmiddelbruk og fortsatt tvungent vern etter utløp av kommisjonens forlengelse, jf. overfor.

Husordensregler

Kommisjonene opplyser at institusjonenes husordensregler gjennomgås ved besøk, og de påser at disse er i samsvar med loven.

Én kommisjon opplyser at husordensreglene ble revidert ved en av institusjonene, og kontrollkommisjonen gikk igjennom disse før de ble iverksatt. En annen kommisjon har avdekket skjult tvang i husordensreglementet.

Samtaler med pasienter

Kommisjonene opplyser at de er tilgjengelige for samtale dersom pasientene ønsker det, men de informerer om muligheten på ulike måter. Noen steder er det slått opp informasjon om når de kommer på besøk, andre avdelinger har en møteplan tilgjengelig, noen steder oppsøker de pasienter og spør om de ønsker en samtale, andre steder er denne tilnærmingen ikke hensiktsmessig. Én kommisjon opplyser at de ser til at brosjyren *Rettsikkerhet ved tvang*, som er oversatt til flere språk, ligger tilgjengelig for pasientene ved institusjonen.

Flere kommisjoner viser til at de har jevnlig samtaler med pasientene, og at de i samtalene også informerer om rettigheter og klagemuligheter. Én kommisjon opplyser at de snakker med pasienter på skjermet avdeling ved eventuell beltebruk.

Noen av kommisjonene understreker at de setter av god tid til pasientsamtaler, andre at pasientsamtalene prioriteres særskilt. Én kommisjon har vist til at få pasienter benytter seg av muligheten til å møte kommisjonen.

Én kommisjon opplyser at pasientene forteller om manglende tilgjengelighet fra personalet og reagerer på hvordan de blir møtt av personalet. Pasientene opplever det som vanskelig å få svar på spørsmål, og at det er usikkerhet rundt medisiner. Det opplyses at den aktuelle avdelingen har startet tiltak for å forbedre forholdene.

Mattilbudet har også vært tema for enkelte av pasientsamtalene. Det er også opplyst fra enkelte kommisjoner at de samtaler om fysiske forhold, har fokus på dagtilbud/aktivisering, individuell plan, arbeide med barn som pårørende, og har fokus på sikkerhet for pasienter.

Fysiske forhold

Enkelte kommisjoner tar opp de fysiske forhold ved institusjonen, de ser på selve lokalene, om det er rent og ryddig, og om lokalene fremstår som trivelige og "hjemmekoselige". Et par av kommisjonene rapporterte om kalde rom, og dårlig lydisolasjon.

Aktivitetstilbud

Noen kommisjoner har bemerkninger om aktivitetstilbudet til pasientene. En av disse opplyser at tur og treningsmuligheter er tema under velferdskontrollen.

Én kommisjon rapporterer at aktivitetstilbudet til pasientene er variert og godt, ved at pasientene har tilbud om dagaktiviteter, i hovedsak fysisk aktivitet og turer. I en av sakene som er rapportert til Fylkesmannen, har kommisjonen påpekt, at institusjonen har et manglende tilbud om utgang og aktiviteter.

Barn og unge

Én kommisjon har avdekket manglende klageadgang for pasienter som er innlagt på foreldresamtykke, ved tvungen ernæring og tvungen medisiner. Det bemerkes at det er manglende samsvar mellom vilkårene for å vedta tvungen ernæring og vilkårene for å gjennomføre slikt vedtak ved bruk av fastholding, jf. phvl. § 4-8.

En annen kommisjon opplyser at de har tatt opp saker hvor ungdom som behøver skjerming blir transportert til voksenpsykiatrisk. Å bli overført til dit, oppleves som skremmende og tøft for flere av ungdommene. Bakgrunnen for overføringen er at skjermet avsnitt ved barne- og ungdomsinstitusjonen ikke var tilstrekkelig lydisolert. Forholdet er diskutert med Fylkesmannen.

Det rapporteres om en utfordrende personalsituasjon ved en av de ungdomspsykiatriske avdelingene, og kommisjonen har derfor økt besøksfrekvensen fra faste møter én gang i måneden, til ni planlagte besøk i løpet av årets seks første måneder. Det ble også rapportert om ulovlige innskrenkninger i rett til å bruke telefon og andre elektroniske media overfor ungdom under 18 år.

Det rapporteres også om ungdom som har anmeldt en ansatt ved institusjonen for overdreven maktbruk i en holdesituasjon.

En annen kommisjon som besøker en institusjon for barn og unge, viser til at de jevnlig har kontakt med pasientene og diskuterer forhold som gjelder deres situasjon på klinikken. Samtlige pasienter får anledning til å snakke med dem under besøkene og de har også besøkt pasienter på rommene. De setter av god tid for disse pasientsamtalene. Flere kommisjoner opplyser at de bruker god tid til samtaler ved institusjoner for barn og unge, særlig med de ungdommene som ikke ønsker å være der. De får informasjon om klagemuligheter, oppnevning av advokat og andre rettigheter.

Annet

En av kommisjonene har tatt opp med institusjonen kravet om, og viktigheten av, individuell plan etter phvl. § 4-1, og har meldt mangel på individuell plan inn som en bekymringssak til Fylkesmannen.

En annen kommisjon har sammen med institusjonen drøftet de særlige problemstillingene som gjelder forståelsen av psykisk helsevernloven i en alderspsykiatrisk kontekst.

