

Internrevisjonen

Bruk av tvang i psykisk helsevern

Helse Vest RHF, september 2014

INNHALD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styra i helseføretaka, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarrettleiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innhaldslista, samandraget og eventuelle kommentarar frå føretaket
2. Hovudrapporten med innleiing, fakta og vurderingar og dessutan vedlegg

1	Samandrag	4
2	Innleiing	7
2.1	Formål og problemstillingar	7
2.2	Revisjonskriterium og metode	7
3	Omfang og former	10
3.1	Innleiing	10
3.2	Former for tvang	11
3.3	Prosess for innlegging på tvang	16
3.4	Prosessar for tvangsmiddelbruk	20
4	Korleis sikre korrekt rapportering?	30
5	System for å handtere tvangsbruken	32
5.1	Innleiing	32
5.2	Kontrollkommisjonane	32
5.3	Oppgåvene til fylkesmannen	35
5.4	Handlingsplanar i føretaka	35
5.5	Kvalitetssystemet i føretaka	35
5.6	Risikovurderingar i einingane	36
6	Vurderingar og tilrådingar	38
6.1	Kva forklarar variasjonen i tvangsbruken?	38
6.2	Hovudkonklusjon og tilrådingar	40
7	Vedlegg	42

1 SAMANDRAG

Bruk av tvang overfor psykisk sjuke representerer eit av dei mest kraftfulle verkemidla samfunnet rår over, og lov om psykisk helsevern har detaljerte prosedyrekrav til korleis ein skal gå fram, og kva rettar pasienten har. Nasjonal statistikk har vist at Helse Vest ligg over det nasjonale gjennomsnittet når det gjeld tvangsbruk.

Formålet med prosjektet har vore å undersøkje om Helse Vest har gode prosessar som sikrar at tvangsbruken er i samsvar med regelverk og med eksterne og interne retningslinjer.

Metodisk har internrevisjonen nytta intervju, dokumentgransking og analysar av offentleg statistikk og tal innhenta direkte frå føretaka. Internrevisjonen har intervjuet informantar i ulike roller i helseføretaka og leiarane i fire kontrollkommissjonar.

Problemstilling: Kva typar tvangsbruk blir nytta, og i kva omfang?

Tal som internrevisjonen har henta inn, viser at føretaka i 2013 gjorde 1879 vedtak om innlegging til tvungen observasjon eller tvunge psykisk helsevern (§§ 3-2 og 3-3). Helse Førde er minst tilbøyeleg til å gjere slike vedtak (10 % av alle innleggingar i føretaket), mens i Helse Fonna er det tilsvarande talet 22 %.

Det kjem òg fram at føretaka gjorde 7882 vedtak (§ 4) i 2013 for pasientar som er til behandling. 6076 av desse gjeld vedtak etter §§ 4-3 til 4-8 i psykisk helsevernlova. Dei mest brukte tvangstiltaka er mekanisk tvang, skjerming og isolasjon. Helse Stavanger står for over halvparten av alle rapporterte vedtak og for nær sagt alle vedtak om bruk av mekanisk tvang, isolasjon og kortvarig fasthalding. Spørsmålet er om ein kan lite på denne statistikken.

Problemstilling: Korleis sikrar føretaka korrekt registrering og rapportering av tvangsbruk?

Både Helsedirektoratet og føretaka i Helse Vest åtvarar mot å bruke nasjonal statistikk på dette feltet. Dei tala internrevisjonen bruker i denne rapporten, har føretaka sjølve kvalitetssikra, og dei representerer den første samla framstillinga av det totale omfanget av tvangsbruken i Helse Vest. Dersom ein skulle samanlikne føretaka sine egne tal for 2013 med nasjonal statistikk, kunne det sjå ut som vi hadde fått over 30 % færre tvangsinnleggingar på eit år. Etter det internrevisjonen erfarer, er det meir sannsynleg at registreringa er mangelfull og rapporteringa feil.

Det ligg ikkje føre oppdatert nasjonal statistikk på § 4-vedtak, og føretaka melder tilbake om svært usikre tal for tidlegare år. Basert på opplysingar som er komne fram i intervju, vurderer internrevisjonen det òg slik at bruken av ulike tvangstiltak er høgare enn det som er protokollert og rapportert.

