



Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015

Publikasjonens tittel: Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015

Utgitt: 11/2016

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
Vårin Hellevik
Hanne Skui

Illustrasjon: © Mikael Svensson / Johnér (illustrasjonsbilde)

INNHold

Innhold	2
Innledning	4
Sammendrag	6
1. Lovgrunnlaget	9
2 Kontrollkomisjonenes virksomhet og fylkesmennenes behandling av klager over behandling uten eget samtykke	12
2.1 Innledning	12
2.2 Datagrunnlag og metode	13
2.2.1 Geografiske forskjeller	13
2.3 Behandling av saker etter phvl. § 2-1 annet ledd	14
2.4 Etterprøving av begjæring i henhold til phvl. § 2-2 fjerde ledd	14
2.5 Dokumentgjennomgang og kontrollvirksomhet ved vedtak etter phvl. kap 3	14
2.5.1 Etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern	14
2.5.2 Unntak fra konverteringsforbudet	19
2.5.3 3-måneder kontroll og kontroll etter ett år under tvungent psykisk helsevern.	20
2.6 Kontrollkomisjonenes behandling av klager	22
2.6.1 Klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon/tvungent vern	22
2.6.2 Klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon/tvungent vern og klager på vedtak om oppheving av tvungen observasjon/tvungent vern	29
2.6.3 Klager på vedtak om bruk av skjerming og tvangsmidler	29
2.6.4 Klager på vedtak om overføring, jf. phvl. § 4-10	31
2.6.5 Klager på andre kapittel 4-vedtak.	31
2.7 Fylkesmannens behandling av klager over vedtak om behandling uten eget samtykke	31
3 Kontrollkomisjonens velferdskontroll i 2015	35
	2

3.1	Innledning	35
3.2.	Problemstillinger/merknader	35
	Tiltak etter psykisk helsevernloven kapittel 4	35
	Fysiske forhold ved institusjonen	35
	Overføring av pasienter/andre institusjoner	36
	Saksbehandling	36
	Aktivitetstilbud	37
	Husordensregler/restriksjoner uten vedtak/rutiner	37
	Pasienters klage på behandling og ansatte i det psykiske helsevernet	37
	Annet	38
4	Domstolsprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern	39
4.1	Innledning	39
4.2	Rettslig grunnlag	40
4.2.1	Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte	40
4.2.2	Vilkår – hva som står til prøve for retten	41
4.2.3	Rettslig overprøving av tvungent psykisk helsevern	42
4.3	Omfang av overprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern de siste årene	43
4.3.1	Klager til kontrollkommisjonen	43
4.3.2	Søksmål til domstolen	45
4.4	Gjennomgang av 2015- søksmålene	45
4.4.1	Antall søksmål og utfall i tingretten	45
4.4.2	Antall anker og utfall i lagmannsretten	47
4.4.3	Antall anker og utfall i Høyesterett	48
4.4.4	Oppsummering, endelig utfall av søksmålene	48
4.4.5	Hvem tar ut søksmål	49
4.4.6	Varighet av tvungent vern og andel på tvang med- og uten døgnopphold	50
4.4.7	Tid fra søksmål til domsavsigelse	50
4.5	2015-dommer med slutning opphør av tvungent vern	51
4.5.1	En kort gjennomgang av dommene	51
4.5.2	Noen forhold retten så hen til ved vurderingen av de ulike vilkårene	53

INNLEDNING

I denne rapporten presenteres resultater fra Kontrollkomisjonenes arbeid, fylkesmennenes klagebehandling på tvangsbehandling og domstolenes prøving av tvungent psykisk helsevern i 2015. Det presenteres i tillegg utviklingstall. Tidligere rapporter har i tillegg presentert analyser av tvangsdata innsamlet av Norsk pasientregister. Disse vil for 2015 bli publisert på Helsedirektoratets nettsider.

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 har bl.a. kommet 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)». Denne strategiens visjon er at

«De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv, og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov.»

Som i forutgående rapporter presenteres analyser fra de to viktige klageinstansene for vedtak etter psykisk helsevernloven, nemlig kontrollkomisjonene og fylkesmannen (kapittel 2 og 3). I tillegg presenterer vi for andre gang analyser fra neste (og siste) klageinstans for tvungent psykisk helsevern – nemlig domstolene. Dette er omtalt i kapittel 4 som gir en gjennomgang av 2015-sakene om tvungent psykisk helsevern som ble bragt inn for domstolen.

Innledningsvis (kapittel 1) presenteres de viktigste bestemmelsene om bruk av tvang i Psykisk helsevernloven.

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

Kontrollkommisjonsdata og data fra fylkesmennene

I 2015 kontrollerte kontrollkommisjonene 3 915 vedtak om tvungent psykisk helsevern, mot 4 024 vedtak året før. Dette gir en nedgang på 1,8 prosent. Kommisjonene kontrollerte i 2015 i tillegg 3 873 vedtak om tvungen observasjon, mot 4 166 året før. Dette gir en nedgang på 7,0 prosent. Det er store forskjeller i vedtaksraten mellom helseforetakene.

Kontrollkommisjonene behandlet i 2015 i alt 308 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 289 året før. Av klagerne fikk igjen 21 stykker, eller ca. 7 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 14 prosent medhold. I 51 prosent av sakene ble klagen trukket, og i 7 saker ble klagen avvist.

I 2015 ble det fremmet 2 673 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent vern, mot 2 511 året før. Dette gir en økning på 6 prosent. Samtidig har antall vedtak om tvungent vern gått noe ned. Klageprosenten har dermed gått opp fra 62 til 68 prosent. Økningen i antall klager har kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. I Helse Vest er det en nedgang, mens tallet for Helse Midt-Norge er stabilt. Av klagerne fikk 6 prosent medhold, 11 prosent hvis saker som ble trukket holdes utenfor.

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 klagen 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 2015 var det totalt 1 741 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, drøyt 100 eller 7 prosent flere enn året før. Av pasientene var imidlertid 56 prosent på tvungent vern uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Ratene gikk ned i Helse Midt-Norge og økte i øvrige regioner. Helse Midt-Norge har en langt lavere rate for pasienter under fortsatt døgnbehandling enn de øvrige regionene, men en høyere rate for pasienter uten fortsatt døgnopphold.

Kontrollkommisjonene behandler få klager på skjerming og bruk av tvangsmidler. I 2015 behandlet de 166 klager på bruk av skjerming. Av disse fikk 11 medhold. De behandlet 71 klager på bruk av mekaniske tvangsmidler. Av disse fikk 10 medhold. Kommisjonene behandlet i tillegg 8 klager på bruk av korttidsvirkende legemidler. Ingen klager ble gitt medhold. Kommisjonene behandlet også 10 klager på kortvarig fastholding, hvorav 2 klager fikk medhold.

Fylkesmennenes behandling av klager på tvangsbehandling

Fylkesmennene behandlet i 2015 totalt 1 061 klager på tvangsbehandling, om lag det samme antall som året før (1 058 klager). I disse sakene ble det fattet totalt 1 076 vedtak. Av disse gjaldt 1 049 saker tvangsmedisinering, 25 saker tvangsernæring og 2 saker annen tvangsbehandling.

Fylkesmennene opphevet 41 vedtak (4 prosent av vedtakene) pga. saksbehandlingsfeil. I 41 saker (4 prosent) fikk klager helt eller delvis medhold. Andelen vedtak der klager får helt eller delvis medhold varierer mellom fylkene.

Kontrollkommisjonenes velferdskontroll

Kontrollkommisjonene foretar velferdskontroll ved alle døgninstitusjoner og andre institusjoner der noen er underlagt tvungent psykisk helsevern.

Det har bl.a. vært ført kontroll med restriktive tiltak, og kommisjonen har kommentert på bl.a. utstrakt bruk av beltelegging, ulovhjemlet tvang (f.eks. kortvarig fastholding), tvangsvedtak som ikke er forelagt kommisjonen og mangelfulle tvangsprotokoller. Kommisjonene skal også føre kontroll med husordensreglementer er i overenstemmelse med loven. Kommisjonen har reagert på restriksjoner på å vise filmer over en viss aldersgrense, på å diskutere politikk og religion i avdelingen, på redusert tilgang til sigaretter begrunnet i helsehensyn og på kontakt med omverden (telefon, post) utover det som følger av loven. Kommisjonene skal videre føre kontroll med fysiske forhold og aktivitetstilbud o.l. Noen påpeker bygninger som er gamle og lite egnet til formålet, men også nybygg med mangler, som f.eks. små oppholdsrom som bidrar til at pasienter trekker seg tilbake til rommene. En del steder finner kommisjonen begrensede aktivitetstilbud pga. manglende personalressurser og bygningsmessige forhold. Noen kommisjoner påpeker at pasienter og pårørende ikke blir tilstrekkelig orientert av institusjonen om sin klageadgang til kontrollkommisjonen.

Flere kommisjoner påpeker manglende tilbud til utskrivningsklare pasienter, bl.a. pasienter som forblir innlagt fordi kommunene ikke har botilbud klare og forsinkede overføringer av pasienter fra RSA fordi de lokale helseforetakene ikke kan ta imot før etter en del tid. Kommisjonene oppdager også tilfeller der ressursmessige hensyn synes å være begrunnelse for utskrivning, og det har vært tilfeller der ung pasient som ble utskrevet tross alvorlig selvskadingsproblematikk. Et annet problem er psykisk syke innsatte som blir for raskt tilbakeført til fengsel.

I alt 11 kommisjoner opplyser å ha rapportert saker til fylkesmannen denne perioden. Sakene har bl.a. omfattet tilfeller av utstrakt/langvarig beltelegging og medisinering, utskrivning tross fare for eget liv og helse og stort overbelegg og manglende skjermingsmuligheter.

Domstolsprøving

I 2015 ble det tatt ut 225 søksmål i sak om tvungent psykisk helsevern.

To av sakene ble avvist. 65 (29 %) av sakene ble hevet fordi pasienten trakk søksmålet. 70 (31 %) av sakene ble hevet fordi det tvungne vernet opphørte før domstolsbehandling. Det ble avsagt dom i 88 av sakene, hvorav 10 (11 %) med slutning opphør av tvungent vern og 78 (89 %) med slutning at

begjæringen om opphør ikke ble tatt til følge. For en oversikt over endelig utfall av søksmålene, se figur 4.3.

35 (40 %) av 88 dommer fra tingretten ble anket til lagmannsretten. 9 (45 %) av 20 dommer fra lagmannsretten ble anket til Høyesterett. Én sak ble tatt til behandling av Høyesterett.

Ved hovedforhandlingen for endelig dom var 50 % av pasientene under tvungent vern uten døgnopphold. Ved domsavsigelse for endelig dom hadde pasientene gjennomsnittlig vært under tvungent vern i 1,6 år (median ni måneder). Gjennomsnittsalderen til pasientene var 44 år. Det tok gjennomsnittlig 2,7 måneder fra stevning til domsavsigelse i tingretten, og 7,9 måneder til domsavsigelse i lagmannsretten.

Av de 10 (11 %) som fikk medhold i sitt krav om opphør av tvungent vern, fant retten i fire av sakene at behandlingsvilkåret ikke var oppfylt og i seks av sakene opphørte vernet etter en helhetsvurdering.

1. Lovgrunnlaget

Psykisk helsevernloven (phvl.) regulerer bruken av tvang i det psykiske helsevernet.

I dette kapitlet foretas en kort gjennomgang av lovgrunnlaget for de ulike tvangstiltak som omtales i denne rapporten. I tillegg vises til kapittel 2 for en nærmere omtale av det rettslige grunnlaget ved domstolsprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern. For en mer utdypende fremstilling av reglene i psykisk helsevernloven, vises til Helsedirektoratets rundskriv til loven IS-9/2012.¹

I phvl. kapittel 3 oppstilles prosessuelle og materielle vilkår for etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. §§ 3-2 og 3-3. Vilåårene for etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk er like. Tvungen observasjon kan imidlertid benyttes for å avklare om vilåårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, og kan i utgangspunktet kun benyttes i inntil ti dager².

For det første må pasienten være undersøkt og henvist av en lege som er uavhengig av den institusjonen pasienten henvises til. I løpet av 24 timer etter ankomst ved institusjonen, må en som kan være faglig ansvarlig for vedtak, jf. § 1-4, foreta en vurdering og treffe vedtak om etablering eller ikke-etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, i rapporten kalt «spesialistvedtak» eller «rettslig grunnlag for helsehjelpen».

Pasienten må ha en «alvorlig sinnslidelse» i lovens forstand, og i tillegg må ett av fire alternative vilkår være oppfylt:

- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin utsikt til helbredelse eller bedring i vesentlig grad redusert, (behandlingsvilkårets forbedringsalternativ) eller
- Det er stor sannsynlighet for at pasienten får sin tilstand vesentlig forverret i meget nær fremtid uten tvungent vern (behandlingsvilkårets forverringsalternativ).
- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å forhindre at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse, eller
- Tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å forhindre at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.

Frivillighet skal være forsøkt eller «åpenbart formålsløst», og tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern må fremstå som den klart beste løsningen for pasienten etter en helhetsvurdering.

Som hovedregel kan en pasient som mottar frivillig behandling, jf. § 2-1, ikke overføres til tvungent psykisk helsevern (konverteringsforbudet, jf. § 3-4.) Det er imidlertid gjort unntak for situasjoner der pasienten ved utskrivelse ville utgjøre en «nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller

¹ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>

² Observasjonsperioden kan utvides med ytterlige ti dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder.

helse». Unntaket innebærer ikke et unntak fra det formelle kravet om en ekstern, uavhengig legeundersøkelse.

Tvungent psykisk helsevern kan bare gjennomføres ved institusjoner med formell godkjenning, jf. § 3-5 første ledd.

Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres uten døgnopphold dersom dette er et bedre alternativ for pasienten og dersom pasientens bo- og familiesituasjon ligger til rette for en slik ordning, jf. § 3-5 tredje ledd. Det er ikke nødvendig med forutgående institusjonsinnleggelse.

Vedtak om etablering, opprettholdelse og opphør av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan påklages til kontrollkommisjonen, jf. phvl. §§ 3-2 fjerde ledd, 3-3 tredje ledd og 3-7 fjerde ledd. Både pasienten selv, nærmeste pårørende og eventuell offentlig myndighet som har fremsatt begjæring iht. § 3-6, har klagerett.

Kontrollkommisjonen skal også drive noe kontroll av tvangstiltak uten at disse er påklaget, jf. § 3-8. For det første skal kontrollkommisjonen orienteres om etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og så snart som mulig foreta en dokumentgjennomgang for å sikre at riktig fremgangsmåte er fulgt og at vedtaket bygger på en vurdering av lovens vilkår. For det andre skal kontrollkommisjonen foreta en kontroll av vedtak om tvungent psykisk helsevern som ikke er påklaget etter tre måneder. Dessuten forutsetter opprettholdelse av vedtak om tvungent psykisk helsevern utover ett år, at kontrollkommisjonen samtykker til det.

I tillegg til å behandle klager på vedtak etter loven og foreta kontroll som nevnt i avsnittet ovenfor, skal kommisjonene føre kontroll med restriktive tiltak og «ellers ta opp forhold av betydning for pasienten opphold ved institusjonen» (velferdskontroll), jf. § 6-1 annet ledd og psykisk helsevernforordningen § 63.

Etter § 2-1 annet ledd kan barn som har fylt 12, og som ikke er enig i en innleggelse i det psykiske helsevernet, bringe spørsmålet inn for kontrollkommisjonen.

Etter § 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. Den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, kan bringes inn for kontrollkommisjonen av pasient og nærmeste pårørende.

I psykisk helsevernloven kapittel 4 fremgår hjemmel for ulike tiltak som kan være aktuelle ved gjennomføringen av psykisk helsevern, herunder behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling), tvangsmidler og skjerming. Noen av tiltakene i kapittel 4 forutsetter at pasienten er under tvungent psykisk helsevern (f.eks. tvangsbehandling), andre tiltak kan være aktuelle også for frivillig innlagte (f.eks. skjerming og tvangsmidler).

Bruk av skjerming er regulert i § 4-3. Ved skjerming holdes pasienten «helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av pasienten». 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. Pasienten og nærmeste pårørende kan påklage vedtak om skjerming til kontrollkommisjonen.

Behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling) er regulert i § 4-4. Undersøkelse og behandling uten pasientens samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke eller dersom det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Videre må behandlingen være *“klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis”*. Av konkrete behandlingsformer, utover legemidler og ernæring, nevnes samtaleterapi, arbeidsterapi og miljøterapi. Pasienten og nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til fylkesmannen.