En verge har kritisert en av kommisjonene fordi vedkommende ikke var informert om en ett års forlengelse av tvangsvernet. Kommisjonen tok dette opp med Fylkesmannen og påpekte at kommisjonen må informeres om oppnevnelser av verge, dersom vergemålet omfatter mer enn økonomisk bistand.

Én kommisjon har arrangert samlinger for å etablere saksbehandlingssystem for kommisjonens arbeid gjennom sykehusets eget DIPS -system. Bakgrunnen var at praksis blant behandlere for oversendelse, registrering og arkivering av saker, var mangelfull, og man ønsket å sikre en bedre kontroll. Arbeidet vil bli ferdigstilt i 2018.

Noen av kommisjonene har vist til at enkelte pasienter ikke har fått tilstrekkelig oppfølging av primærhelsetjenesten.

4 Fylkesmannens behandling av klager over vedtak om behandling uten eget samtykke⁷

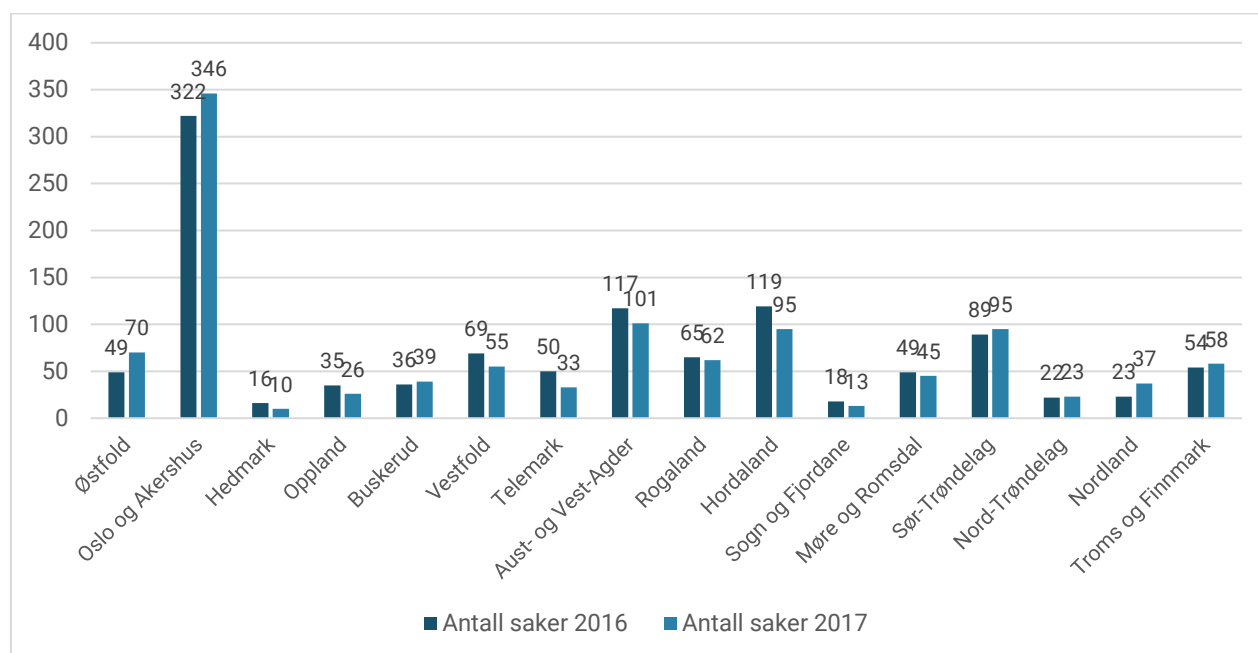
Pasienter som er under tvungent vern kan undersøkes og behandles uten eget samtykke. Dette kan kun gjøres hvis pasienten mangler samtykkekompetanse, med mindre det foreligger nærliggende fare for eget liv eller andres liv og helse.

Det kan ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, men det er unntak for nødvendig behandling med legemidler og strengt nødvendig tilførsel av ernæring ved alvorlig spiseforstyrrelse (se vilkår phvl. § 4-4). Undersøkelse og behandling kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan (med noen unntak) ikke fattes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet. Klager på denne typen tvang skal rettes til fylkesmannen i den enkelte fylke.

Fra 1. juli 2017 har pasienter som klager til Fylkesmannen rett til inntil 5 timer gratis advokat ved slike klager.

Antall klagesaker behandlet av fylkesmennene holdt seg ganske stabilt fra 2016 til 2017, men gikk litt ned. I 2017 behandlet fylkesmennene 1108 klager på tvangsbehandling, mot 1133 året før (-2.2%).

Figur 24 Fylkesmennenes behandling av klager over tvangsbehandling i 2016 og 2017, fordelt etter hvilket fylke behandlingen finner sted.