Helse Bergen har starta opp eit prosjekt som skal sikre korrekt registrering og rapportering. Internrevisjonen er informert om at dei andre føretaka vil følgje med på dette arbeidet.

Problemstilling: Kva slags prosedyrar finst for tvangsbruk, og kva type risikovurderingar gjer ein for å førebyggje tvangsbruk?

Internrevisjonen har undersøkt om føretaka har utarbeidd eigne planar for å redusere tvangsbruken, om dei har skriftlege rutinar for sine eigne einingar, og om dei har system for å utveksle pasientinformasjon, system for oppfølging og kontroll av avtalte tiltak o.a. og dokumenterte system for å rapportere tvangsbruk.

Internrevisjonen har ingen særskilde merknader til det skriftlege materialet, men vil vise til at kjennskapen til lokale rutinar og bruken av retningslinjene kan ha enkelte manglar. Rapporten viser òg korleis føretaka arbeider med risikovurderingar på organisatorisk nivå og på pasientnivå.

Problemstilling: Korleis sikrar den enkelte verksemda redusert og rett bruk av tvang i det psykiske helsetilbodet?

Internrevisjonen har ikkje gått inn i pasientsaker i denne revisjonen. Derimot har vi intervjuet kontrollkommisjonar (som er ei domstolsliknande ordning innanfor lov om psykisk helsevern) og involverte personar i føretaka. Tilbakemeldinga er at rettstryggleiken til pasientane verkar å vere godt vareteken: Føretaka er nøye med å tilfredsstille dei formelle krava i regelverket, og kontrollkommisjonane har lite å utsetje på arbeidet. Rapporten peiker på enkelte forhold som ein bør sjå nærare på.

På strukturelt nivå har alle føretak handlingsplanar for redusert bruk av tvang og dokumenterte retningslinjer for tvangsbruk. Leiinga gir tydelege signal om å sikre korrekt tvangsbruk. Vidare legg alle institusjonane stor vekt på førebygging, tidleg intervenasjon og godt samarbeid mellom ulike instansar, for ein ser at det kan bidra til å redusere tvangen. I stor grad blir det òg nytta strukturert kompetansebygging i førebygging og handtering av kriser.

Fleire har peika på at behandlingsskulturen kan ha noko å seie for tvangsbruken. Auka kunnskap blant dei tilsette kan vere med å endre haldningane deira til menneske med psykiske lidningar og dermed påverke bruken av tvang.

Hovudkonklusjon: Kvar for seg syner revisjonen at institusjonane og føretaka i Helse Vest har tilfredsstillande prosessar for å sikre at tvangsbruken er i samsvar med regelverk og andre retningslinjer. Der er òg klare indikasjonar på at det systematiske skilnader i regionen når det gjeld kor sannsynleg det er at pasientane blir tvangsinnlagde og deretter utsette for ulike tvangsmiddel under behandlinga. Dessutan er det svært store manglar i samband med registrering og rapportering av omfanget.

Tilrådingar frå internrevisjonen:

- Føretaka bør gå gjennom rutinane for å registrere og rapportere vedtak
- Føretaka bør innføre elektroniske protokollar over all tvangsbruk etter § 4
- Føretaka bør følge opp eigne regionale planar for å få ned tvangsbruken
- Helse Stavanger bør analysere kva som ligg bak dei høge tala for § 4-vedtak

RHF-et bør gå sterkare inn i dette for å sikre lik framdrift i arbeidet, lik regeltolking og samanliknbare tal.

2 INNLEIING

2.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Tvangsbruken i helsevesenet femner om tvangsinnlegging og medisinske og fysiske tiltak i behandlinga. Spesialisthelsetenesta har i fleire år blitt skulda for å bruke mykje tvang, og nasjonale myndigheiter krev at tvangsbruken blir redusert. Statistikk viser at føretaka i Helse Vest er blant dei føretaka i landet som har høgast tvangsbruk.

Det overordna målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006 er beskrive i St.prp. nr. 63 (1997/98). Satsinga skulle resultere i ei kvalitativ og kvantitativ betre teneste for personar med psykiske lidningar.

Formålet med prosjektet har vore å undersøkje om Helse Vest har gode prosessar som sikrar at tvangsbruken er i samsvar med regelverk og eksterne og interne retningslinjer.