Adgangen til bruk av tvangsmidler er regulert i § 4-8. Med tvangsmidler menes mekaniske tvangsmidler (herunder belter og remmer), kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolasjon), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt (korttidsvirkende legemidler) og kortvarig fastholding. 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. Mekaniske tvangsmidler og isolasjon kan ikke brukes overfor pasienter under 16 år. Pasienten og nærmeste pårørende kan påklage vedtak om tvangsmidler til kontrollkommisjonen.

Institusjonen skal føre protokoller over bruk av skjerming, tvangsbehandling og tvangsmidler («tvangsprotokoller»), som på forespørsel skal forelegges kontrollkommisjonene og fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 30. Direktoratet jobber for en overgang til elektroniske tvangsprotokoller.

2 Kontrollkomisjonenes virksomhet og fylkesmennenes behandling av klager over behandling uten eget samtykke

I 2015 kontrollerte kontrollkomisjonene 3 915 vedtak om tvungent psykisk helsevern, mot 4 024 vedtak året før. Dette gir en nedgang på 1,8 prosent. Kommisjonene kontrollerte i 2015 i tillegg 3 873 vedtak om tvungen observasjon, mot 4 166 året før. Dette gir en nedgang på 7,0 prosent. Det er store forskjeller i vedtaksraten mellom helseforetakene.

Kontrollkomisjonene behandlet i 2015 i alt 308 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 289 året før. Av klagerne fikk igjen 21 stykker, eller ca. 7 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 14 prosent medhold. I 51 prosent av sakene ble klagen trukket, og i 7 saker ble klagen avvist.

I 2015 ble det fremmet 2 673 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent vern, mot 2 511 året før. Dette gir en økning på 6 prosent. Samtidig har antall vedtak om tvungent vern gått noe ned. Klageprosenten har dermed gått opp fra 62 til 68 prosent. Økningen i antall klager har kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. I Helse Vest er det en nedgang, mens tallet for Helse Midt-Norge er stabilt. Av klagerne fikk 6 prosent medhold, 11 prosent hvis saker som ble trukket holdes utenfor.

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 klagen 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 2015 var det totalt 1 741 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, drøyt 100 eller 7 prosent flere enn året før. Av pasientene var imidlertid 56 prosent på tvungent vern uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Ratene gikk ned i Helse Midt-Norge og økte i øvrige regioner. Helse Midt-Norge har en langt lavere rate for pasienter under fortsatt døgnbehandling enn de øvrige regionene, men en høyere rate for pasienter uten fortsatt døgnopphold.

Kontrollkomisjonene behandler få klager på skjerming og bruk av tvangsmidler. I 2015 behandlet de 166 klager på bruk av skjerming. Av disse fikk 11 medhold. De behandlet 71 klager på bruk av mekaniske tvangsmidler. Av disse fikk 10 medhold. Kommisjonene behandlet i tillegg 8 klager på bruk av korttidsvirkende legemidler. Ingen klager ble gitt medhold. Kommisjonene behandlet også 10 klager på kortvarig fastholding, hvorav 2 klager fikk medhold.

Fylkesmennene behandlet i 2015 totalt 1 061 klager på tvangsbehandling, om lag det samme antall som året før (1 058 klager). I disse sakene ble det fattet totalt 1 076 vedtak. Av disse gjaldt 1 049 saker tvangsmedisinering, 25 saker tvangsernæring og 2 saker annen tvangsbehandling.

Fylkesmennene opphevet 41 vedtak (4 prosent av vedtakene) pga. saksbehandlingsfeil. I 41 saker (4 prosent) fikk klager helt eller delvis medhold. Andelen vedtak der klager får helt eller delvis medhold varierer mellom fylkene.

2.1 Innledning

I 2015 utførte de 55 kontrollkomisjonene 1 869 (2014: 1 836) anmeldte og 374 (488) uanmeldte kontrollbesøk ved institusjonene, totalt 2 243 (2 324).

Vi vil i dette kapitlet se på noen sider ved hvordan kontrollkomisjonene 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? Data fra kommisjonene vil i tillegg kunne supplere den informasjonen vi har gjennom data fra Norsk pasientregister.

2.2 Datagrunnlag og metode

Fra 2008 innrapporteres dataene fra kontrollkomisjonene elektronisk til Helsedirektoratet. Data fra kommisjonene er i varierende grad komplette. Opplysninger om etablering av tvungent vern/tvungen observasjon og om klagen på disse vedtakene antas å være rimelig komplette. Det knytter seg større usikkerhet 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. I tillegg mangler registrering av dokumentkontroller ved etablering av observasjon og tvunget vern fra OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. Tall for 2013 er her benyttet til å beregne nivået. 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. I tillegg mangler igjen tall for dokumentkontroller fra OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. Tall for 2013 benyttes for å beregne nivået.

2.2.1 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.

2.3 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 2015 registrert 24 slike saker mot 29 saker året før. I ingen av sakene fikk pasienten medhold.

2.4 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 tvungen 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 2015 behandlet kommisjonene 15 slike saker mot 81 saker året før. Institusjonen fikk medhold i 10 av disse sakene (2014: 37 saker) og avslag i 3 (2014: 42 saker).

2.5 Dokumentgjennomgang og kontrollvirksomhet ved vedtak etter phvl. kap 3

2.5.1 Etablering av tvungen observasjon og tvungen 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 tvungen psykisk helsevern.

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

Data om etablering av tvungen observasjon/ tvungen vern har tidligere vært mangelfulle i Norsk pasientregister. I forbindelse med årsmeldingene er det innsamlet informasjon om antall dokumentkontroller for hhv. tvungen observasjon og tvungen vern. Siden dokumentkontrollene skal omfatte samtlige vedtak, kan disse dermed gi oss viktig informasjon om antall tvangsinnleggelses som har funnet sted.

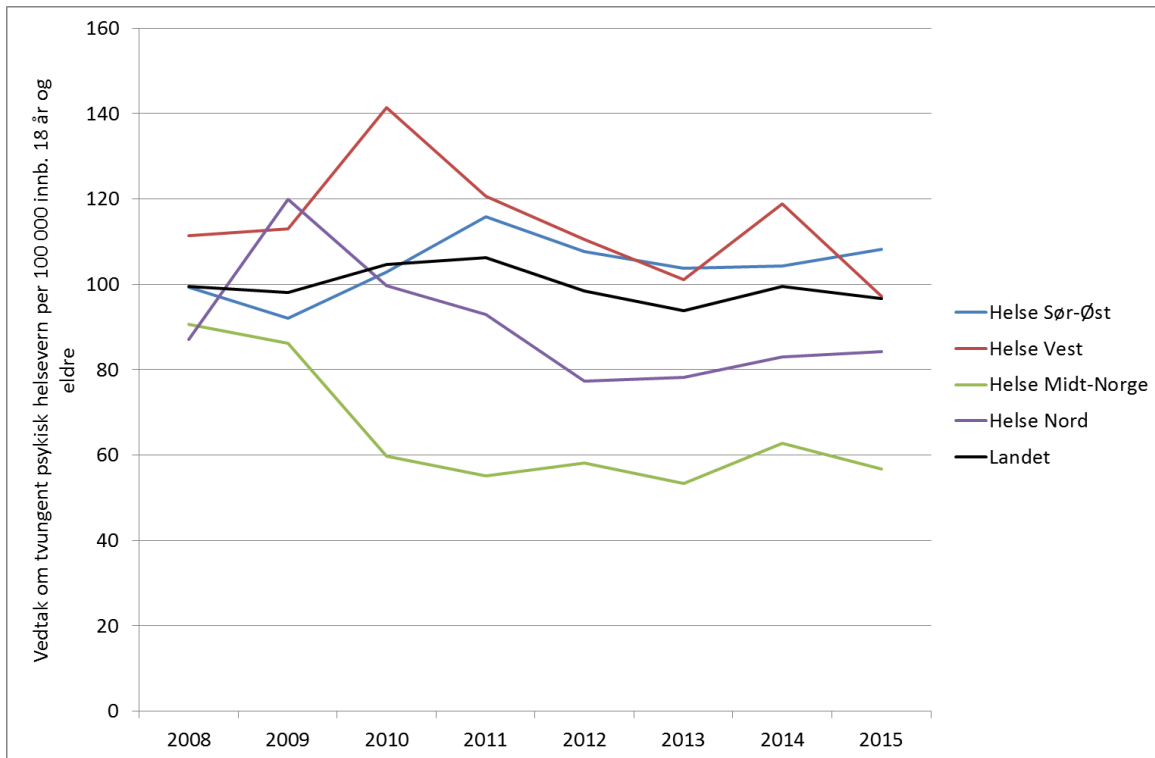
Tabell 2.1 gir tall for omfanget av vedtak om tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern i perioden 2008 til 2015, fordelt på helseregioner. Figur 2.1 og 2.2 gir vedtak i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre for perioden 2008-2015.

Tabell 2.1 Vedtak om tvungen observasjon og om tvungent psykisk helsevern i følge kontrollkomisjonene. Angitt per helseregion for perioden 2008-2015.

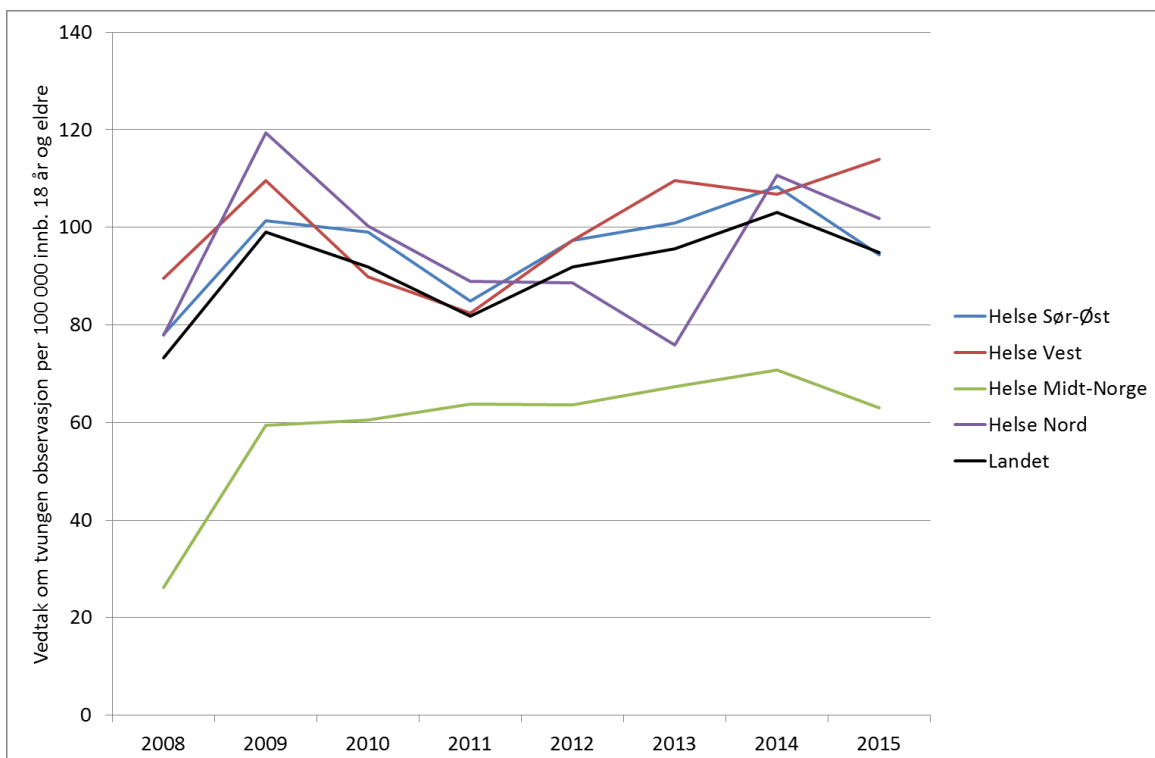
År	Helse Sør-Øst	Helse Vest ²	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet
Tvungent psykisk helsevern					
2008	2 656	1 110	604	404	4 774
2009	1 936	866	447	431	3 680
2010 ¹	2 200	1 104	314	362	3 980
2011	2 518	957	294	341	4 110
2012 ³	2 375	893	315	287	3 870
2013 ⁴	2323	831	292	294	3740
2014 ⁵	2 368	993	348	315	4 024
2015 ⁶	2 490	821	318	322	3 951
Pst endring 2013-2014	5,2	-17,3	-8,6	2,2	-1,8
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	2 149	787	345	329	3 610
2013 ⁴	2 257	901	369	285	3 812
2014 ⁵	2 461	892	393	420	4 166
2015 ⁶	2 169	962	353	389	3 873
Pst endring 2013-2014	-11,9	7,8	-10,2	-7,4	-7,0

- 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.
- 5) Tallene for Helse Sør-Øst er korrigert for 2014 (basert på tall for 2013) for manglende rapportering fra Lovisenberg I, OUS/Ullevål I, Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen. Tallene for Midt-Norge er tilsvarende justert pga. mangelfull rapportering fra Namsos og Sentralt fagteam ved St Olav.
- 6) For 2015 mangler data fra Gudbrandsdalen, Psyk. Klinikkk SSSF Førde, Sykehuset Namsos, Helgeland OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. For Gudbrandsdalen, Namsos, OUS/Ullevål II og Lovisenberg benyttes i stedet tall fra 2013. For Førde og Helgeland benyttes tall fra 2014. For Åhus benyttes tall fra Norsk pasientregister.

Figur 2.1 Vedtak om tvungent psykisk helsevern. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.



Figur 2.2 Vedtak om tvungen observasjon. Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.



I følge kontrollkomisjonenes årsmeldinger var det en nedgang i antall vedtak om tvungent vern, fra 4 024 i 2014 til 3 951 i 2015. Dette gir en nedgang på 1,8 prosent. Det var en svak økning i Helse Sør-Øst, mens det var nedgang i Helse Vest og Helse Midt-Norge. Fra 2014 til 2015 var det samtidig en nedgang i antall vedtak om tvungen observasjon på 7,0 prosent, fra 4 166 til 3 873 vedtak. Av de til sammen 4 024 vedtakene om tvungent vern i 2015, gjaldt 182 vedtak om tvungent vern uten døgnopphold mot 526 saker året før.

Vedtaksraten for tvungent psykisk helsevern har i perioden 2008-2015 holdt seg relativt stabil. Helse Vest har gjennomgående hatt den høyeste raten, men lå i 2015 på 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.

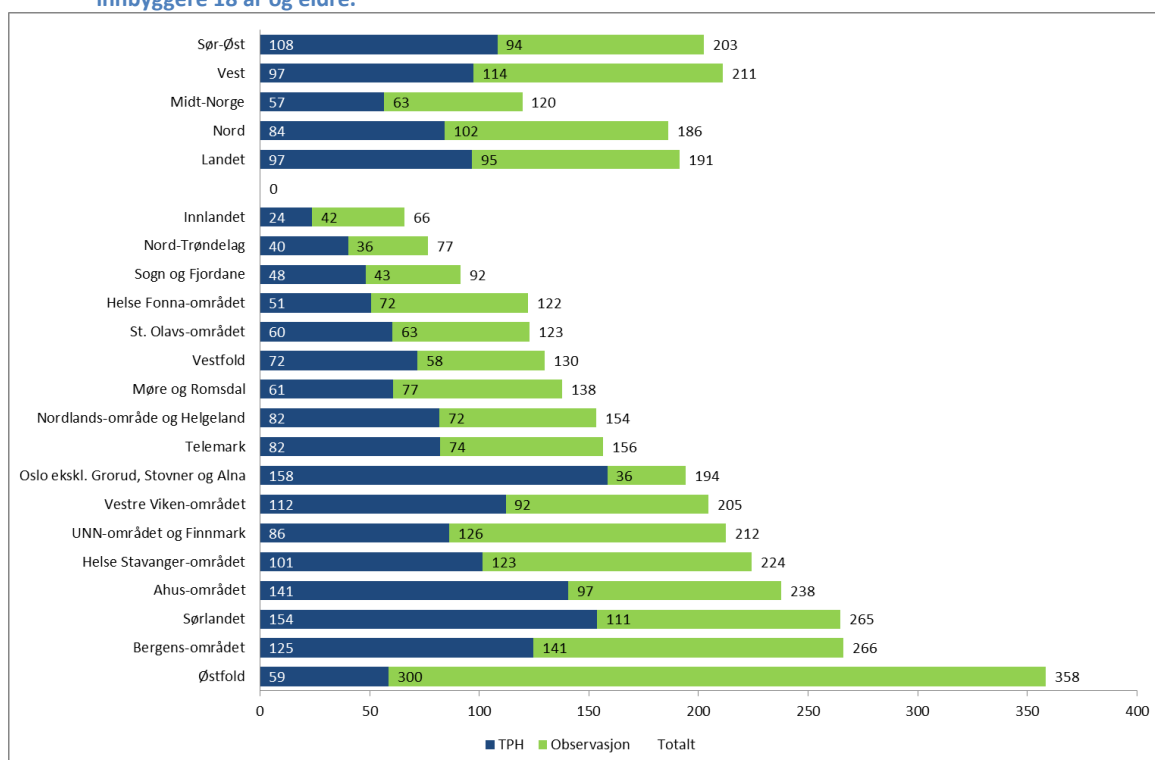
I tabell 2.2 har vi brutt ned tallene for 2015 på ulike distrikter, og beregnet befolkningsbaserte rater i forhold til antall innbyggere 18 år og eldre. I tillegg til rå-ratene, har vi også beregnet ratene i prosent av nivået på landsbasis. Eksempelvis har Innlandet en rate for TPH-vedtak på 24 vedtak per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Raten på landsbasis er 107. Innlandet ligger dermed på 22 prosent av landsgjennomsnittet, eller 10 prosent under dette. Områdeinndelingen er omtalt foran. I figur 2.3 er ratene framstilt grafisk.