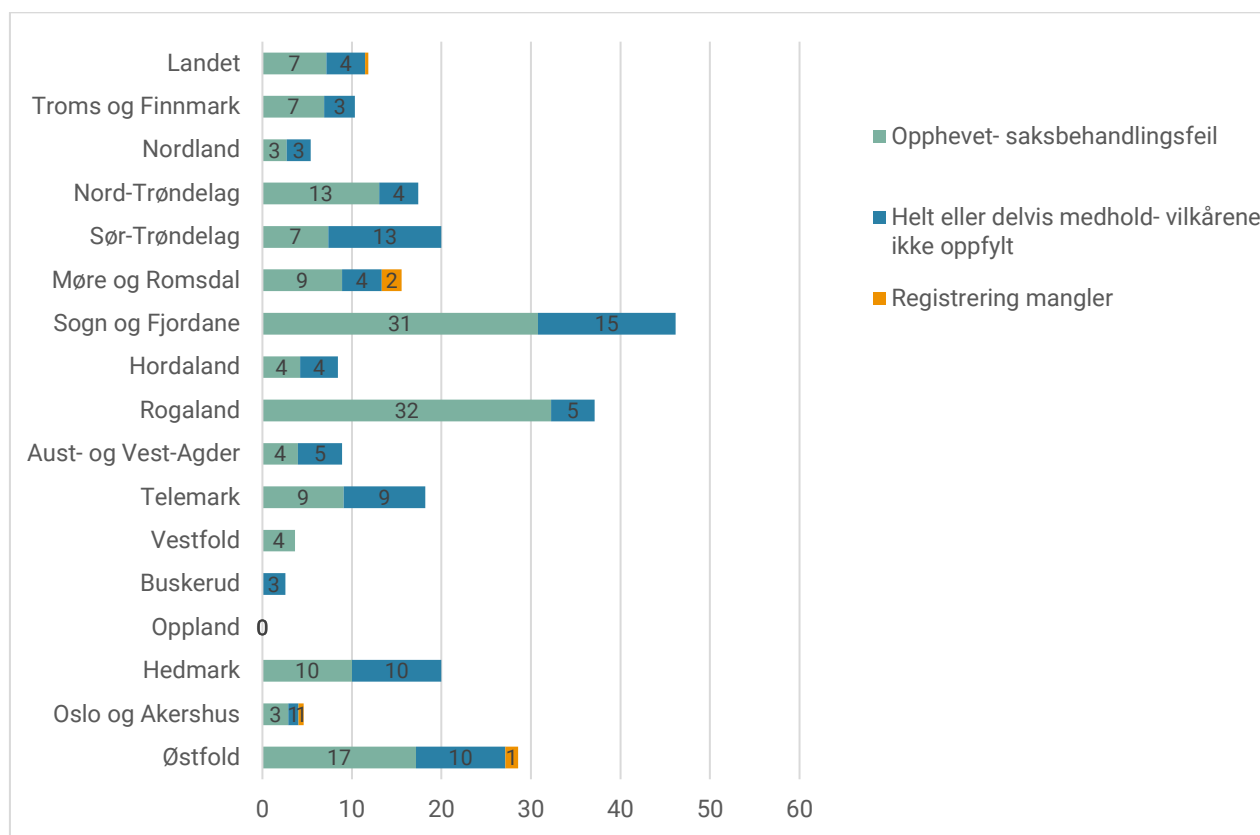
⁷ Se grunnlagstall i vedleggstabell v9.

En liten reduksjon i antall klager følger utviklingen i antall pasienter som er under tvangsbehandling. Ifølge tall fra Samdata ble 1965 pasienter behandlet uten egen samtykke i 2016, og 1829 i 2017.

Størst prosentvis vekst i klager hadde Nordland (+61%) og Østfold (+43%), mens antall klager gikk en del ned i Hedmark, Telemark, Sogn og Fjordane, Oppland, Vestfold og Hordaland. Men det er små tall som kan gi en del tilferdig variasjon i antall klager fra år til år.

Figur 25 viser prosentvis fordeling av vedtakene ut fra om klagene helt eller delvis fikk medhold. Vi ser også 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.

Figur 25 Utfall av klager til fylkesmannen på tvangsbehandling 2017, i prosent av alle klager.



Samlet sett fikk kun fire prosent av sakene medhold, helt eller delvis, mens 7 prosent ble opphevet på grunn av saksbehandlingsfeil. I 88 prosent av sakene ble vedtak om tvangsbehandling opprettholdt. Sogn og Fjordane (små tall) og Rogaland skiller seg noe ut med en høy andel saksbehandlingsfeil. Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag, Hedmark og Østfold hadde alle en medholdsprosent på mellom 10 og 15. Nesten alle de andre fylkene lå mellom 0 og 5 prosent.