Tabell 2.2 Vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i følge kontrollkommisjonene.
Helseforetaksområder 2015.

	Vedtak om tvungent psykisk helsevern			Vedtak om tvungen observasjon		
	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgjennomsnittet	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landsgjennomsnittet
Sør-Øst	2 490	108	112	2 169	94	100
Vest	821	97	101	962	114	120
Midt-Norge	318	57	59	353	63	66
Nord	322	84	87	389	102	107
Landet	3 951	97	100	3 873	95	100
Østfold	134	59	61	683	300	316
Ahus-området	563	141	145	390	97	103
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	704	158	164	159	36	38
Innlandet	72	24	25	128	42	45
Vestre Viken-området	420	112	116	346	92	97
Vestfold	130	72	74	105	58	61
Telemark	113	82	85	102	74	78
Sørlandet	354	154	159	256	111	117
Helse Stavanger-området	278	101	105	336	123	129
Helse Fonna-området	70	51	52	99	72	76
Bergens-området	432	125	129	490	141	149
Sogn og Fjordane	41	48	50	37	43	46
Møre og Romsdal	126	61	63	160	77	81
St. Olavs-området	149	60	63	154	63	66
Nord-Trøndelag	43	40	42	39	36	38
Nordlands-område og Helgeland	139	82	85	122	72	76
UNN-området og Finnmark	183	86	89	267	126	133

- 1) For 2015 mangler data fra Gudbrandsdalen, Psyk. Klinikk SSSF Førde, Sykehuset Namsos, Helgeland OUS/Ullevål II og Lovisenberg I. For Gudbrandsdalen, Namsos, OUS/Ullevål II og Lovisenberg benyttes i stedet tall fra 2013. For Førde og Helgeland benyttes tall fra 2014. For Ahus benyttes tall fra NPR

Figur 2.3 Dokumentkontroller av vedtak om tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon 2015. 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 plus observasjon. Fra totalt 66 vedtak per 100 000 innbyggere 18 år og eldre i Innlandet, til 358 i Østfold. Vi kan ellers merke oss den høye andelen observasjonsvedtak for Østfold.

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

Bare i et fåtall saker ser det ut til at dokumentkontrollen førte til en omgjøring av vedtaket. Av i alt 7 824 kontroller av vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, har vi bare registrert 66 saker der kommisjonen har kommet til at vernet skulle opphøre. Data om utfallet av behandlingen er imidlertid mangelfulle, og dekker bare 3 323 av de 8 391 kontrollene. Selv om vi tar høyde for dette, utgjør omgjøringene bare 2 prosent av sakene.

2.5.2 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.

Kontrollkomisjonene har i løpet av 2015 mottatt 128 redegjørelser for unntak fra konverteringsforbudet, mot 168 redegjørelser året før.

2.5.3 3-måneder kontroll og kontroll etter ett år under tvungent psykisk helsevern.

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkomisjonen, 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 kontrollkomisjonen samtykker i at vernet forlenges. Komisjonen 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 2.3 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 01.10.2014 - 31.9.2015. Oversikten omfatter heller ikke tilfeller der pasienten har klaget. Tallene må derfor sees i sammenheng med klageomfanget (se avsnitt 5.6.1 nedenfor).

Tabell 2.3 Omfang av etterprøving etter tre måneder under tvungent vern. 2009-2015.

År	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	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
Rate per 100 000 innbyggere 18 år og eldre 2014	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 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 01.10.2014-31.9.2015 ble det fattet vedtak om tvungent vern for 888 pasienter som fortsatt var under tvungent vern tre måneder senere (og som ikke hadde klaget på det tvungne vernet), en nedgang på 5 prosent fra året før. Raten er lavere for Helse Sør-Øst enn for de øvrige

regionene. Kontrollkomisjonene omgjør bare unntaksvis vedtaket, på landsbasis i kun 21 saker (2 prosent).

12-måneders kontroll

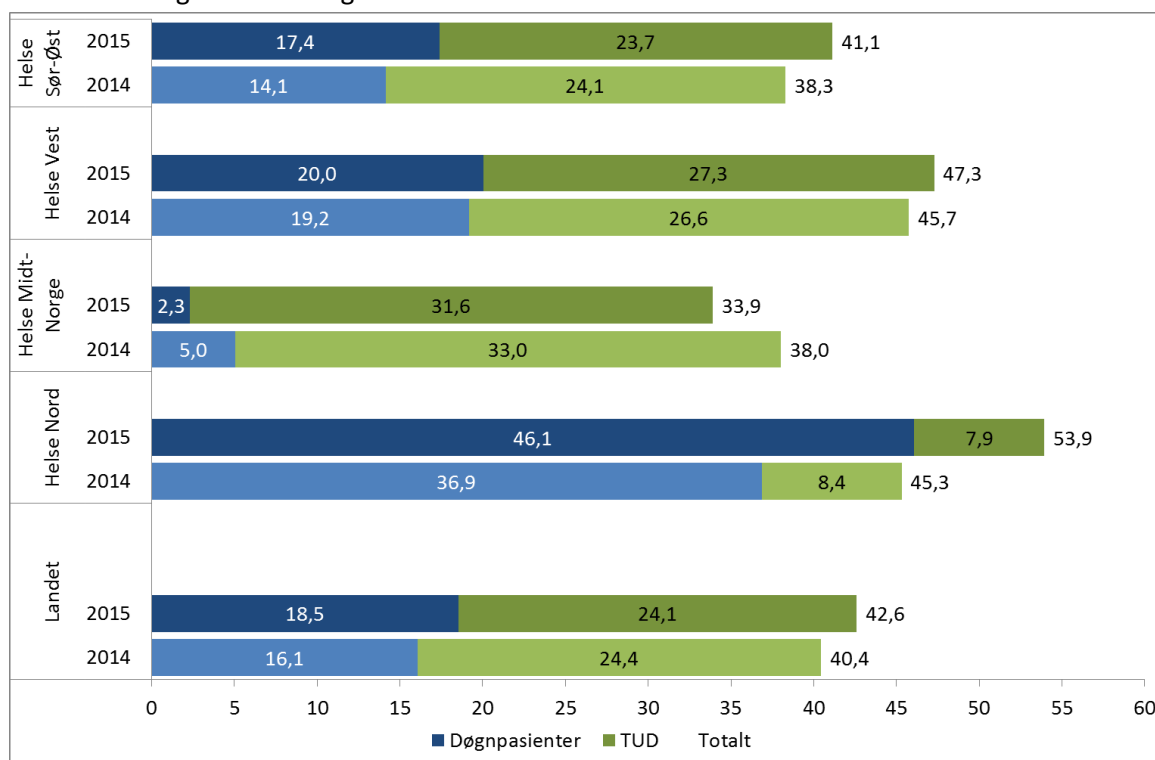
Tabell 2.4 viser kontrollkomisjonenes vedtak i forbindelse med samtykke til å forlenge det tvungne vernet ut over ett år. Slikt vedtak skal fattes årlig. Oversikten omfatter altså alle som i 2015 hadde vært under tvungent vern i ett år eller mer. Figur 2.4 viser de tilsvarende ratene per 100 000 innbyggere 18 år og eldre i 2014 og 2015.

Tabell 2.4 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

- 1) Tallene er for 2011 og 2012 korrigeret 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 korrigeret 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 korrigeret for Unn for 2013, basert på data fra 2012. Tall for Helgeland er for 2015 basert på tall fra 2014.

Figur 2.4 Saker om forlenging av tvungent vern ut over ett år. Rater per 100 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseregioner 2014 og 2015.



I 2015 var det totalt 1 741 personer som hadde vært under kontinuerlig tvungent vern i minst ett år, drøyt 100 eller 7 prosent flere enn året før. Av pasientene var imidlertid 56 prosent på tvungent vern uten døgnopphold på registreringstidspunktet. Ratene gikk ned i Helse Midt Norge og økte i øvrige regioner. Helse Midt-Norge har en langt lavere rate for pasienter under fortsatt døgnbehandling enn de øvrige regionene, men en høyere rate for pasienter uten fortsatt døgnopphold.

Ettårskontrollen fører ikke i særlig grad til at det tvungne vernet opphører. I kun 42 saker (to prosent av kontrollene) ble det tvungne vernet opphevet.

2.6 Kontrollkomisjonenes behandling av klager

2.6.1 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 kontrollkomisjonen. 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

Kontrollkomisjonene behandlet i 2015 i alt 308 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungen observasjon, mot 289 året før. Av klagerne fikk igjen 21 stykker, eller ca. 7 prosent medhold. Holdes saker som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 14 prosent medhold. I 39 prosent av sakene fikk klageren avslag. I 51 prosent av sakene ble klagen trukket, og i 7 saker ble klagen avvist.

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

Tabell 2.5 viser antall klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern for perioden 2008 til 2015. 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 2015 ble det fremmet 2 673 klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent vern, mot 2 511 året før. Dette gir en økning på 6 prosent. Samtidig har antall vedtak om tvungent vern gått noe ned. Klageprosenten har dermed økt 62 til 68 prosent. Økningen i antall klager har kommet i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. I Helse Vest er det en nedgang, mens tallet for Helse Midt-Norge er stabilt.

Tabell 2.5 Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern. Helseregioner 2008-2015.

	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 ⁵	1 773	504	212	184	2 673
Pst endring 2014-2015	10,5	-8,7	-0,5	30,5	6,5
Vedtak om TPH totalt					
2008	2 656	1 110	604	404	4 774
2009	1 936	866	447	431	3 680
2010	2 200	1 104	314	362	3 980
2011	2 518	957	294	341	4 110
2012 ¹	2 375	893	315	287	3 870
2013 ²	2 323	831	292	294	3 740
2014 ⁴	2 368	993	348	315	4 024
2015 ⁶	2 490	821	318	322	3 951
Pst endring 2014-2015	5,2	-17,3	-8,6	2,2	-1,8
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	68	56	61	45	62
2015	71	61	67	57	68

- 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 for Helse Sør-Øst er korrigert for 2014 (basert på tall for 2013) for manglende rapportering fra Lovisenberg I, OUS/Ullevål I, Vest-Hedmark og Gudbrandsdalen. Tallene for Midt-Norge er tilsvarende justert pga. mangelfull rapportering fra Namsos og Sentralt fagteam ved St Olav.
- 5) 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. Tall for Ahus er hentet fra NPR.
- 6) Tallene er korrigert for manglende rapportering fra Gudbrandsdalen, Namsos, Ullevål II og Lovisenberg I basert på tall for 2013, og for Førde og Helgeland basert på tall for 2014.

I tabell 2.6 har vi brutt ned tallene for 2015 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

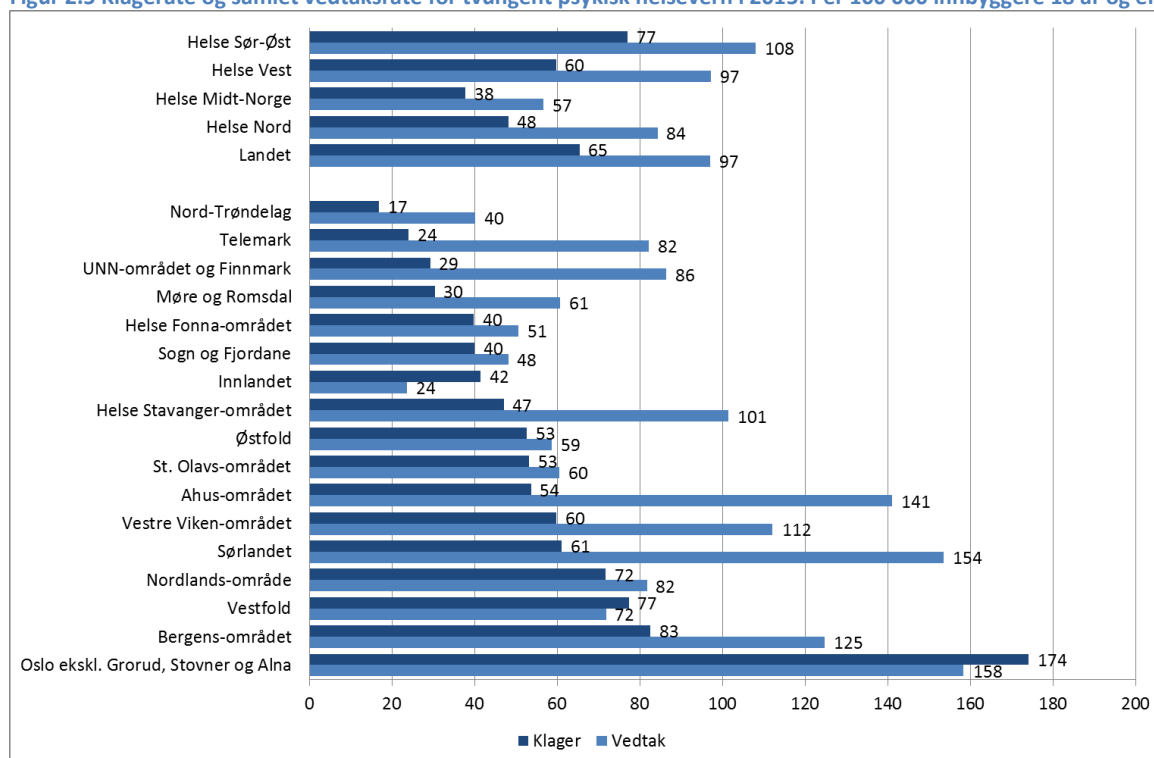
en klagerate på vedtak om TPH på 53 per 100 000 innbyggere. Klageraten på landsbasis er 65. Østfold ligger dermed på 80 prosent av landsgjennomsnittet, eller 20 prosent under dette gjennomsnittet. Figur 2.5 framstiller klagerate og samlet vedtaksrate grafisk.

Tabell 2.6 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 ¹			Vedtak om TPH ²		
	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landet	Antall	Per 100 000 innb. 18 år og eldre	Rate i prosent av landet
Helse Sør-Øst	1 773	77	118	2 490	108	112
Helse Vest	504	60	91	821	97	101
Helse Midt-Norge	212	38	58	318	57	59
Helse Nord	184	48	74	322	84	87
Landet	2 673	65	100	3 951	97	100
Østfold	120	53	80	134	59	61
Ahus-området	215	54	82	563	141	145
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	774	174	266	704	158	164
Innlandet	126	42	63	72	24	25
Vestre Viken-området	224	60	91	420	112	116
Vestfold	140	77	118	130	72	74
Telemark	33	24	37	113	82	85
Sørlandet	141	61	94	354	154	159
Helse Stavanger-området	129	47	72	278	101	105
Helse Fonna-området	55	40	61	70	51	52
Bergens-området	286	83	126	432	125	129
Sogn og Fjordane	34	40	61	41	48	50
Møre og Romsdal	63	30	46	126	61	63
St. Olavs-området	131	53	81	149	60	63
Nord-Trøndelag	18	17	26	43	40	42
Nordlands-område	122	72	110	139	82	85
UNN-området og Finnmark	62	29	45	183	86	89

- 1) Tallene er korrigeret for manglende rapportering fra Gudbrandsdalen og Namsos basert på tall for 2013, og for Førde og Helgeland basert på tall for 2014. For Ahus benyttes tall fra NPR
- 2) Tallene er korrigeret for manglende rapportering fra Gudbrandsdalen, Namsos, Ullevål II og Lovisenberg I basert på tall for 2013, og for Førde og Helgeland basert på tall for 2014. Fra Ahus benyttes tall fra NPR.