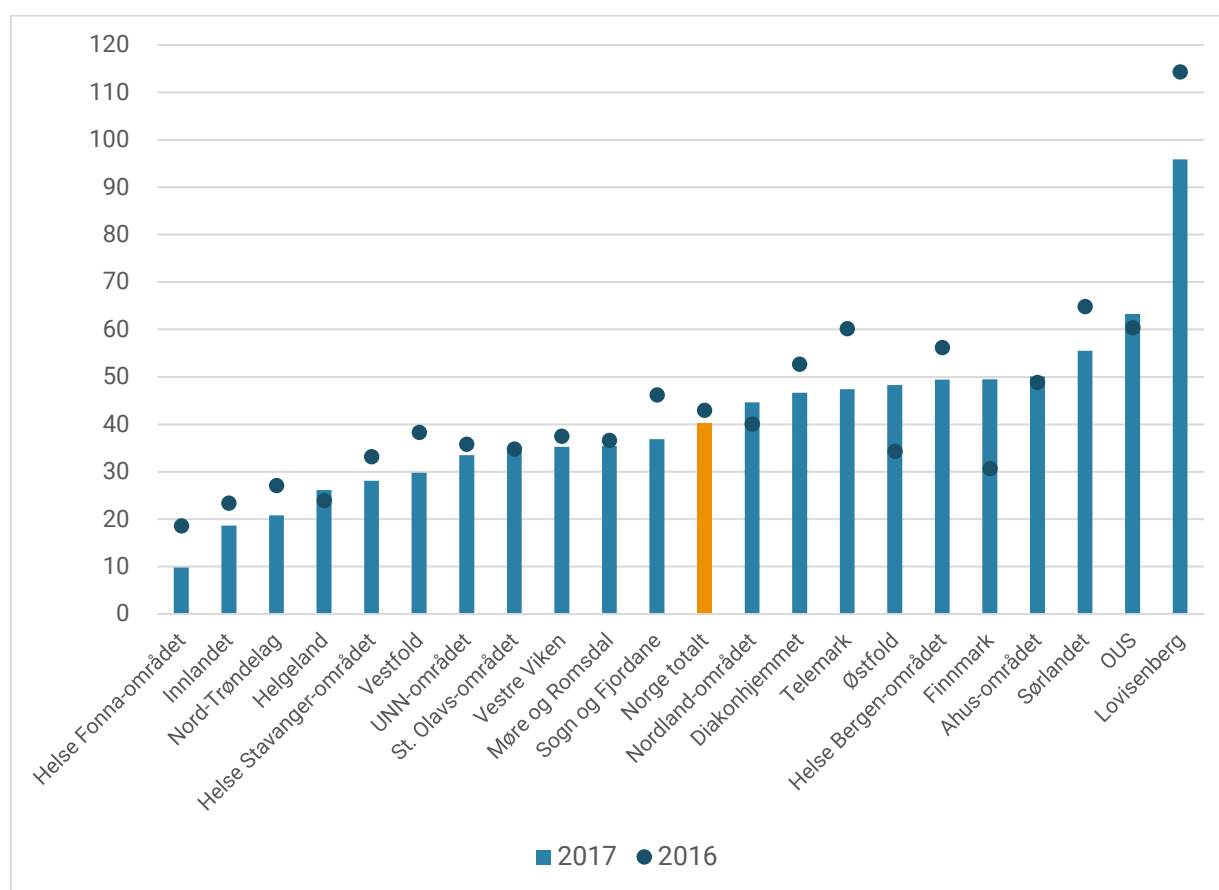
Geografiske forskjeller i forekomst av tvangsbehandling (§phvl 4-4)

Utvikling i klager på behandling under tvang er interessant å se i lys av forskjeller i forekomst av slik tvang i helseforetaksområdene. Helseforetaksområdene er i relativt stor grad overlappende med fylkesmannsembetene.

Av figur 26 ser vi at omfanget av pasienter var over landsraten i svært mange av områdene i Helse Sør-Øst. Innlandet hadde imidlertid en lav rate, sammen med blant annet Helse Fonna og Nord-Trøndelag. Foruten mange områder i Sør-Øst hadde Finnmark og Nordland også rater over den samlede nasjonale raten.

Antallet pasienter per innbygger med vedtak om tvangsbehandling ble redusert eller var ganske stabile fra 2016 til 2017 i storparten av bostedsområdene. Det er noen unntak som kan nevnes. Finnmark hadde den største veksten i pasientrate (+19 pst). Men her er det snakk om få pasienter. Vi har ikke egne tall på klager fra Finnmark, men klageraten gikk ikke ned for Troms og Finnmark samlet, til tross for reduksjon i pasientraten for Unn-området (+5 pst). I Østfold økte pasientraten med 40 prosent og vi så overfor at antall klager økte med 43 prosent. I Nordland økte faktisk antall klager med 61 prosent fra 2016 til 2017 (+14 klager). Figur 20 viser at det også var flere pasienter per innbygger underlagt tvangsbehandling i dette fylket i 2017 sammenlignet med året før (+12 pst). For de fleste andre bostedsområder gikk både pasientraten og klageraten ned eller var ganske stabile.

Figur 26 Pasienter under behandling uten eget samtykke per 100 000 innbygger over 16 år, kjønns- og aldersstandardisert rate for bostedsområder i 2016 og 2017. Kilde Samdata spesialisthelsetjenesten.



VEDLEGG A: Om datagrunnlaget for kontrollkommisjonens virksomhet

De viktigste formålene med rapporten er å vise utvikling i antall kontroller kommisjonene utfører, endringer i behandling av klager og utfallet av disse.

Det er ikke hensiktsmessig å publisere tallene for den enkelte kommisjon da det ofte vil 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

Fra 2008 har det vært elektronisk innrapportering at dataene fra kontrollkommisjonene til Helsedirektoratet. Data fra kommisjonene har i varierende grad vært komplette. Fra 2016 rapporterte kommisjonene på et nytt og mer brukervennlig rapporteringssystem. Dette har forhåpentligvis bidratt til økt kompletthet og kvalitet på dataene. På grunn av en viss usikkerhet i tallgrunnlaget velger vi kun å presentere tall for perioden 2013 til 2017, men også i disse årene har det vært delvis mangelfull rapportering som er håndtert ved å bruke tall fra forrige år eller fra alternativ kilde (NPR) for å kunne presentere nasjonale og regionale utviklingstall. Etter vår gjennomgang antas opplysninger om kontroller av etablering av tvungent vern og klagen på disse vedtakene å være rimelig komplette. Kompletthet på innrapportering av klager og bruk av ulike typer tvangsmidler under behandling er krevende å kvalitetskontrollere, da det er små tall fra hver enhet, og det kan være tilfeldige og reelle variasjoner mellom enheter, og over tid. 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.