Figur 2.5 Klagerate og samlet vedtaksrate for tvungent psykisk helsevern i 2015. Per 100 000 innbyggere 18 år og eldre.



Det er betydelige forskjeller i klageratene, fra 17 klager per 100 000 innbyggere i Nord Trøndelag til 158 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 2.7 viser utfallet av klagebehandlingen i perioden 2008-2015. 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 2015 fikk 6 prosent av klagerne medhold, ett prosentpoeng mere enn året før. Holdes klager som ble trukket eller avvist utenfor, fikk 11 prosent medhold. Andel klager som fikk avslag eller ble avvist økte fra 53 til 54 prosent, mens andel av klagene som ble trukket gikk ned fra 42 til 40 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 2.7 Utfall av kontrollkomisjonenes behandling av klager over vedtak om tvungent psykisk helsevern i perioden 2008-2015.

	Prosentvis fordeling			Klager totalt	Prosentueringsbasis
	Medhold	Avslag/avvisning	Klagen trukket		
Helse Sør-Øst					
2008	9	51	39	1 105	1 140
2009	5	52	43	1 172	1 160
2010	5	47	48	1 107	1 115
2011	6	42	52	1 379	1 305
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
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
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
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
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

- 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 klagen 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 utskrivning fra tvungent vern. Om de trukne sakene regnes med, fikk i 2015 94 prosent av klagerne, direkte eller indirekte, avslag på klagen. Om de trukne sakene holdes utenfor, fikk klager medhold i 11 prosent av sakene.

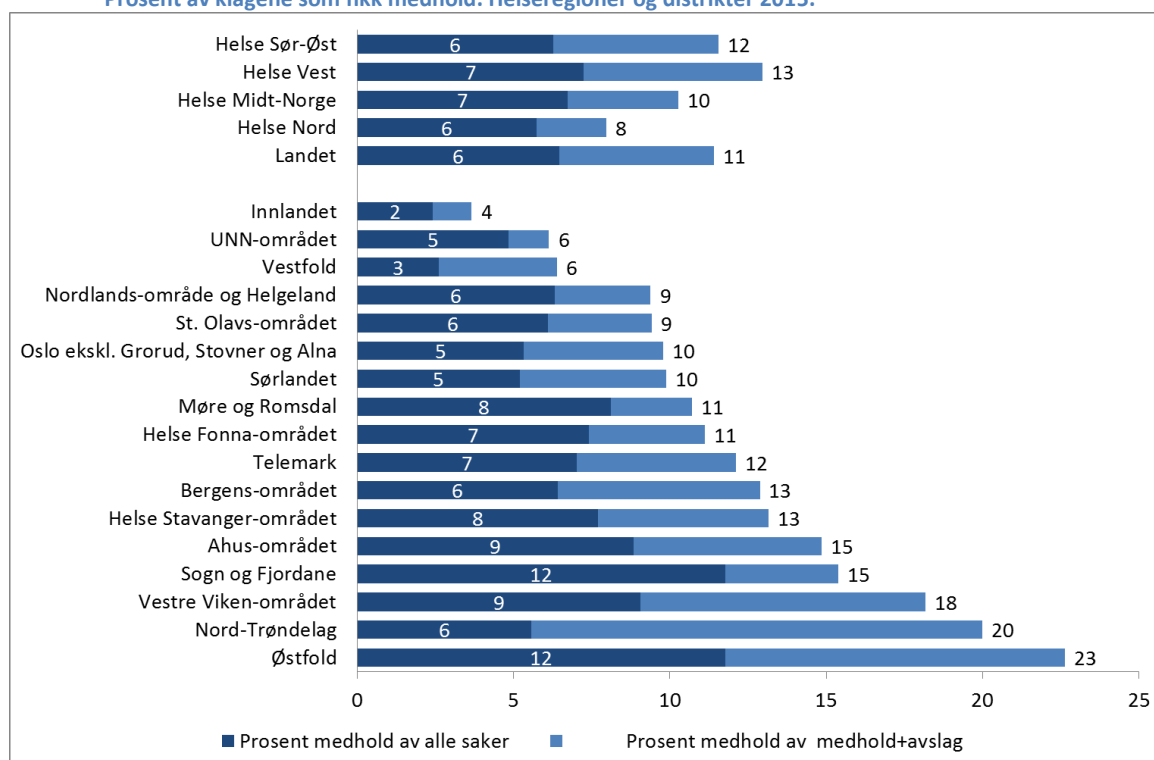
I tabell 2.8 har vi brutt ned tallene for 2015 på distrikter og helseregioner. Andel klager som fikk medhold er fremstilt grafisk i figur 5.4. Medholdsprosenten er beregnet inklusive (mørke blå søyler) og eksklusive klager som ble avvist eller trukket (mørkeblå pluss lyseblå søyle) ut fra samtlige klager (inklusive saker som senere har blitt trukket). I figuren er distriktene sortert etter stigende andel medhold.

Tabell 2.8 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Prosentvis fordeling av utfallet. Helseregioner og distrikter 2015.

	Prosentvis fordeling				Klager totalt	Prosentueringsbasis	Klager per 100 000 innb. 18 år og eldre	Klager som får medhold per 100 000 innb. 18 år og eldre
	Medhold	Avslag	Avvist	Trukket				
Sør-Øst ¹	6	48	4	42	1 773	1739	77	5
Vest ¹	7	49	4	40	504	483	60	4
Midt-Norge ¹	7	59	0	34	212	223	38	3
Nord ¹	6	66	3	25	184	157	48	2
Totalt ¹	6	50	4	40	2 673	2602	65	4
Østfold	12	40	15	33	120	102	53	5
Ahus-området	9	51	0	40	215	215	54	5
Oslo ekskl. Grorud, Stovner og Alna	5	49	5	41	774	751	174	9
Hedmark og Oppland ¹	2	64	2	31	126	124	42	1
Vestre Viken-området	9	41	4	47	224	221	60	5
Vestfold	3	38	3	57	140	115	77	2
Telemark	7	51	0	42	33	57	24	3
Sørlandet	5	47	6	41	141	154	61	3
Helse Stavanger-området	8	51	0	42	129	130	47	4
Helse Fonna-området	7	59	0	33	55	54	40	3
Bergens-området	6	43	7	43	286	265	83	5
Sogn og Fjordane ¹	12	65	0	24	34	34	40	5
Møre og Romsdal	8	68	0	24	63	74	30	3
St. Olavs-området	6	59	1	34	131	131	53	3
Nord-Trøndelag ¹	6	22	0	72	18	18	17	1
Nordlands-område og Helgeland ¹	6	61	4	28	122	95	72	4
UNN-området og Finnmark	5	74	2	19	62	62	29	1

1) Tallene er justert for manglende rapportering for Gudbrandsdalen og Namsos, basert på oppgaver for 2013, og for Helgeland og Førde ut fra 2014-tall.

Figur 2.4 Utfall av klagebehandling. Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. Prosent av klagen som fikk medhold. Helseregioner og distrikter 2015.



Det er betydelige forskjeller mellom områdene i omgjøringsprosenten, fra 2 og 4 prosent i Innlandet til 12 og 23 prosent i Østfold, 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».

2.6.2 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 2015 fremmet 14 klager på vedtak om ikke å etablere tvungent observasjon/tvungent vern. 12 av disse var fra nærmeste pårørende og 2 fra pasienten. 2 klager fikk medhold, 6 fikk avslag, 1 ble avvist og 5 ble trukket.

Det ble samme år fremmet 38 klager på vedtak om opphør av tvungen observasjon, 32 fra nærmeste pårørende og 6 fra pasienten. 4 klager fikk medhold, 17 klager ble avslått, 2 ble avvist og 13 ble trukket.

2.6.3 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 5.9 viser antall registrerte klagesaker på bruk av skjerming og tvangsmidler i perioden 2008-2015. I tabellen har vi for 2015 også angitt antall kommisjoner som har rapportert en eller flere klagesaker.

Tabell 2.9 Registrerte klagesaker på bruk av skjerming og tvangsmidler i perioden 2008-2014, samt for 2015 antall kommisjoner som har rapportert en eller flere klager.

Vedtaksstypen	Antall klager								Antall kommisjoner 2015
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Skjerming	280	197	94	119	93	165	185	166	31
Mekaniske tvangsmidler	63	448	40	37	44	59	55	71	24
Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolering)	1	182	4	0	1	1	0	0	0
Korttidsvirkende legemidler	43	63	4	4	6	5	11	8	5
Kortvarig fastholding	13	87	3	13	22	9	21	10	5

For bruk av skjerming var det over perioden 2008-2010 en påfallende nedgang i antall klager. Fra 2012 til 2014 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 2.10 viser utfallet av kontrollkommisjonenes behandling av saken. Sum registrerte utfall avviker noe fra sum klager totalt. Årsaken til dette er ikke kjent.

Tabell 2.10 Utfallet av klagebehandlingen på bruk av skjerming og tvangsmidler. Antall 2015.

	Klager	medhold	avslag	avvist	trukket	Sum utfall
Skjerming	166	11	85	2	70	168
Mekaniske tvangsmidler	71	10	42	3	24	79
Korttidsvirkende legemidler	8	0	6	0	1	7
Kortvarig fastholding	10	2	5	0	2	9

Av 166 klager på vedtak om skjerming fikk 11, eller 7 prosent medhold. Holdes avviste og trukne klager utenfor blir andelen 11 prosent. Av 71 klager på vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler fikk 10, eller 13 prosent medhold. Holdes avviste og trukne saker utenfor er andelen 19 prosent. Av de 8 klagen på bruk av korttidsvirkende legemidler fikk ingen medhold. Av de 10 klagen på kortvarig fastholding fikk 2 medhold.

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

Etter phvl. §4-10 kan den faglig ansvarlige kan 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 2015 fremmet i alt 183 slike klager, 170 fra pasientene og 13 fra pårørende. 30 klager fikk medhold, 98 fikk avslag, 6 ble avvist, mens 44 ble trukket.

2.6.5 Klager på andre kapittel 4-vedtak.

Det er for 2015 registrert 144 klager på vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen (phvl. § 4-5 annet ledd). I 19 saker fikk klagerne medhold, i 78 saker ble klagen avslått, mens i 45 saker ble klagen trukket.

Det ble i tillegg registrert 19 klager etter phvl. §4-5 fjerde ledd (åpning av post ved mistanke om rusmidler). 3 av klagen fikk medhold, 14 klager ble avslått, mens 2 klager ble trukket.

Det ble samme år fremmet 13 klager på vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (phvl. § 4-6). I 10 saker ble klagen avslått, mens i 3 saker ble klagen trukket.

Det ble også fremmet 7 klager på vedtak om beslag (phvl. § 4-7). I 6 saker fikk klager avslag, mens en klage ble trukket. Det er ikke registrert klager på vedtak om urinprøve (phvl. § 4-7a, annet ledd).

2.7 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 2.11 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 2.7 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.

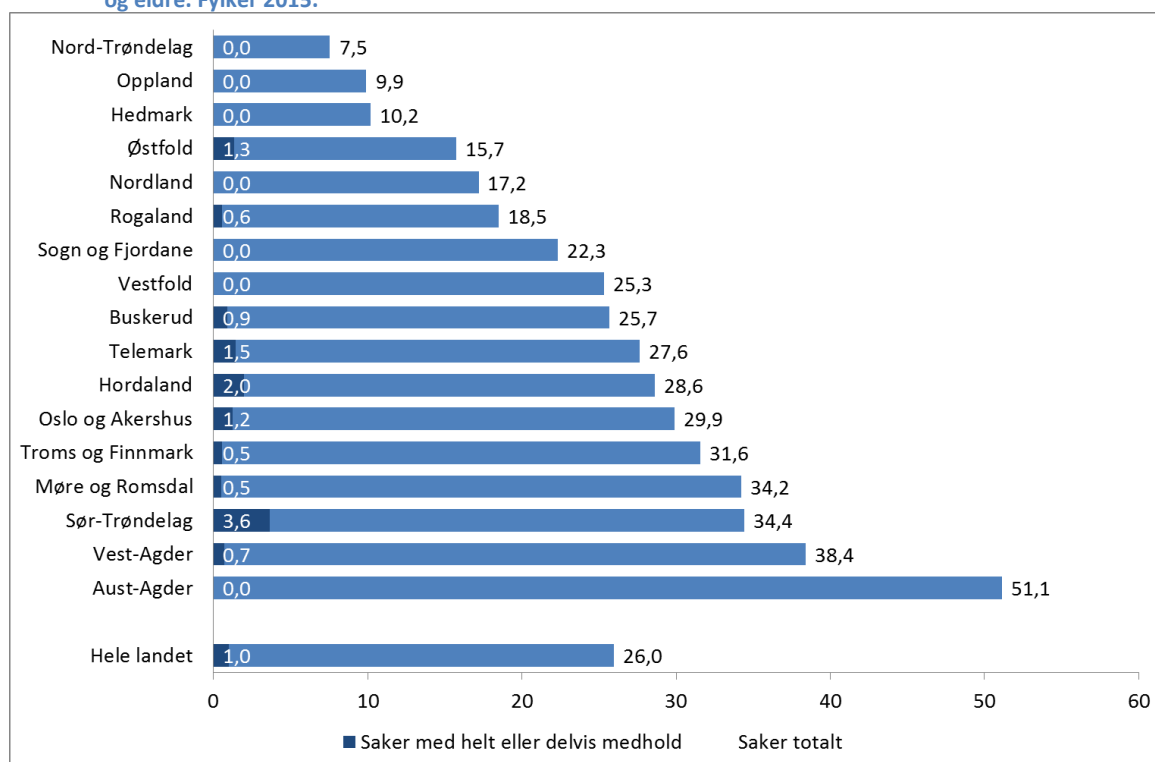
Figur 2.8 viser andel av klagene der klageren fikk helt eller delvis medhold. Vi har også satt inn andel vedtak som ble opphevet pga. saksbehandlingsfeil eller lignende.

Tabell 2.11 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. 2015.

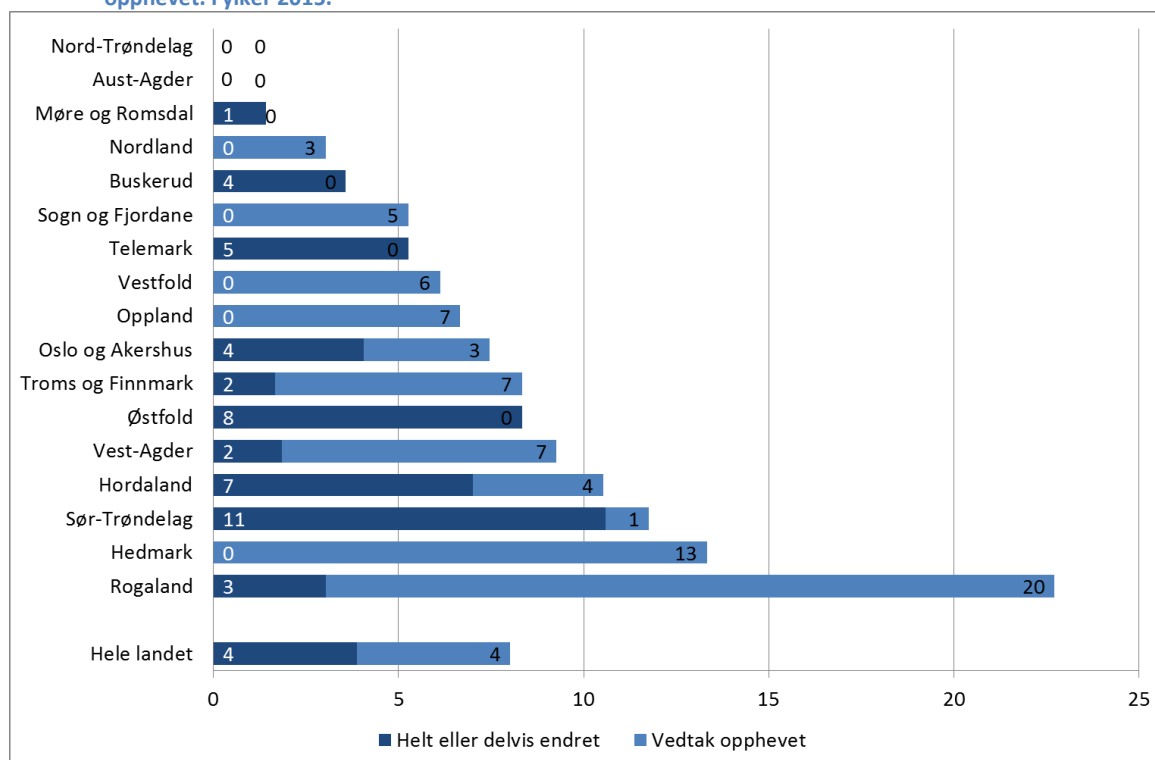
Fylke	Utfall i prosent av antall vedtak				Antall vedtak	Antall saker	Rater per 100 000 innb. 18 år og eldre	
	Stadfestet	Helt eller delvis endret	Vedtak opphevet	Totalt			Saker totalt	Saker med helt eller delvis medhold
Østfold	92	8	0	100	36	36	15,7	1,3
Oslo og Akershus	93	4	3	100	307	294	29,9	1,2
Hedmark	87	0	13	100	16	16	10,2	0,0
Oppland	93	0	7	100	15	15	9,9	0,0
Buskerud	96	4	0	100	57	56	25,7	0,9
Vestfold	94	0	6	100	49	49	25,3	0,0
Telemark	95	5	0	100	38	38	27,6	1,5
Aust-Agder	100	0	0	100	46	46	51,1	0,0
Vest-Agder	91	2	7	100	54	54	38,4	0,7
Rogaland	77	3	20	100	66	66	18,5	0,6
Hordaland	89	7	4	100	115	115	28,6	2,0
Sogn og Fjordane	95	0	5	100	19	19	22,3	0,0
Møre og Romsdal	99	1	0	100	71	71	34,2	0,5
Sør-Trøndelag	88	11	1	100	85	85	34,4	3,6
Nord-Trøndelag	100	0	0	100	8	8	7,5	0,0
Nordland	97	0	3	100	33	33	17,2	0,0
Troms	92	2	7	100	61	60	31,6	0,5
Hele landet	92	4	4	100	1 076	1 061	26,0	1,0

Kilde: Helsetilsynet

Figur 2.7 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 2015.



Figur 2.8 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 2015.



Fylkesmennene behandlet i 2015 totalt 1 061 klager på tvangsbehandling, om lag det samme antall som året før (1 058 klager). I disse sakene ble det fattet totalt 1 076 vedtak. Av disse gjaldt 1 049 saker tvangsmedisinering, 25 saker tvangsernæring og 2 saker annen tvangsbehandling. Antall vedtak vedrørende tvangsmedisinering holdt seg stabil i perioden 2009-2012 (fra 821 til 848 saker per år), men har altså økt fra 2013 og fremover.

Det er store forskjeller i klageraten mellom fylkene, fra 7,5 klager per 100 000 voksne innbyggere i Nord-Trøndelag til 51,1 i Aust-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 2015 hadde også gjennomgående en høy klagerate i 2014 (korrelasjonskoeffisienten= 0,93). 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 41 vedtak (4 prosent av vedtakene) pga. saksbehandlingsfeil. I 41 saker (4 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, Vestfold, Aust-Agder, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Nordland, til 11 prosent av klagen i Sør-Trøndelag, 8 prosent i Østfold og 7 prosent i Hordaland. Pga. lav prosentueringsbasis i flere fylker, vil imidlertid dette kunne skyldes tilfeldige variasjoner fra år til år. På fylkesnivå er det likevel en høy korrelasjon mellom andel vedtak som ble helt eller delvis endret i 2014 og i 2015 ($r=-0,89$).

3 Kontrollkommisjonens velferdskontroll i 2015

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. Kontrollkommisjonene er bedt om å kommentere siste års velferdskontroll i årsrapporten til Helsedirektoratet. I dette kapittelet oppsummeres kommentarene som er avgitt for 2015.

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.

Enkelte problemstillinger reises av flere kontrollkommisjoner. Det gjelder blant annet spørsmål om bruk av tiltak etter psykisk helsevernlovens kapittel 4, fysisk forhold ved institusjonene, husordensregler og aktivitetstilbud. Som i foregående år er det dessuten knyttet merknader til overføring av pasienter, saksbehandling ved institusjonene og relasjonene mellom pasienter og personal.

Finner kontrollkommisjonen forhold den vil påpeke, skal den ta saken opp med institusjonene eller med fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 6-1 andre ledd tredje punktum. 11 kommisjoner rapporterer at de har tatt opp konkrete saker med fylkesmannen i 2015. Hvilke forhold dette gjelder, fremkommer under de ulike tema som er behandlet i nedenfor.

3.2. Problemstillinger/merknader

Tiltak etter psykisk helsevernloven kapittel 4

Kontrollkommisjonen Østfold I rapporterte bekymring til fylkesmannen over omfattende bruk mekaniske tvangsmidler (belter) overfor enkelte pasienter. I et klagevedtak ga kommisjonen institusjonen kritikk for bruken av belter. Praksis på institusjonen er innskjerpet etter dette. Også Kontrollkommisjonen Nedre Buskerud har rapportert bekymring over beltelegging til fylkesmannen og Kontrollkommisjonen St Olavs hospital, Østmarka, melder at de har tatt opp enkelte saker om tvang og medisinerings med institusjonen.

Kontrollkommisjonen OUS 3 rapporterer at den har hatt anmerkninger til flere vedtak etter phvl. kapittel 4 i 2015. Dels pga. ulovhjemlet tvang, dels fordi tvangsvedtakene ikke har vært i overenstemmelse med psykisk helsevernloven og dels fordi tvang har blitt iverksatt uten at kontrollkommisjonene har fått seg forelagt tvangsvedtak eller ikke er ført i tvangsprotokoll. Kommisjonen har også hatt merknader til manglende vurderinger av løpende tvangsmiddelvedtak.

Fysiske forhold ved institusjonen

Kontrollkommisjonen Østfold I opplyser har besøkt nye sykehusbygg på Kalnes, og melder at pasientene opplevde oppholdsrommene som trange, noe som førte til at flere trakk seg tilbake i

ensomhet på eget rom. Pasientene opplevde også institusjonen som sterilt og uten dekor, derimot var det tilfredshet med at det nå er egne bad på rommene.

Kontrollkommisjonen OUS 5 (tidligere Barn og unge 2) har tatt opp med institusjonen at vinduene på pasientenes rom på avdelingens sengeposter ikke var mulig å åpne for lufting, noe som forsterket pasientenes opplevelse av å være innesperret. Kontrollkommisjonen har bedt institusjonen finne løsninger som gjør det mulig å åpne vinduer uten at det går ut over sikkerheten.

Kontrollkommisjonen Telemark opplyser om mangelfulle fasiliteter ved enkelte avdelinger, og følger løpende opp dette.

Overføring av pasienter/andre institusjoner

Kontrollkommisjonen OUS 3 rapporterer at bruk av plassene på regional sikkerhetsavdeling (RSA) som langtidsplasser er en tilbakevendende problemstilling. Bakgrunnen at mottakende institusjoner på lavere sikkerhetsnivå vegrer seg for å ta imot pasienter som har hatt opphold ved RSA.

Kommisjonen har flere ganger påpekt overfor institusjonen at enkelte pasienter må karakteriseres som langtidspasienter uten at langtidsplasser formelt er opprettet.

Kontrollkommisjonen Haukeland sykehus opplever som et tilbakevendende problem at pasienter som er ferdigbehandlet på spesialistnivå, i lang tid står uten alternativt botilbud i kommunene. Kommisjonen har hatt og vil ha fortsatt fokus på dette.

Kontrollkommisjonen OUS 3 har over tid tatt opp at pasienter med psykoseproblematikk skal ivaretas i sykehus og ikke fengsel. Kontrollkommisjonene mener det er vanskelig å få innsatte innlagt i psykisk helsevern, samtidig som innleggelsen er av (for) kort varighet.

Kontrollkommisjonen OUS 5 (tidligere Barn og unge 2) har videre tatt opp bekymring vedr. en konkret pasient som etter fylte 18 år i 2015 ikke har fått et videre døgntilbud i psykiatrien tross alvorlig selvskading og fare for eget liv og helse. Kommisjonen ba fylkesmannen vurdere å åpne tilsynssak.

Kontrollkommisjonen Østfold III melder at det er uklart for institusjonene hvem som skal samtykke til innleggelse av barn under 18 år, dersom barnet ved innleggelsen er plassert i institusjon under barnevernet.

Kontrollkommisjonen Diakonhjemmet sykehus bemerker at det ofte klages over vedtak om overføring fra Vindern til Vor Frue/Oslo hospital med begrunnelser knyttet til trivsel, miljø (rus), personal og tvangsbruk.

Kontrollkommisjonen Sykehuset Innlandet HF, avd. Reinsvoll, har rapportert til fylkesmannen at økonomiske hensyn er blitt benyttet som eneste begrunnelse ved overføringer etter phvl. § 4-10.

Saksbehandling

Kontrollkommisjonen Telemark melder at gjennomgangstema er informasjon om KK og dens arbeid, herunder klagemuligheter. Informasjon til/ivaretagelse av pårørende, tilbud og arbeid med individuell plan.

Kontrollkommissjonen Haukeland sykehus har hatt fokus på pasientgruppen 12-16 år, og da særlig på om deres rettigheter etter loven blir ivaretatt, herunder informasjon om rettigheter og klageadgang til kontrollkommissjonen.

Kontrollkommissjonen Sørlandet sykehus, avd 2, registrerer mange «holdeepisoder» ved ungdomsklinikken og få klager, en har tatt opp med institusjonen om ungdom og foresatte blir tilstrekkelig informert om klageadgang osv.

Aktivitetstilbud

Kontrollkommissjonen Østfold I rapporterer om svært begrenset aktivitetstilbud og turmuligheter i helgene pga. bemanningssituasjonen, så vel som begrenset treningstilbud generelt fordi treningsrom ligger så langt unna avdelingen at det ikke er kapasitet til å følge pasientene. Også Kontrollkommissjonen Telemark melder om mangelfulle aktivitetstilbud.

Kontrollkommissjonen Haukeland sykehus har hatt fokus på innemiljø, aktivitetstilbud, herunder forsøk på å registrere avvik fra oppsatt aktivitetsplan. Dette følges opp videre.

Kontrollkommissjonen Sørlandet sykehus, avd 2, melder at pasientene har etterlyst innendørs aktivitetstilbud, men opplyser om muligheter for trening/turer i skog og mark og ukentlig matlagingskurs.

Husordensregler/restriksjoner uten vedtak/rutiner

Kontrollkommissjonen Haukeland sykehus etterlyser utkast til standardiserte husordensregler fra sentralt hold.

Kontrollkommissjonen OUS 3 har over tid vært kritiske til at restriksjoner i forbindelse med telefonering, mottakelse av post og tilgang til sigaretter av helsehensyn kan reguleres i husordensregler. Husordensreglementet er endret etter at dette er tatt opp med institusjonen. Spørsmål om husordensreglementet kan fastsette at pasienter kan nektes å se filmer med høyere aldersgrense enn 15 år, ble tatt opp med Helsedirektoratet. Det resulterte i en fortolkning om at institusjonen kun kan ha generelle regler om aldersgrenser for filmvisning i fellesarealene, ikke på rommet.

Kontrollkommissjonen Nordhordland, Midhordland og Sotra har reagert på utsagn som at det «ikke er lov» å diskutere politikk og religion i posten. Institusjonene må finne løsninger som både ivaretar behandlingsbehov og sikrer pasientenes ytringsfrihet.

Kontrollkommissjonen Nordland psykiatriske sykehus melder at spørsmål fra pasientene typisk dreier seg om utgang, fasiliteter og husordensreglement. Spørsmål tas løpende opp med institusjonen.

Pasienters klage på behandling og ansatte i det psykiske helsevernet

Kontrollkommissjonen Sogn og Fjordane melder om at tilbakevendende tema ved ruspostene er at pasientene ønsker lengre opphold enn institusjonen mener de har behov for.

Kontrollkommissjonen Telemark melder om mangelfulle tilbud hva gjelder ikke-medikamentell behandling.

Kontrollkommissjonen OUS 5 (tidligere Barn og unge 2) har meldt bekymring til fylkesmannen over manglende døgnkapasitet på sengepost OUS/UPA, som har hatt opp mot 200 prosent belegg.

Kontrollkommisjonen har tatt opp hvilke konsekvenser dette har for skjermingsmulighetene ved avdelingen, noe som er et vilkår for avdelingens godkjenning som institusjon for tvungent psykisk helsevern og om dette går ut over kravet til forsvarlige tjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Kontrollkommisjonen Nedre Buskerud har tatt opp en rekke saker med fylkesmannen, herunder bistått pasient med klage etter pasient- og brukerrettighetsloven, klage på innleggende lege og mangelfulle saksbehandlingsrutiner hos kommunelegen ved begjæring om tvungen legeundersøkelse.

Annet

Kontrollkommisjonen OUS 5 (tidligere Barn og unge 2) har bemerket overfor institusjonen at det ikke har et fungerende brukerråd.

Kontrollkommisjonen OUS 5 (tidligere Barn og unge 2) problematiserer bruk av uregulert tvang overfor pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser under 16 år og bruk av tvang ved «arenafleksibel» behandlingstilbud utenfor døgninstitusjon.

Kontrollkommisjonen Sunnhordaland, Hardanger og Voss er opptatt av at en bør synliggjøre skjult tvang ved institusjoner som ikke har hjemmel for tvang.

Kontrollkommisjonene for psykisk helsevern Telemark og Akershus område II har begge tatt opp at arbeidet med individuell plan for pasienten ikke prioriteres.

Kontrollkommisjonen Sykehuset Innlandet HF, avd. Reinsvoll, har informert fylkesmannen om pasientrapporter om opplevelser ved bruk av væpnet politi ved innleggelser.

Flere kontrollkommisjoner rapporterer om bistand til institusjonene til fortolkning av psykisk helsevernloven, for faglig påfyll og drøfting av rutiner.

Kontrollkommisjonen Østfold III avholder informasjonsmøter med pasienter ved DPS; tema som tas opp er ofte knyttet til behandling og medisiner, oppholdets lengde, samt konkrete velferdssaker som kontrollkommisjonen deretter tar opp med ledelsen.

4 Domstolsprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern

I 2015 ble det tatt ut 225 søksmål i sak om tvungent psykisk helsevern.

To av sakene ble avvist. 65 (29 %) av sakene ble hevet fordi pasienten trakk søksmålet. 70 (31 %) av sakene ble hevet fordi det tvungne vernet opphørte før domstolsbehandling. Det ble avsagt dom i 88 av sakene, hvorav 10 (11 %) med slutning opphør av tvungent vern og 78 (89 %) med slutning at begjæringen om opphør ikke ble tatt til følge. For en oversikt over endelig utfall av søksmålene, se figur 4.3.

35 (40 %) av 88 dommer fra tingretten ble anket til lagmannsretten. 9 (45 %) av 20 dommer fra lagmannsretten ble anket til Høyesterett. Én sak ble tatt til behandling av Høyesterett.

Ved hovedforhandlingen for endelig dom var 50 % av pasientene under tvungent vern uten døgnopphold. Ved domsavsigelse for endelig dom hadde pasientene gjennomsnittlig vært under tvungent vern i 1,6 år (median ni måneder). Gjennomsnittsalderen til pasientene var 44 år. Det tok gjennomsnittlig 2,7 måneder fra stevning til domsavsigelse i tingretten, og 7,9 måneder til domsavsigelse i lagmannsretten.

Av de 10 (11 %) som fikk medhold i sitt krav om opphør av tvungent vern, fant retten i fire av sakene at behandlingsvilkåret ikke var oppfylt og i seks av sakene opphørte vernet etter en helhetsvurdering.

4.1 Innledning

Psykisk helsevernloven (phvl.) gir adgang til inngrep i menneskers selvbestemmelsesrett. Det åpnes bl.a. for tilbakeholdelse i institusjon og behandling uten eget samtykke. Slike inngripende tiltak krever klar lovhemmel og overprøvingsordninger som ivaretar pasientens rettsikkerhet og hindrer unødig tvangsbruk.

Pasienter i det psykiske helsevernet kan påklage vedtak om tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen.³ Dersom pasienten ikke får medhold i sin klage der, kan vedkommende bringe saken inn for domstolen.⁴ Ved rettslig overprøving av kontrollkommisjonens vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, er det Helse- og omsorgsdepartementet som er saksøkt. Helse- og omsorgsdepartementet har delegert til Helsedirektoratet å opptre som stedfortreder i disse sakene.⁵ Det betyr at stevninger kan forkynnes for direktoratet, og at direktoratet forbereder rettssakene i samarbeid med Regjeringsadvokaten.