Det er enklere å avdekke feil i innrapportering av dokumentkontroller ved etablering av tvungen observasjon enn andre tall i rapporten fordi vi kan sammenholde tallene med innrapportering av aktivitetstall fra helseforetakene til Norsk pasientregister. Disse bør være noenlunde samstemte. Kontroller av vedtak om tvungen psykisk helsevern kan ikke direkte sammenholdes med NPR-tall. En pasient kan gjennom en sammenhengende periode under tvang både ha vedtak om tvungen observasjon og etter observasjonsperioden få vedtak om tvungent psykisk helsevern. I tillegg kan en sammenhengende periode under tvang starte med innleggelse med tvang som senere omgjøres til tvang uten å være tvangsinnlagt (Tvang Uten Døgn-TUD). Tallene fra kontrollkommisjonene gir ikke informasjon om slike overganger eller hvor mange personer som har vært under tvang.

Rapporten ser på utvikling for perioden 2013-2017. For 2013 manglet data for kommisjonen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Øst-Finnmark og Helgeland. For de to førstnevnte benyttet 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 manglet registrering av dokumentkontroller ved etablering av observasjon og tvunget vern fra OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. For OUS benyttet 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 og 2017 mangler data om dokumentkontroll ved etablering av tvungent vern/tvungen observasjon fra kommisjonene ved Lovisenberg. Vi benytter her i stedet tall fra NPR. For Østfold brukes tall fra NPR når det gjelder tvungen observasjon i perioden 2014-2017.

VEDLEGG B: VEDLEGGSTABELLER

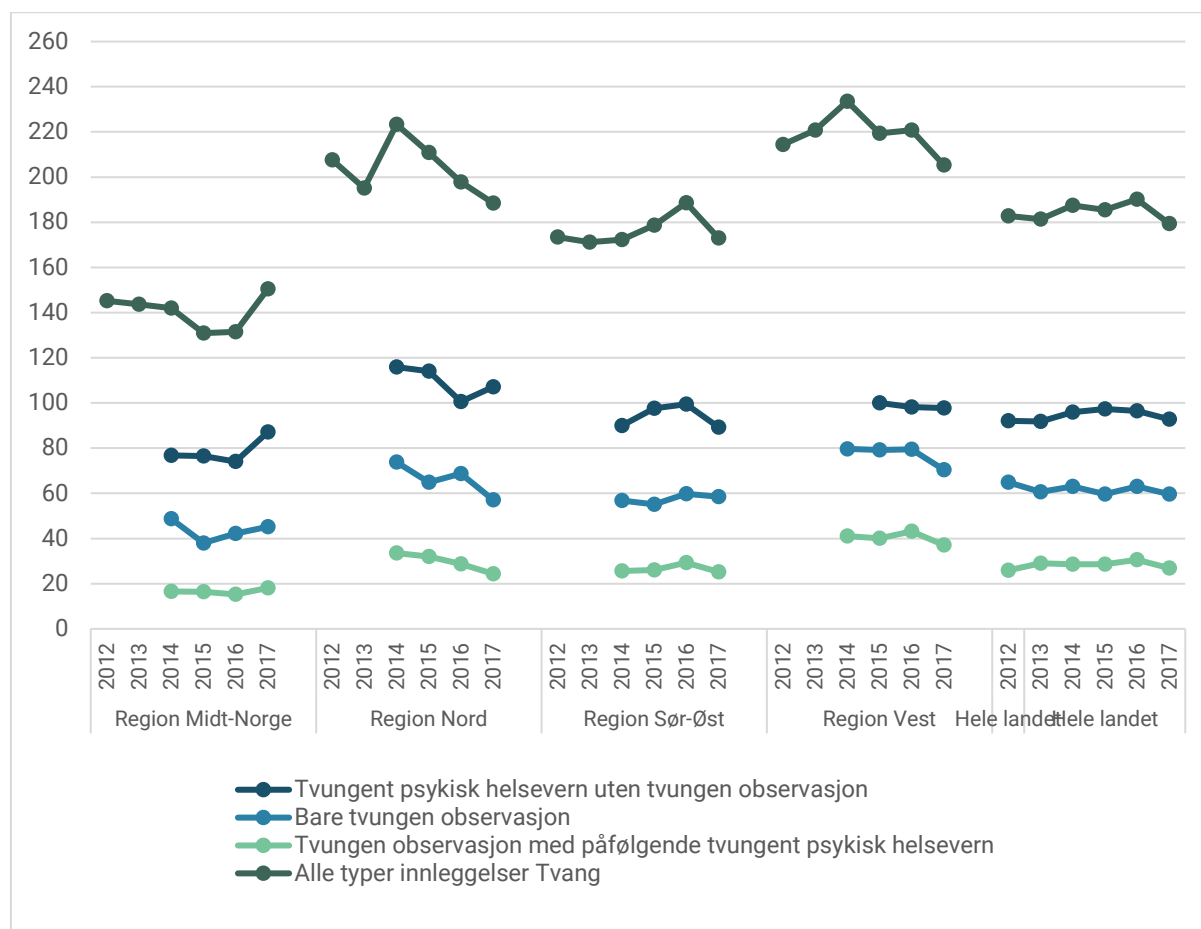
Tabell v1 Kontroll av vedtak om tvungen observasjon og om tvungent psykisk helsevern innrapportert av kontrollkommisjonene 2013- 2017

Tvungent psykisk helsevern					
	Helse Sør-Øst	Hele Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet
2013 ¹	2 323	831	292	294	3 740
2014 ²	2 214	993	348	315	3 870
2015 ³	2 322	821	318	322	3 783
2016 ⁴	2 695	728	287	300	4 010
2017 ⁵	2 224	693	328	320	3 565
Tvungen observasjon					
	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet
2013 ¹	1 812	901	369	285	3 367
2014 ²	2 110	892	393	420	3 815
2015 ³	1 839	962	353	389	3 543
2016 ⁴	2 220	1 206	355	394	4 175
2017 ⁵	2 122	1 033	396	326	3 877

Tabell v2Antall dokumentkontroller i 2016 og 2017 og unntak fra konverteringsforbudet jf. § 3-4 annet ledd. Regioner og geografisk områder kommisjonene dekker.

	Dokumentkontroller					
	Tvungen observasjon		Tvungent psyk helsevern		Kontroller etablering TUD	unntak fra konverterings-forbudet, jf. § 3-4 annet ledd
år	2016	2017	2016	2017	2017	2017
Helse Sør-Øst	2220	2122	2643	2224	234	110
Helse Vest	1206	1033	728	693	145	65
Helse Midt-Norge	355	396	287	328	137	9
Helse Nord	394	326	300	320	48	13
Totalt Norge	4175	3877	3958	3565	564	197
Kommisjoner tilhørende						
Østfold	282	259	195	80		
Ahus-området	485	430	499	465	59	15
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	266	297	667	607		
Innlandet	234	202	153	169	4	11
Vestre Viken-området	414	395	505	414	11	31
Vestfold	128	123	139	151	0	7
Telemark	148	142	131	115	97	13
Sørlandet	263	274	354	223	45	8
Helse Stavanger-området	519	380	197	159	32	17
Helse Fonna-området	120	144	97	84	5	5
Helse Bergen-området	528	460	377	415	108	39
Sogn og Fjordane	39	49	57	35	0	4
Møre og Romsdal	165	173	105	115	135	3
St Olavs-området	134	152	144	163	2	5
Nord-Trøndelag	56	71	38	50	0	1
Nordlandsområdet og Helgeland	128	99	142	142	48	10
UNN-området og Finnmark	266	227	158	178	0	3
	4175	3877	3958	3565	564	197

Figur v1 Antall tvangsinnleggelser etter bostedsregion per 10 000 innbygger over 16 år. 2012 til 2017.



Tabell v3 Antall dokumentkontroller og utfall av kontroll i prosent 2017.

	Kontroll	Utfall av kontroll tvungen observasjon i prosent				Kontroll	Utfall av kontroll tvungent psykisk helsevern, i prosent ¹⁾		
	Etabl tvung observasjon	Vern opprettholdes	Vern opphører	Annet		Etabl tvungen psykisk helsevern (TPH)	Vern opprettholdes	Vern opphører	Annet
Helse Sør-Øst	2122	98,8	0,8	0,4		2224	98,8	0,9	0,4
Helse Vest	1033	99,9	0,0	0,1		693	99,1	0,9	0,0
Helse Midt-Norge	396	96,7	2,3	1,0		328	99,7	0,0	0,3
Helse Nord	326	100,0	0,0	0,0		320	100,0	0,0	0,0
Hele landet	3877	99,0	0,7	0,4		3565	99,1	0,7	0,3
<i>Kommisjoner tilhørende</i>									
Østfold ²	259					80			
Ahus-området	430	98	1,9	0,0		465	97,6	2,4	0,0
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna ²	297	99	1,3	0,0		607	99,8	0,2	0,0
Innlandet	202	99	0,0	1,0		169	96,6	0,6	2,9
Vestre Viken-området	395	98	0,5	1,3		414	98,6	0,8	0,5
Vestfold	123	100	0,0	0,0		151	100,0	0,0	0,0
Telemark	142	100	0,0	0,0		115	100,0	0,0	0,0
Sørlandet	274	100	0,0	0,0		223	99,6	0,4	0,0
Helse Stavanger-området	380	100	0,0	0,0		159	100,0	0,0	0,0
Helse Fonna-området	144	99	0,0	0,7		84	100,0	0,0	0,0
Helse Bergen-området	460	100	0,0	0,0		415	98,7	1,3	0,0
Sogn og Fjordane	49	100	0,0	0,0		35	100,0	0,0	0,0
Møre og Romsdal	173	95	5,2	0,0		115	100,0	0,0	0,0
St Olavs-området	152	100	0,0	0,0		163	100,0	0,0	0,0
Nord-Trøndelag	71	94	0,0	5,6		50	97,4	0,0	2,6
Nordlandsområdet og Helgeland	99	100	0,0	0,0		142	100,0	0,0	0,0
UNN-området og Finnmark	227	100	0,0	0,0		178	100,0	0,0	0,0

1) Noen kommisjoner er hold utenfor i beregningen av prosent utfall pga manglende oppflyninger eller usikkerhet knyttet til registrering. Det gjelder kommisjonene Østfold1, Lovisenberg diakonale sykehus I, Kontrollkomisjon I Rogaland og OUS II.

2) For 2016 og 2017 mangler informasjon fra kontrollkomisjonene ved Lovisenberg. Vi har i stedet benyttet tall fra NPR. NPR er også benyttet for observasjonsvedtak ved Sykehuset i Østfold i 2016.

Tabell v4: Etterprøving av tvungent psykisk helsevern etter 3 måneder i 2017. Antall, utfall og andel pasienter på tvungent vern uten døgnopphold. Regioner og områder for kommisjonenenes tilhørighet.