Regjeringsadvokaten har prosessoppdraget i alle disse rettssakene. Fra 2009 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Regjeringsadvokaten fullmakt til, etter en konkret vurdering av den enkelte sak, å overlate til Helsedirektoratet å føre saken som egenprosedyre i tingretten, og eventuelt i lagmannsretten. Regjeringsadvokaten kan på ethvert tidspunkt ta tilbake prosessoppdraget, og Regjeringsadvokaten fører selv alle saker for Høyesterett. Det er avtalt at direktoratet kan ha egenprosedyre i inntil 100 saker pr år.

³ Jf. phvl. §§ 3-3 tredje ledd og § 3-7 fjerde ledd

⁴ Jf. phvl. § 7-1 og tvisteloven kap. 36

⁵ Delegasjon av 10.10.2013 nr. 1254, jf. phvl. § 7-1 og tvl. 2-5 (2)

Direktoratets jurister får gjennom forberedelse og prosedyre i disse sakene god kjennskap til bruken av tvungent psykisk helsevern i hele landet. Dette kommer til nytte i direktoratets øvrige arbeid, særlig ved lovfortolkning, innspill til regelverksutvikling og faglig oppfølging av kontrollkommisjonene.

Som en del av arbeidet med disse rettssakene, ønsker direktoratet i dette kapitlet å se nærmere på utfallet og enkelte andre sider ved sakene. «2015-sakene»⁶ presenteres i dette kapitlet. På tidspunktet for utgivelse av denne rapporten er alle 2015-sakene rettskraftig avgjort. Direktoratet har, med innspill fra Datatilsynet, vurdert at en slik gjennomgang og presentasjon av rettssakene er i overenstemmelse med regler om taushetsplikt og personopplysningsloven.⁷

En oversikt og analyse av disse sakene vil kunne bidra til ny kunnskap om en viktig rettssikkerhetsgaranti knyttet til tvang i psykisk helsevern. Bruk av tvang i psykisk helsevern er et område som de siste årene har hatt stort helsepolitisk fokus og hvor det er behov for mer kunnskap og forskning.⁸

4.2 Rettslig grunnlag

4.2.1 Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte

Tvungent psykisk helsevern kan omfatte to alternative tvangsformer:

- Tvungent vern med døgnopphold i institusjon, jf. phvl. § 3-5 første ledd. Det vil si innleggelse i en psykisk helseverninstitusjon som er godkjent for dette formål. Pasienten kan da holdes tilbake mot sin vilje.
- Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon, jf. phvl. § 3-5 tredje ledd. Pasienten bor da typisk hjemme eller i en kommunal institusjon, men må møte til behandling f.eks. ved et distriktskykiatrisk senter. Denne tvangsformen benyttes ofte sammen med vedtak om behandling uten samtykke etter phvl. § 4-4, som regel i form av (tvungen) medikamentell behandling. Pasienten kan om nødvendig hentes med tvang.

Selv om disse to tvangsformene er ulike, er vilkårene som skal være oppfylt likelydende, se kap. 4.2.2 nedenfor.

Tvungent vern starter som oftest med en periode på tvungent vern med døgnopphold, typisk på en akuttavdeling. Etter en periode under tvang med døgnopphold, blir en del pasienter overført til tvungent vern uten døgnopphold. Pr. i dag vet vi lite om omfanget, varigheten og innholdet av denne tvangsformen. Helsedirektoratets arbeid med å øke datakvaliteten på tvang, og et pågående forskningsprosjekt,⁹ vil forhåpentligvis bidra til økt kunnskap på dette området.

⁶ Med «2015-saker» menes de sakene som ble registrert inn med 2015-saksnummer i tingretten. Noen av disse sakene har 2016-saksnummer hos etterfølgende mottakere som Helsedirektoratet, Regjeringsadvokaten og ev. lagmannsrett.

⁷ Hdir. sak 15/7611

⁸ Jf. Helse- og omsorgsdepartementets Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)

⁹ https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=105550&p_parent_id=107060&lan=2

4.2.2 Vilkår – hva som står til prøve for retten

I phvl. § 3-3 oppstilles vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Det oppstilles både prosessuelle vilkår (om fremgangsmåten) og materielle vilkår (faktiske forutsetninger).

Anførsler knyttet til prosessuelle feil, for eksempel brudd på vilkåret om krav til to uavhengige legeundersøkelser (§ 3-3 første ledd nr. 2), konverteringsforbudet (§ 3-4) eller års-fristen for forlengelse av vern (§ 3-8), står sjelden til prøve i disse sakene¹⁰. Høyesterett har lagt listen relativt høyt i forhold til hvilke prosessuelle feil som vil medføre opphør av tvungent vern.¹¹

I all hovedsak er det følgende materielle vilkår i phvl. § 3-3 første ledd nr. 1, 3 og 6¹² som står til prøve:

- Pasienten skal ha en «alvorlig sinnslidelse» i lovens forstand.
- Minst et av fire alternative tilleggsvilkår skal være oppfylt:
 - Behandlingsvilkårets forbedringssalternativ: Uten tvungent vern vil pasienten på grunn av sinnslidelsen få «.. *sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert.*»
 - Behandlingsvilkårets forverringssalternativ: Uten tvungent vern er det på grunn av sinnslidelsen «..*stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret.*»
 - Farevilkåret, eget liv og helse: Uten tvungent vern vil pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjøre «..*en nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller helse.*»
 - Farevilkåret, andres liv eller helse: Uten tvungent vern vil pasienten på grunn av sinnslidelsen utgjøre «..*en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse.*»
- Frivillig psykisk helsevern «*har vært forsøkt, uten at dette har ført frem, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.*»
- Helhetsvurdering/ forholdsmessighetsvurdering: Tvungent vern skal være «..*klart beste løsning for vedkommende.*»

I en sak med krav om opphør av tvungent vern, vil spørsmålet om hvorvidt frivillig behandling er en mulighet inngå som en del av helhetsvurderingen.¹³

Tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven anses å være i overensstemmelse med Norges menneskerettighetsforpliktelser.¹⁴ Dette gjelder både de materielle vilkårene for tvungent vern og behandling uten eget samtykke, regler om gjennomføring av behandlingen, saksbehandlingsregler og klageregler.

Høyesterett har fastslått at saksøker ikke kan kreve dom for konvensjonsbrudd i en sak etter tvisteloven (tvL.) kap. 36, jf. Rt-2004-583.

¹⁰ Se også Bente Hustads artikkel «Retten som kontrollorgan – hvordan anvendes vilkårene for å etablere tvungent psykisk helsevern?» Lov og Rett, vol. 54, 2015, 471-486

¹¹ Rt-1998-937 («Almanakk-dommen») og Rt-2002-1646 (brudd på konverteringsforbudet)

¹² Se nærmere om disse vilkårene i rundskriv IS 9/2012 «Psykisk helsevernloven m. komm.» s. 35 flg, www.helsedirektoratet.no

¹³ Rt-2001-1481

¹⁴ Ot.prp. nr. 11 (1998-99) kap. 4 og Ot. Prp. nr. 65 (2005-2006) kap. 3, HR-2016-1286-A

I noen psykisk helsevernsaker anfører pasientens advokat at det foreligger menneskerettighetsbrudd¹⁵, og da som oftest brudd på EMK art 3. forbud mot tortur eller art 8. retten til respekt for privatliv og familieliv eller brudd på FN konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Selv om pasienten altså da ikke kan kreve dom på konvensjonsbrudd, er det klart at dersom retten finner at det foreligger et slikt brudd i en konkret sak, vil dette kunne få betydning ved vurdering av vilkårene, f.eks. i helhetsvurderingen av om tvangsvernet fremstår som «klart beste løsning», jf. vilkårene ovenfor.

4.2.3 Rettslig overprøving av tvungent psykisk helsevern

Dersom pasienten ikke får medhold i sin klage på tvungent psykisk helsevern for kontrollkommisjonen, kan kontrollkommisjonsvedtaket bringes videre inn for retten, jf. phvl. § 7-1. Det fremgår av denne bestemmelsen at saken kan bringes inn for retten av *pasienten* eller av pasientens *nærmeste pårørende*.¹⁶

Etter phvl. § 7-1 kan også kontrollkommisjonens klagevedtak ved tvungen observasjon og ved overføring fra tvungent vern uten døgnopphold til tvungent vern med døgnopphold, bringes inn for retten. Direktoratet kjenner ikke til at det har falt dom i noen av disse to sakstypene. Tvungen observasjon er av så kortvarig art at tiltaket vil ha opphørt før saken kommer opp for retten. En sjelden gang tas det ut søksmål knyttet til overføring fra tvungent vern uten døgnopphold til tvungent vern med døgnopphold, men pasienten har alltid blitt tilbakeført til tvungent vern *uten døgnopphold* før hovedforhandling, slik at sakene ble hevet.¹⁷

Vedtak om behandling uten eget samtykke etter phvl. § 4-4, forutsetter vedtak om tvungent psykisk helsevern. Klage på vedtak etter § 4-4 behandles av fylkesmannen, og omfattes ikke av domstolsprøving etter tvl. kap. 36.¹⁸ Søksmål om tvungent psykisk helsevern for pasienter under tvang *uten døgnopphold*, vil i likevel ofte nettopp bestemme hvorvidt behandling uten eget samtykke skal kunne vedvare eller ei. Avslått klage hos fylkesmannen kan dermed være en begrunnelse for å anlegge søksmål i sak om tvungent psykisk helsevern. Videre vil pasientens motstand mot medisinerings og eventuelle bivirkninger av denne, ofte være tema under helhetsvurderingen i rettsaker om tvungent psykisk helsevern.

Ved rettslig overprøving av tvungent psykisk helsevern, kommer særregler i tvisteloven kapittel 36 til anvendelse. Sentralt står reglene om at retten ikke er bundet av partenes anførsler og påstander, rettens ansvar for sakens opplysning, dens kompetanse til å prøve alle sider av saken og prinsippet om offentlig dekning av kostnadene. Det er også en viktig regel at retten skal foreta en *her og nå vurdering* av om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, og ikke av situasjonen da det tvungne vernet ble etablert eller da kontrollkommisjonen klagebehandlet saken. Det er en spesiell dynamikk i disse sakene, da vilkårene som står til prøve er knyttet til pasientens helsetilstand, som stadig vil være i utvikling under det tvungne vernet.

Viktig er også kravet om prioritering og hurtig avgjørelse av sakene, jf. tvl. 36-5 første og andre ledd og EMK artikkel 5 nr. 4. Det er ikke fastsatt konkrete frister for berømmelse av hovedforhandling og domsavsigelse, noe som heller ikke kan utledes av rettspraksis. I den rettspraksis som foreligger blir

¹⁵ Eks. HR-2016-1286-A og BL-15-013924

¹⁶ Jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 b

¹⁷ F.eks. Sunnmøre tingrett 15-111928

¹⁸ Se kritikk av dette i NOU 2011:9 kap.16

det ved vurderingen av om domstolsbehandlingen har vært «rask» nok, foretatt konkrete vurderinger av årsaken til tidsbruken. I en psykisk helsevern sak hadde det gått 17 måneder fra begjæring om utskrivelse til rettskraftig dom forelå da Høyesteretts kjæremålsutvalg nektet saken fremmet. Høyesterett fant da, etter en konkret vurdering av årsakene til tidsbruken i de ulike instansene, at det forelå brudd på EMK art. 5 nr. 4 om rask avgjørelse, se Rt-2004-583. I denne saken tok det ca. fire og en halv måned fra stevning til hovedforhandling i tingretten. Høyesterett bemerker til dette: «Tidsrommet inkluderer også en omberømmelse på grunn av sykdom, og må anses akseptabel», jf. Rt-2014-583, avsnitt 36. I avsnitt 39 fremgår om lagmannsrettens tidsbruk på avsigelse av dom: «Det tok imidlertid en del tid før dom forelå – 17 dager».

I en annen sak fant Høyesterett at 13 måneder fra begjæring om utskrivning til lagmannsrettens dom, var brudd på kravet om rask rettslig prøving, se HR-2009-2290-U. Høyesterett fant at det ikke forelå spesielle forhold som kunne begrunne tidsbruken. Her hadde det gått i overkant av fire måneder fra stevning til dom i tingretten, og omkring fem måneder fra anke til dom i lagmannsretten.

Staten forsøker å bidra til at retten berammer disse sakene hurtig. Staten understreker alltid i tilsvaret til retten at disse sakene skal behandles raskt, og anmoder om at dom avsies innen én uke etter hoved/ankeforhandling.

Retten settes med fagkyndig meddommer, jf. tvl. § 36-4, for bedre å bli i stand til å vurdere alle sidene av saken, herunder de medisinskfaglige. Fagkyndig meddommer er oftest psykiater, men kan også være psykologspesialist.

Retten kan etter begjæring fra partene eller av eget tiltak, oppnevne en sakkyndig, jf. tvl. kap. 25. Dette vil i tilfelle gjerne være en psykiater eller psykologspesialist, som da også gjerne avgir en vitneforklaring i retten. Som regel blir det ikke oppnevnt sakkyndig i disse sakene¹⁹.

Hoved/ ankeforhandlingen gjennomføres i all hovedsak på én dag.

Til stede i retten er saksøker/ pasienten med sin advokat. For staten møter statens prosessfullmektig (enten fra Regjeringsadvokaten eller Helsedirektoratet), og statens vitne som er faglig ansvarlig for det tvungne vernet til pasienten, jf. phvl. § 1-4. Som oftest er det kun pasienten og faglig ansvarlig som avgir forklaring i retten. Noen ganger innkalles ytterligere vitner, f.eks. venner eller familiemedlemmer av pasienten, kommunalt helsepersonell, fastlege eller barnevernet.²⁰

4.3 Omfang av overprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern de siste årene

4.3.1 Klager til kontrollkommissjonen

I henhold til tall fra Norsk pasientregister har omfanget av tvungent psykisk helsevern holdt seg relativt stabilt de siste årene, med ca. 3 800-4 000 nye vedtak om tvungent psykisk helsevern pr. år. I 2015 ble det i henhold til tall fra kontrollkommissjonene truffet 4 355 vedtak om tvungent psykisk helsevern, se kap. 2.

¹⁹ Se dette spørsmålet omtalt i Bente Hustads artikkel «Retten som kontrollorgan – hvordan anvendes vilkårene for å etablere tvungent psykisk helsevern?» Lov og Rett, vol. 54, 2015, 471-486

²⁰ F.eks. LH- 15-109956

I tabell 4.1 oppstilles antall klager pr. år til kontrollkommisjonen på vedtak om tvunget psykisk helsevern, og medholdprosenten.²¹

Antallet klager har altså økt noe de siste årene, mens andelen som får medhold i sine klager er relativt stabilt. En økning i klager har vært en ønsket utvikling, da det de siste årene har vært fokus på å styrke pasienters rettssikkerhet, herunder ved å bedre informasjonen om klagemuligheter.

I 2015 var det altså 2 673 klager på tvungent psykisk helsevern til kontrollkomisjonene. Ca. 1 500 klager ble behandlet, resten ble trukket eller avvist. 168 fikk medhold i sitt krav om opphør, se tabell 2.7. 1 332 fikk da ikke medhold i sitt krav om opphør av tvungent vern.

Det ble tatt ut 225 søksmål i 2015. Det betyr at ca. 17 % av de som ikke fikk medhold i klagesaken for kontrollkommisjonen, brakte saken videre inn for domstolen.

²¹ Tall fra Helsedirektoratets Rapporter om bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. Saker trukket er holdt utenfor ved beregning av medholdprosenten.

Tabell 4.1 Antall klager på tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonene, og medholdsprosent (2009-2015).

År	Antall klager	Medhold i krav om opphør (prosent)
2009	1 900	10
2010	1 915	10
2011	2 238	13
2012	2 116	15
2013	2 355	10
2014	2 511	9
2015	2 673	11

4.3.2 Søksmål til domstolen

I tabell 4.2 ser vi at det har vært en økning i antall søksmål om tvungent psykisk helsevern de siste årene.²²

Tabell 4.2 Antall søksmål i perioden 2004-2015.

År	Antall søksmål
2004	118
2009	178
2010	201
2011	188
2012	186
2013	223
2014	238
2015	233 ¹

1) 233 er antall saker innkommet og registrert som 2015 saker hos *Regjeringsadvokaten*. Ellers i kapitlet er «2015-sakene» de 225 sakene som ble registrert som 2015 saker hos *tingrettene*.

Antall søksmål har altså doblet seg på 10 år. Dette må ses i sammenheng med at også antallet klagesaker for kontrollkommisjonen har økt.