	Antall etterprøvinger etter tre måneder	Utfall av kontroll, i prosent			Tvungent vern uten døgnopphold (TUD)	
		Vernet opprettholdes	Vernet opphører	Annet	Antall	Andel
Helse Sør-Øst	387	96	2	2	162	42
Helse Vest	163	96	2	2	48	29
Helse Midt-Norge	54	98	2	0	19	35
Helse Nord	66	99	2	0	39	59
Totalt Norge	670	97	2	2	268	40
Kommisjoner tilhørende						
Østfold	13	100	0	0	7	54
Ahus-området	78	100	0	0	43	55
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	122	99	1	0	29	24
Innlandet	12	100	0	0	1	8
Vestre Viken-området	51	84	4	12	28	55
Vestfold	29	90	3	7	18	62
Telemark	43	98	2	0	24	56
Sørlandet	39	97	3	0	12	31
Helse Stavanger-området	58	97	0	3	19	33
Helse Fonna-området	24	100	0	0	3	13
Helse Bergen-området	77	96	3	1	25	32
Sogn og Fjordane	4	75	25	0	1	25
Møre og Romsdal	9	100	0	0	9	100
St Olavs-området	30	97	3	0	8	27
Nord-Trøndelag	15	100	0	0	2	13
Nordlandsområdet og Helgeland	28	97	4	0	20	71
UNN-området og Finnmark	38	100	0	0	19	50

Tabell v5 Behandling av søknader om forlengelse av tvunget psykisk helsevern utover ett år i 2017. Antall, utfall og andel pasienter på tvungent vern uten døgnoophold (TUD). Regioner og områder for kommisjonenenes tilhørighet.

	Antall søknader omforlengelse etter 1 år	Utfall av kontroll, i prosent			Tvungent vern uten døgnoophold (TUD)	
		Vernet opprettholdes	Vernet opphører	Annet	Antall	Andel
Helse Sør-Øst	847	95	2	3	608	72
Helse Vest	279	91	7	1	233	84
Helse Midt-Norge	169	98	2	0	137	81
Helse Nord	113	90	4	5	86	76
Hele landet	1408	94	3	2	1064	76
Kommisjoner tilhørende	55	93	2	5	46	84
Østfold	177	94	2	4	112	63
Ahus-området	245	98	1	0	147	60
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	36	92	3	6	33	92
Innlandet	118	89	7	4	99	84
Vestre Viken-området	51	96	2	2	28	55
Vestfold	57	95	2	3	46	81
Telemark	108	95	2	4	97	90
Sørlandet	87	95	4	1	72	83
Helse Stavanger-området	28	100	0	0	18	64
Helse Fonna-området	159	88	10	2	138	87
Helse Bergen-området	5	80	20	0	5	100
Sogn og Fjordane	59	97	3	0	59	100
Møre og Romsdal	89	100	0	0	74	83
St Olavs-området	21	95	5	0	4	19
Nord-Trøndelag	34	94	6	0	32	94
Nordlandsområdet og Helgeland	79	89	4	8	54	68

Tabell v6 Behandling av klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern i 2017, jf. phvl. § 3-3 og § 3-7. Antall, prosent utvikling fra 2013 og prosent medhold i 2017. Regioner

		Klager TPH totalt	Klager TPH totalt ekskl trukket		Pst endring klager TPH (2013=100)	Klager som andel av vedtak TPH (ekskl trukne)	Pst. medhold (inkl trukne)	Pst medhold (ekskl trukne klager)
Helse Sør-Øst	2013	1426	784		100	19	5	9
	2014	1605	931		119	22	5	9
	2015	1773	1028		131	25	6	10
	2016	1488	833		106	17	7	13
	2017	1309	889		113	20	8	12
Helse Vest	2013	574	350		100	20	6	10
	2014	552	320		91	17	6	10
	2015	504	302		86	17	7	12
	2016	492	285		81	15	8	14
	2017	530	285		81	17	9	16
Helse Midt-N	2013	223	149		100	23	6	9
	2014	213	124		83	17	3	5
	2015	212	140		94	21	7	11
	2016	184	159		106	25	5	7
	2017	168	132		88	18	5	7
Helse Nord	2013	132	62		100	11	9	19
	2014	141	92		148	12	5	8
	2015	184	138		222	19	6	8
	2016	98	55		88	8	9	16
	2017	137	81		131	13	10	17
Hele Landet	2013	2355	1342		100	19	6	11
	2014	2511	1456		108	19	5	9
	2015	2673	1604		119	22	6	10
	2016	2258	1343		100	16	7	12
	2017	2144	1387		103	19	8	13

Tabell v7 Behandling av klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern i 2017, jf. phvl. § 3-3 og § 3-7. Antall, hvem som klager og utfall av klager. Regioner og områder for kommisjonenenes tilhørighet.

Kommisjoner tilhørende	Antall	Hvem klager		Utfall					Utfall
		Pasi-ent	Nær-meste pårør.	Klagen ikke tatt til følge	Klagen tatt til følge	Avvis-ning	Annet	Klagen er trukket	
Helse Sør-Øst	1309	1290	25	681	110	45	53	420	12,4
Helse Vest	530	523	6	218	47	11	10	245	16,5
Helse Midt-Norge	196	184	1	117	9	0	4	64	6,8
Helse Nord	137	134	2	65	14	2	0	56	17,3
Hele landet	2172	2131	34	1081	180	58	67	785	13,0
Østfold	66	66	0	59	5	0	1	2	7,8
Ahus-området	163	159	5	112	24	7	1	19	16,7
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	507	497	14	223	36	25	30	191	11,4
Innlandet	98	98	0	45	12	2	0	39	20,3
Vestre Viken-området	150	149	2	87	14	2	6	45	13,3
Vestfold	121	120	1	44	9	3	15	50	12,7
Telemark	49	49	0	27	4	1	0	17	12,5
Sørlandet	155	152	3	84	6	5	0	57	6,1
Helse Stavanger-området	125	123	0	60	13	0	0	53	18,1
Helse Fonna-området	43	43	0	22	2	0	0	19	8,3
Helse Bergen-området	327	322	6	124	30	11	10	152	17,1
Sogn og Fjordane	35	35	0	12	2	0	0	21	14,3
Møre og Romsdal	60	59	1	52	3	0	0	5	5,5
St Olavs-området	97	95	0	43	4	0	2	46	7,8
Nord-Trøndelag	39	30	0	22	2	0	2	13	7,7
Nordlandsområdet og Helgeland	88	85	2	31	8	2	0	47	19,5
UNN-området og Finnmark	49	49	0	34	6	0	0	9	15,0

Tabell v8 Rapportert aktivitet fra kontrollkomisjonene etter HF-tilhørighet i 2017 og endring fra 2016 til 2017. Absolutte tall.

Kommisjoner i	Dokumentkontroll 2017		Kontroll ved tvungent vern i lang tid		Behandling klager	Endring 2016-2017				
	Etabl Tvung observ	Etabl TPH*	Etter 3mnd TPH	Behandl forleng > ett år	Kontroll TPH (§3-3,§3-7)	Tvung observ.	TPH	Kontr 3mnd	Kontr ett år	Klager TPH
Østfold	259	80	13	55	66	-23	-115	-40	-22	-76
Ahus-området	430	465	78	177	163	-55	-34	-6	14	-60
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	297	607	122	245	507	31	-60	-16	-63	-46
Innlandet	202	169	12	36	98	-32	16	-27	-21	12
Vestre Viken-området	395	414	51	118	150	-19	-91	-6	-24	-16
Vestfold	123	151	29	51	121	-5	12	6	-5	6
Telemark	142	115	43	57	49	-6	-16	6	-5	9
Sørlandet	274	223	39	108	155	11	-131	-13	-22	-4
Helse Stavanger-området	380	159	58	87	125	-139	-38	-7	-14	11
Helse Fonna-området	144	84	24	28	43	24	-13	3	-12	9
Helse Bergen-området	460	415	77	159	327	-68	38	-21	-55	20
Sogn og Fjordane	49	35	4	5	35	10	-22	-1	-2	-2
Møre og Romsdal	173	115	9	59	60	8	10	-5	-25	2
St Olavs-området	152	163	30	89	97	18	19	-17	-31	-1
Nord-Trøndelag	71	50	15	21	39	15	12	-45	-24	11
Nordlandsområdet og Helgeland	99	142	28	34	88	-29	0	12	-11	30
UNN-området og Finnmark	227	178	38	79	49	-39	20	-15	-47	9
	3877	3565	670	1408	2172	-298	-393	-192	-369	-86

* TPH = Tvungent psykisk helsevern

** Det er noe usikkerhet knyttet til tallene for dokumentkontroller ved etablering av tvungent vern fra Østfold og Oslo. Tall for Lovisenberg diakonale sykehus er basert på innrapporterte data om tvangsinnleggelser til Norsk Pasientregister.

Tabell v9 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. Fylker 2017.

	Utfall i prosent av antall saker 2017					Antall vedtak		Antall saker			
	Stad- festet	Opphevet- saksbehandlingsfeil	Helt eller delvis medhold- vilkårene ikke oppfylt	Registr mangler	Totalt	2016	2017	2016	2017	Endring saker	Pst endring saker
Østfold	71	17	10	1	100	49	70	49	70	21	43
Oslo og Akershus	95	3	1	1	100	319	346	322	346	24	7
Hedmark	80	10	10	0	100	16	10	16	10	-6	-38
Oppland	100	0	0	0	100	35	26	35	26	-9	-26
Buskerud	97	0	3	0	100	36	39	36	39	3	8
Vestfold	96	4	0	0	100	69	55	69	55	-14	-20
Telemark	82	9	9	0	100	50	33	50	33	-17	-34
Aust- og Vest-Agder	91	4	5	0	100	117	101	117	101	-16	-14
Rogaland	63	32	5	0	100	65	62	65	62	-3	-5
Hordaland	92	4	4	0	100	119	95	119	95	-24	-20
Sogn og Fjordane	54	31	15	0	100	18	13	18	13	-5	-28
Møre og Romsdal	84	9	4	2	100	49	45	49	45	-4	-8
Sør-Trøndelag	80	7	13	0	100	89	95	89	95	6	7
Nord-Trøndelag	83	13	4	0	100	22	23	22	23	1	5
Nordland	95	3	3	0	100	23	37	23	37	14	61
Troms og Finnmark	90	7	3	0	100	54	58	54	58	4	7
Landet	88	7	4	0	100	1130	1108	1133	1108	-25	-2,2

Kilde: Helsetilsynet

Kontroll av tvangsbruk 2017

Utgitt

Februar 2019

Forfattere

Birgitte Kalseth
Ragnild Bremnes
Mari Mjøs

Bestillingsnummer

IS-2803

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen
0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post: postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

Szasz-Fabian Jozef/Mostphoto

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no