En mulig medvirkende årsak til økningen kan, som nevnt ovenfor, være bedre informasjon om klagemuligheter og søksmålsadgang.

Noen pasienter tar ut gjentatte søksmål av denne typen i samme periode under tvungent vern. Etter tvistemålsloven § 486 første ledd gjaldt en karantenetid på *ett år* fra rettskraftig dom til nytt søksmål kunne tas ut. Karantenetiden ble ikke videreført i ny tvistelov (i kraft 1.1.2008). I dag gjelder derfor karantenetiden på seks måneder som følger av phvl. § 6-4 åttende ledd. Kortere karantenetid kan også ha påvirket det totale antallet søksmål etter 2008.

4.4 Gjennomgang av 2015- søksmålene

4.4.1 Antall søksmål og utfall i tingretten

I 2015 var det **225** søksmål i saker om tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. § 7-1. Ingen av sakene gjaldt tvungen observasjon etter § 3-2. To av sakene gjaldt vedtak om overføring *til døgnoophold* i institusjon etter § 4-10.²³ Begge disse sakene ble trukket av pasienten før hovedforhandling.

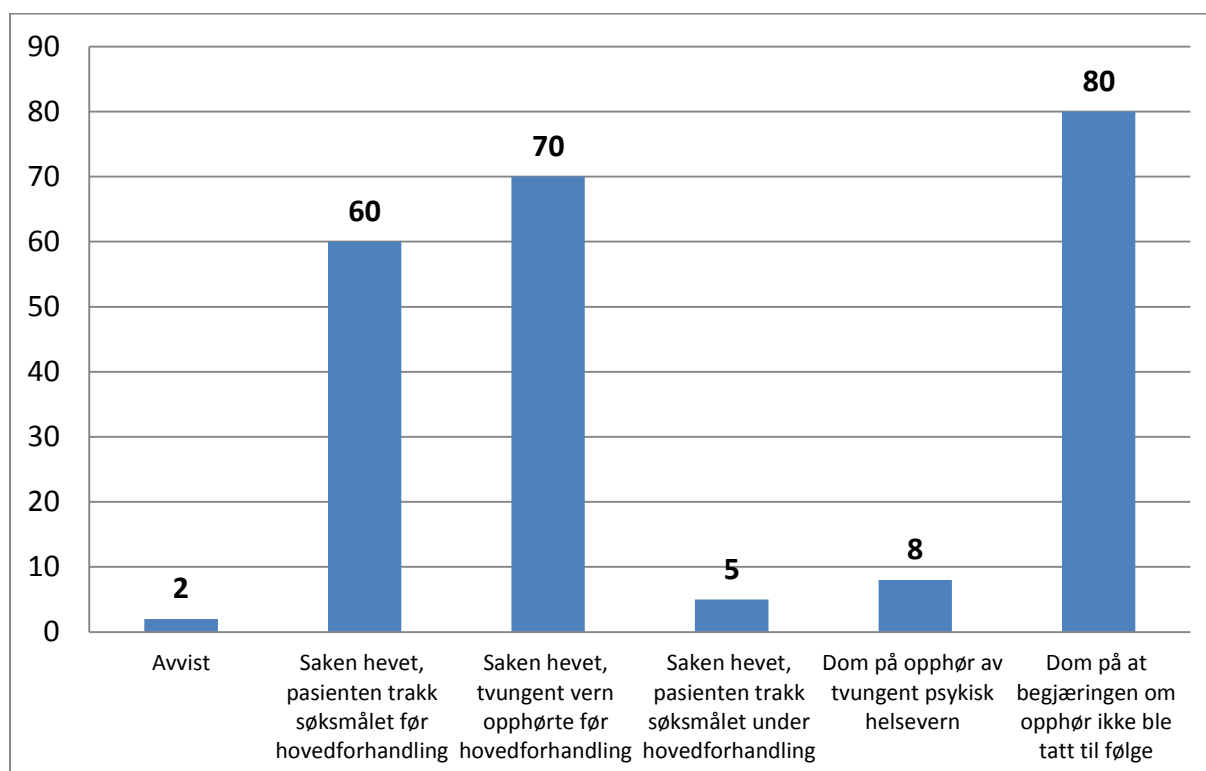
²² Tall fra Regjeringsadvokaten

I det følgende vil vi se nærmere på utfallet av alle disse 240 søksmålene. Som nevnt innledningsvis forberedte Helsedirektoratet i samarbeid med Regjeringsadvokaten alle disse sakene for staten. Helsedirektoratet hadde egenprosedyre i 91 av sakene. Regjeringsadvokaten prosederte de øvrige 134 sakene. Regjeringsadvokaten overtok prosessoppdraget for alle sakene som ble anket til Høyesterett.

Det var bare pasienter (ikke nærmeste pårørende) som tok ut søksmål. I teorien kan samme pasient ha tatt ut søksmål flere ganger, se kap. 4.3.2.

Utfallet av de 225 sakene for tingretten, ble som vist i figuren nedenfor.

Figur 4.1 Utfall av sakene for tingretten, 2015



Av 225 søksmål ble to saker avvist.²⁴ Videre ble 135 (60 %) saker hevet. Av disse er andelen hvor pasientene trakk saken og hvor det tvungne vernet opphørte ganske likelig fordelt, henholdsvis 65 og 70. Sakene hvor det tvungne vernet opphørte inkluderer et tilfelle hvor pasienten døde.

65 (29 %) av sakene ble trukket av pasienten før eller under hovedforhandling i tingretten. Det kan være ulike grunner til dette. Pasientens syn på saken kan ha forandret seg når det har gått noe tid. Pasienten kan oppleve bedring av sin psykiske lidelse og dels erkjenne behov for behandling. Pasient og institusjon kan også ha funnet frem til et samarbeid om videre forløp under rammer av tvungent vern eller institusjonen kan ha forespeilet pasienten opphør av tvang innen kort tid. Videre kan det være tilfeller der pasienten i samråd med sin advokat vurderer at sjansene for snarlig opphør av

²³ Sunnmøre tingrett 15-111928 og Sandefjord tingrett 15-135083

²⁴ Årsaken til at den ene saken ble avvist var at det ikke forelå et vedtak truffet av kontrollkommissjon i tråd med phvl. § 6-4 åttende ledd (Bergen tingrett 15-112621). Den andre saken ble avvist fordi det var tatt ut søksmål for et vedtak etter § 3- 8 annet ledd som ikke omfattes av § 7-1 (Bergen tingrett 15-026800).

tvungent vern er større uten en dom som stadfester tvangen. Andre igjen orker kanskje likevel ikke den påkjenningen en slik sak vil være.

70 saker (31 %) bortfalt før hovedforhandling i tingretten fordi tvangsvernet opphørte. Som vist i kap. 4.4.7, tar det gjennomsnittlig 82 dager fra stevning til domsavsigelse. Samtidig er mange opphold under tvungent vern av relativt kort varighet; median varighet av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold var i 2015 på 26 døgn, jf. data fra NPR. Denne sakstypens dynamikk gjør dermed at tvangsvernet i mange tilfeller vil bortfalle før hovedforhandling.

Helsedirektoratet og Regjeringsadvokaten forbereder alle disse sakene for staten. En del av saksforberedelsen er å vurdere om vilkårene for tvungent vern er oppfylt, og å gi rettslige vurderinger og råd til institusjonen. Dette kan føre til at faglig ansvarlig gjør en fornyet vurdering og treffer vedtak om opphør av tvungent vern. På denne måten får en del pasienter «medhold» i sitt krav om opphør av tvungent vern, uten at dette kommer til uttrykk i en dom.

Tingrettene avsa 88 dommer, hvorav 8 (9 %) med slutning opphør av tvungent psykisk helsevern, og 80 (91 %) med slutning at begjæringen om opphør ikke skulle tas til følge.

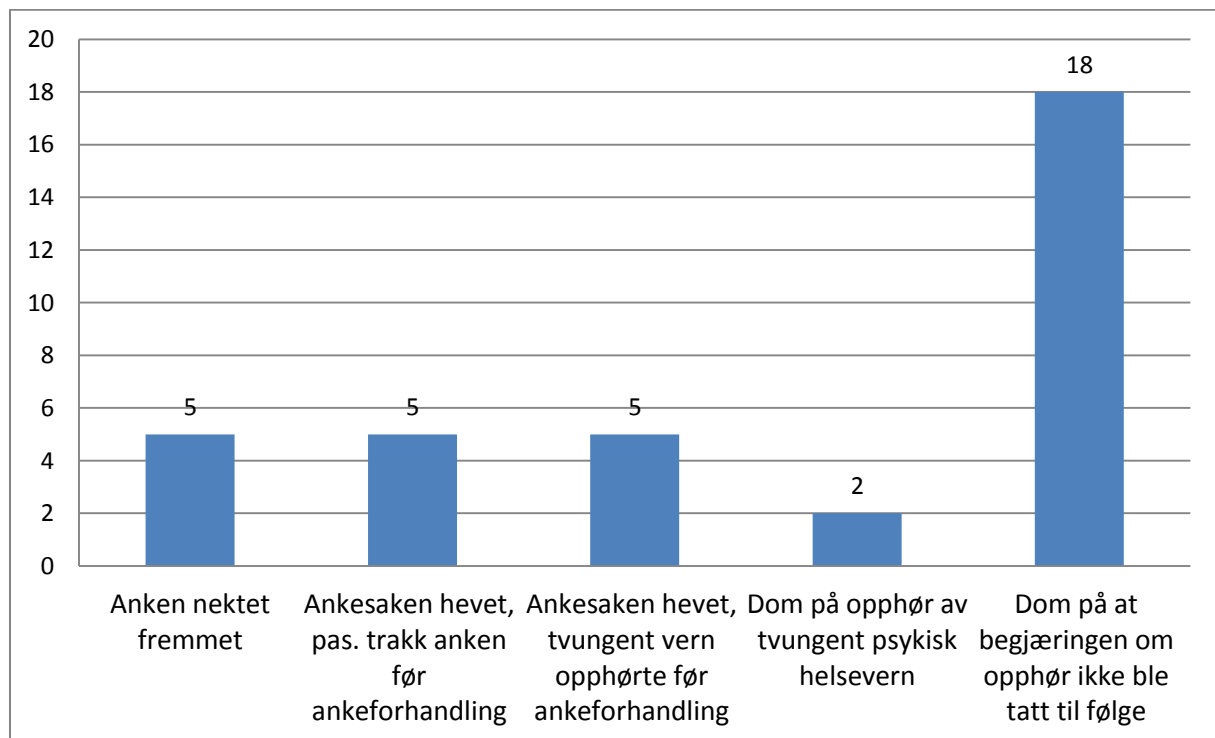
4.4.2 Antall anker og utfall i lagmannsretten

Av totalt 88 dommer avsagt av tingrettene ble 35 (40 %) anket til lagmannsretten.

Det var kun pasienter som anket (ikke staten).

Utfallet av de 35 ankesakene for lagmannsretten, ble som vist i figuren nedenfor.

Figur 4.2 Utfall av sakene for lagmannsretten i 2015



Fem anker ble nektet fremmet, med den begrunnelse at lagmannsretten fant det klart at anken ikke ville føre frem, jf. tvl. § 29-13 annet ledd.²⁵

På samme måte som før hovedforhandling i tingretten, bortfaller en del saker før ankeforhandling. 10 (29 %) av ankesakene ble hevet før ankeforhandling, fem fordi pasienten trakk anken og fem fordi tvungen opphørte før ankeforhandlingen.

Lagmannsretten omgjorde to tingrettsdommer, ved å gi pasienten medhold i krav om opphør av tvungent vern. De øvrige 18 sakene som ble behandlet av lagmannsretten, endte med at begjæringen om opphør ikke ble tatt til følge / anken ble forkastet.

4.4.3 Antall anker og utfall i Høyesterett

Staten anket ingen av de to dommene fra lagmannsretten med slutning opphør av tvungent psykisk helsevern.

Av de 18 dommene fra lagmannsretten hvor begjæringen om opphør av tvunget vern ikke ble tatt til følge, ble 8 (44 %) anket av pasienten til Høyesterett.

Høyesterett tok én av ankene til behandling. De 7 andre ble nektet fremmet med den begrunnelse at «*verken avgjørelsens betydning utenfor den foreliggende sak eller andre forhold tilsier at saken blir fremmet for Høyesterett*», jf. tvl. § 30-4».²⁶

Saken som ble behandlet i Høyesterett²⁷ gjaldt en kvinne som ble medisinert med første generasjons antipsykotika i depot. Høyesterett kom til at uttrykket i phvl. § 3-3 «i meget nær fremtid», må forstås på samme måte for pasienter som mediseres med førstegenerasjons antipsykotika i depot, som for pasienter som mediseres med andregenerasjon antipsykotika i depot, det vil si en tidsramme på 3-4 måneder, jf. Rt-2014-801. En anførsel om at tvangsbehandling av psykisk syke som er samtykkekompetente, i seg selv er i strid med menneskerettighetene, dersom dette skjer utelukkende av hensyn til vedkommendes egen helse, førte ikke frem. Anken ble forkastet.

4.4.4 Oppsummering, endelig utfall av søksmålene

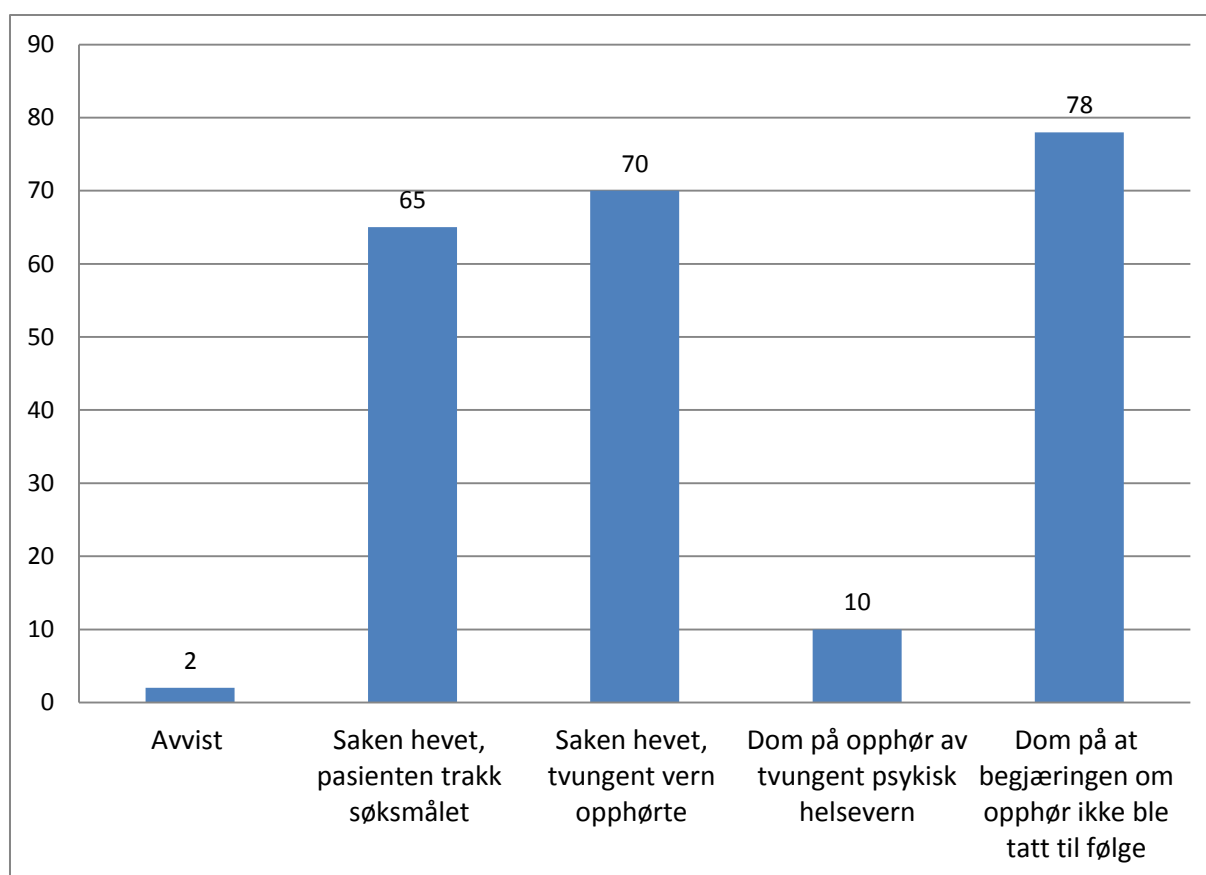
Endelig utfall av de 225 søksmålene ble som vist i figuren nedenfor.

²⁵ AL 15-128138, BL 15-138734, GL 15-107157, GL 15-151180, GL 16-010962

²⁶ Eks. HR-2016-02137-U

²⁷ HR-2016-1286-A

Figur 4.3 Endelig utfall av søksmålene i 2015



Av 225 saker, endte altså 137 (61 %) med at saken ble avvist eller hevet. Av de 88 sakene som endte med dom, var 10 (11 %) dom på opphør av tvungent psykisk helsevern, mens 80 (89 %) endte med at begjæringen om opphør ikke ble tatt til følge.

4.4.5 Hvem tar ut søksmål

Kjønn og alder

Nedenfor har vi sett på kjønnsfordelingen for pasienter/saksøkere for tre år.

Tabell 7.3 Saksøkere, fordeling kjønn

År	Menn		Kvinner		Totalt antall søksmål	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
2009	108	61	70	39	178	100
2014	130	54	110	46	240	100
2015	131	58	94	42	225	100

Det ser ut som om noen flere menn (55-60 %) enn kvinner tar ut søksmål. Dette sammenfaller for øvrig med at noen flere menn enn kvinner er under tvungent psykisk helsevern, og da særlig under

tvang uten døgnopphold, som er en aktuell tvangsform for de som tar ut søksmål, jf. tall fra NPR for 2014²⁸ og nedenfor.

For de 88 pasientene/2015-sakene som endte med dom, har vi sett på pasientenes alder.²⁹

Gjennomsnittsalderen til pasientene er 44 år. Medianen er 43 år. Den yngste er 20 år, den eldste er 86 år. Tallene fra Norsk pasientregister samsvarer med dette³⁰, og viser at de fleste under tvungent vern er i alderen 30-50 år.

4.4.6 Varighet av tvungent vern og andel på tvang med- og uten døgnopphold

For de 88 pasientene/2015-sakene som endte med dom har vi sett nærmere på lengde på aktuelle periode under tvungent vern³¹, og andel på henholdsvis tvang- med og uten døgnopphold.³²

Pasientene hadde gjennomsnittlig vært under tvungent psykisk helsevern, inkludert tvungen observasjon, i 596 dager (1,6 år). Medianen er 267 dager (8,9 måneder).

Tvungent vern kan som nevnt gjennomføres enten med – eller uten døgnopphold, se kap. 4.2. Fordelingen mellom disse to tvangsformene var lik, med 44 pasienter under tvungent vern med døgnopphold, og 44 pasienter under tvungent vern uten døgnopphold.

4.4.7 Tid fra søksmål til domsavsigelse

For de 88 2015-sakene som endte med dom, har vi registret hvor lang tid det tok fra pasienten tok ut stevning, til endelig domsavsigelse.

I kapittel 4.2.3 fremgår at staten forsøker å bidra til at retten berammer disse sakene hurtig og at dom avsies innen én uke, jf. 36-5 og EMK art 5 nr. 4.

I de 68 sakene med endelig dom i tingretten, tok det gjennomsnittlig 82 dager (2,7 måneder) fra stevning til domsavsigelse. Medianen er 79 dager (2,6 måneder).

I de 19 sakene med endelig dom i lagmannsretten gikk det gjennomsnittlig 238 dager (7,9 måned) fra stevning til tingretten til domsavsigelse i lagmannsretten. Medianen er 228 dager (7,6 måneder).

I den ene saken som ble behandlet i Høyesterett gikk det 276 dager (9,2 måneder) fra stevning til endelig domsavsigelse.

²⁸ IS 2452 Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014, tabell 3.5

²⁹ På tidspunkt for avgivelse av endelig dom.

³⁰ IS 2452 Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014, tabell 3.6

³¹ På tidspunkt for avgivelse av endelig dom.

³² På tidspunkt for hovedforhandling for endelig dom.

4.5 2015-dommer med slutning opphør av tvungent vern

4.5.1 En kort gjennomgang av dommene

Av 225 2015-søksmål endte 10 av sakene med opphør av tvungent vern. Saksøkerne var syv menn og tre kvinner.

Nedenfor følger en gjennomgang av rettens vurdering av vilkårene i § 3-3³³ i disse 10 sakene, med hovedvekt på det vilkåret retten fant at *ikke var oppfylt*.

To av dommene nedenfor er avsagt under dissens (nr. 1 og nr. 10).

1. Tingretten³⁴ fant at hovedvilkåret var oppfylt, samt både behandlingstvilkårets forbedrings- og forverringsalternativ. Rettens flertall kom likevel etter en helhetsvurdering til at tvungen skulle opphøre, og vektla:
 - At det psykiske helsevernet uansett ikke avsetter ressurser eller virkemidler til å avhente saksøker til tvungen medikamentell behandling. Tvangsvernet hadde da ingen realitet og ga saksøker en belastende usikkerhet. *«Det blir således en manglende proporsjonalitet mellom inngrepet og konsekvensene».*
2. Lagmannsretten³⁵ kom, under tvil, til at hovedvilkåret var oppfylt. Retten sier om tidskravet i behandlingstvilkårets forverringsalternativ at det er *«..noe usikkert om i hvilken utstrekning han allerede etter tre til fire måneder vil bli overveldet av symptomer som i vesentlig grad vil svekke hans funksjonsnivå sammenlignet med dagens funksjon».* Denne tvilen ble vektlagt når retten så i helhetsvurderingen kom til: *«..Det kan..ikke uten videre konstateres at X i dag har det bedre enn slik han hadde det lange perioder der han ikke har vært under tvungent vern».*
3. Lagmannsretten³⁶ kom til at både hovedvilkår, behandlingstvilkår og farevilkår -fare for eget liv eller helse -var oppfylt. Retten kom likevel etter en helhetsvurdering til at vernet skulle opphøre, og vektla at saksøker sa at hun var villig til å motta behandling frivillig og at hun ved en eventuell forverring ville bli fanget opp av hjelpeapparatet.
4. Tingretten³⁷ fant at hovedvilkåret var oppfylt. Retten fant imidlertid at frivillighet var et alternativ, fordi pasienten samtykket til en annen type depotmedisin og til en videre innleggelse i påvente av bolig. Retten påpekte at opphør av tvungent vern da heller ikke ga grunn til å frykte rask forverring, eller at saksøker skulle utgjøre en fare for andre.
5. Tingretten³⁸ fant at hovedvilkåret var oppfylt. Retten kom derimot til at behandlingstvilkårets forbedringsalternativ ikke var oppfylt, og viste til at saksøkers psykotiske symptomer ikke hadde endret seg etter over tre måneder med medikamentell behandling: *«Samlet sett legger retten til grunn at det ikke kan forventes at saksøker klart vil bli markert bedre innen*

³³ Se omtale av vilkårene i kap. 4.2.2

³⁴ Fjordane tingrett 15-017629

³⁵ FL 15-109019

³⁶ GL 15-129513

³⁷ Oslo tingrett 15-082963

³⁸ Oslo tingrett 15-095385

forholdsvis nær fremtid med tvungen psykiatrisk behandling. Retten viser til at det fremstår som usikkert om vrangforestillingene vil bli endret med behandling, og at det uansett ikke er tale om noen kvalitativ endring, men kun kvantitative ved at vrangforestillingene og deres adferdsmessige konsekvenser vil bli mindre uttalte og at dette i alle tilfeller vil ta meget lang tid.»

6. Tingretten³⁹ fant at hovedvilkåret var oppfylt, ved en schizofreni med først og fremst negative psykotiske symptomer i form av tilbaketrekking (ikke *positive* psykotiske symptomer som hallusinasjoner eller vrangforestillinger). Retten fant derimot at behandlingens forverringsalternativ ikke var oppfylt, verken tidskravet eller vesentlighetskravet: «*Likevel tyder fraværet av positive symptomer på at hennes tilstand ikke vil bli vesentlig forverret ved at hun velger å slutte på Xeplion, og i hvert fall ikke innen tre til fire måneder*».
7. Tingretten⁴⁰ fant hovedvilkåret oppfylt, men verken farevilkåret eller behandlingens forverringsalternativ. Årsaken til at behandlingens forverringsalternativ ikke ble funnet oppfylt var at retten trodde på saksøker når han sa at han ville fortsette å ta depotmedisin på frivillig basis. Dette til tross for at retten merket seg at saksøker flere ganger til institusjonen hadde gitt uttrykk for at han følte seg frisk og mente å ikke være i behov av medikamenter. Retten la bl.a. vekt på at det ikke var rapportert om bivirkninger som kunne gi motivasjon til å stoppe med medisiner. Retten sier om tidsperspektivet: «*Selv om risikoen for autoseponering formodentlig øker etter hvert som tiden uten tvang går, vil den tidshorisont for forverringsalternativet som er trukket opp i rettspraksis,.. lett blir utfordret dersom X lar seg depotmedisinere både en og to ganger før han eventuelt måtte bestemme seg for å avslutte behandlingen..Til dette kommer at det heller ikke fremstår som åpenbart hva som vil skje dersom X slutter å ta medisin. Det foreligger ingen seponerings- eller tilbakefallshistorikk for X, som ville ha gitt en pekepinn på hva man kan forvente*».

Retten bemerker videre: «Medikasjon vil fortsatt ha virkning en stund etter at det kan slås fast at han ikke har møtt frem til avtalt tid for depotmedisinering, hvilket vil gi helsevesenet mulighet for igjen å iverksette tiltak ved eventuell autoseponering».

8. Tingretten⁴¹ kom til at hovedvilkåret var oppfylt, men at verken behandlingens forverringsalternativets positive eller negative side var det. Om den positive siden sier retten at saksøker fremdeles etter fem måneders behandling ikke er blitt «vesentlig forbedret», og anser det da ikke som sannsynliggjort at slik bedring vil inntre med fortsatt tvungent vern.

I forhold til tidskravet i forverringsalternativet, viser retten til saksøker ved en anledning gikk ca. seks måneder uten antipsykotisk medisin, uten at han ble vesentlig forverret, altså lenger enn lovens tidskrav. Det vises videre til tidligere perioder med frivillig behandling, som tilsier at «*Etter en konkret vurdering finner retten at saksøker gjennom en langvarig behandlingstilstand med ACT vil kunne samarbeide om medisiner og andre behandlingstilstand..historikken viser at saksøker evner å samarbeide om behandling, selv om det kan være utfordringer knyttet til motivasjonen for å bruke medisin over en lenger*

³⁹ Sandefjord tingrett 15-091519

⁴⁰ Tønsberg tingrett 15-101957

⁴¹ Søre Sunnmøre tingrett 15-168725

periode». Retten så også at saksøkers motivasjon til å kunne jobbe igjen, og å få tilbake førerkortet – fungerer som sterk motivasjon for et frivillig opplegg.

9. Tingretten⁴² kom til at hovedvilkåret og behandlingstvilkårets forverringsalternativ var oppfylt. Retten kom likevel etter en helhetsvurdering til at tvungen skulle opphøre, og vektla da at saksøker hadde vært under tvungent vern store deler av de siste 50 årene. Han var nå 78 år, og det hadde gått 4 år og 5 måneder siden han sist «fikk prøve seg»: «*Han ble den gang skrevet ut av lagmannsretten, og på det tidspunktet hadde han vært undergitt tvang i 4 år og 6 måneder*». Retten vektla videre at han gjennom sitt botilbud raskt vil fanges opp ved en forventet forverring, og at han gjennom en «*reinnleggelse og ev ny tvangsmedisinering vil gjenvinne sitt nåværende funksjonsnivå etter noen ukers behandling*».
10. Tingretten⁴³ fant at hovedvilkåret og behandlingstvilkårets forverringsalternativ var oppfylt. Rettens flertall kom likevel til at tvungen etter en helhetsvurdering skulle opphøre. Fagkyndig meddommer knyttet noe tvil til vesentlighetskravet i behandlingstvilkårets forverringsalternativet, da saksøker til tross for medisiner var psykotisk, dog med mindre uttalte symptomer. Flertallet la videre vekt på at de trodde saksøker ved reetablering av tvang igjen kunne føres tilbake til fungering før forverringen og at han ved en forverring ville fanges opp av pårørende og offentlige instanser. Videre pekes på at det tvungne vernet «*allerede har vart sammenhengende i fire år og åtte måneder*».

Dommene som er referert ovenfor har altså alle den slutning at det tvungne vernet skal opphøre. Både i slike dommer, og i dommer hvor tvangsvernet opprettholdes, gis innimellom kritiske bemerkninger til sider ved behandlingen og tilbudet som pasienten mottar.

En kjent problemstilling for pasientgruppen under tvungent vern, er at kommunene kan ha problemer med å tilby tilpasset bolig.⁴⁴ Dette kan i sin tur gjøre at pasienten er unødig lenge på tvungent vern *med døgnopphold*. I en av 2014-sakene⁴⁵ gir retten følgende bemerkning:

«... Det er uforsvarlig at han har ventet i over to år på et botilbud som er tilpasset hans rammebehov. Retten er enig i sykehusets vurdering om at dette reiser etiske problemer, som blir større jo lenger tid som går.»

4.5.2 Noen forhold retten så hen til ved vurderingen av de ulike vilkårene

Dommene med slutning «tvungent vern skal opphøre» er få, men kan likevel gi noe informasjon om hva man bør ha oppmerksomhet på ved anvendelse av tvungent vern. Dette kan være nyttig kunnskap for aktørene i tvangsfeltet, herunder faglig ansvarlige, helseforetakene, kontrollinstanser og advokater. Det bemerkes at «*oppførsels-vedtakene*» til kontrollkommisjonene er flere i antall, og derfor kunne gi et bredere bilde.

På bakgrunn av dommene (både fra 2014 og 2015) har vi satt opp noen punkter/spørsmål som det er grunn til å være spesielt oppmerksom på ved vurderingen av de ulike vilkårene for tvungent vern.

⁴² Sogn tingrett 15-183501

⁴³ Oslo tingrett 15-204283

⁴⁴ Se eks. SINTEFs rapport «Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene» (2013) og Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)

⁴⁵ Stavanger tingrett 14-204803

Hovedvilkåret

- Er den psykiske tilstanden tilstrekkelig utredet?
- Er det tilstrekkelig vurdert om psykosen kun var rusutløst?

Behandlingsvilkårets forbedringsalternativ

- Om pasienten har vært flere måneder under tvang og blitt behandlet med legemidler uten å bli særlig bedre, kan det tilsi at vilkåret ikke er oppfylt. Det samme gjelder når pasienten kun har enkelte avgrensede psykotiske symptomer som legemidler ikke avdemper.

Behandlingsvilkårets forverringsalternativ

- Det er relevant å se hen til pasientens historikk når det gjelder fremtidig forverring. Har vedkommende tidligere, etter å ha avsluttet behandling, ikke blitt vesentlig dårligere innen lovens tidskrav, blir dette et argument som kan tale for at tidskravet ikke er oppfylt.
- Selv om historikken viser rask forverring, må det likevel gjøres en konkret vurdering av den aktuelle situasjonen. Flere forhold kan variere og påvirke tidsforløpet, herunder pasientens psykiske tilstand.
- Om det legges til grunn at pasienten *i noe tid etter opphør av tvang* frivillig vil ta legemidler/tabletter, herunder gradvis trapper ned, vil dette få betydning for den konkrete vurderingen av tidskravet.
- Har pasienten en symptomfattig psykose, preget av negative symptomer – kan dette tilsi at «vesentlighetskravet» ikke er oppfylt.

Momenter som kan tilsi opphør av tvungent vern etter en helhetsvurdering

- Pasienten samtykker til deler av det anbefalte behandlingsopplegget, for eksempel stemningsstabiliserende legemidler, men ikke antipsykotisk legemidler.
- Varigheten av tvangsvernet kan få betydning, særlig i tilfeller hvor kun behandlingsvilkårets forverringsalternativ er oppfylt.⁴⁶
- Pasientens bosituasjon og rammer utenfor institusjonen kan få betydning, dersom han/hun uansett raskt kan fanges opp igjen av helsetjenesten ved en forverring.
- Høy alder kan tilsi at pasientens syn tillegges mer vekt.
- Omfang og intensitet av bivirkninger er relevant i helhetsvurderingen.
- Pasienten vil etter en periode med forverring uansett kunne komme tilbake til dagens funksjonsnivå.
- Bruk av tvungent vern uten døgnopphold forhindrer uansett ikke forverring og behov for reinnleggelser.

⁴⁶ Fremgår av Ot. Prp. nr. 80 (1998-1999) s 80 og Rt-2001 s. 752



Helsedirektoratet

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

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no