Revisjonsutvalet blei i møte 03.12.2013 orientert om mandatet for å gjennomføre prosjektet. I tillegg til formålet gjekk det fram av saka til revisjonsutvalet at internrevisjonen ville søkje svar på følgjande problemstillingar:

- Kva typar tvang blir det brukt?
 - I kor stor utstrekning blir det brukt tvang?
 - I kva tilfelle blir det brukt tvang?
- Korleis sikrar føretaka korrekt registrering og rapportering av tvangsbruk?
- Kva slags prosedyrar finst for tvangsbruk?
- Kva type risikovurderingar gjer ein for å førebyggje tvangsbruk?
- Korleis sikrar den enkelte verksemda redusert og riktig bruk av tvang i det psykiske helsetilbodet?

2.2 REVISJONSKRITERIUM OG METODE

Revisjonskriterium er element som inneheld krav eller forventningar, og blir brukte til å vurdere funna i undersøkingane. Kriteria skal vere grunna i, eller utleidde av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området. I dette prosjektet har internrevisjonen sett nærare på korleis krava blir etterlevde og følgde opp.

Krava er henta frå styringsdokument og andre dokument frå Helse Vest, relevante lover, forskrifter, rettleiarar, stortingsmeldingar m.m. Den rettslege reguleringa av det psykiske helsevernet er delt mellom dei fire lovene som er nemnde nedanfor. Vi har brukt desse kjeldene i utviklinga av revisjonskriteria:

- lov 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten
- lov 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter
- lov 2. juli 1999 om helsepersonell
- lov 2. juli 1999 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- forskrift 16. desember 2011 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.
- Helse 2020 (Helse Vest RHF, 2007)
- oppdragsdokument for 2013 frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest regionale planar for redusert og rett bruk av tvang

Psykisk helsevern-lova har til formål å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på ein forsvarleg måte og i samsvar med grunnleggjande rettstryggleiksprinsipp. Tvungen innlegging skjer gjennom tvungen observasjon (TO) og tvunge psykisk helsevern (TPH) i lov om psykisk helsevern §§ 3-2 og 3-3.

Innlegging på tvang kan berre skje når personen har alvorleg sinnsliding og har behov for behandling eller er til fare for seg sjølv eller andre. Lova seier at ein skal forsøke frivillige løysingar, og at innlegging på tvang skal vere den beste løysinga etter ei heilskapsvurdering. Tvungen observasjon føregår i ein periode på maksimalt ti dagar (kan unntaksvis utvidast til 20 dagar), i all hovudsak i institusjon. Tvunge psykisk helsevern kan gjennomførast både i og utanfor institusjonen.

§§ 4-3 til 4-7 regulerer mellom anna bruken av skjerming, behandling utan eige samtykke, samkvem med omverda, ransaking og beslag, og § 4-8 regulerer bruken av mekaniske tvangsmiddel, kortvarig opphald bak låst eller stengd dør, enkeltstående bruk av korttidsverkande legemiddel eller kortvarig fasthalding. Ei tvangsinnlegging kan ikkje setjast i verk utan at ein lege som er uavhengig av institusjonen, har undersøkt pasienten for å bringe på det reine om vilkåra i lova er oppfylte.

Metodisk har vi nytta intervju, dokumentgransking og analysar av offentleg statistikk, primært talmaterialet som er innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) for dei siste tilgjengelige åra (2011 og 2012). Som følgje av at føretaka opplyste at offisiell statistikk for omfanget av tvangsbruken ikkje alltid er til å stole på, har vi henta inn kvalitetssikra tal direkte frå føretaka. Her har vi avgrensa materialet til 2013.

Internrevisjonen har hatt samtalar og intervju med informantar i ulike roller i systemet: leiinga i dei fire føretaka som ligg under Helse Vest RHF, leinga, behandlarar, miljøpersonale og merkantilt tilsette på dei ulike institusjonane i føretaka og dessutan erfaringskonsulenten ved eitt føretak. Private institusjonar er ikkje inkluderte i undersøkinga, men internrevisjonen har hatt eit møte med Jæren DPS. I tillegg har vi intervjuet leiarane av nokre av kontrollkommisjonane i alle fire føretaka. Til saman er det gjennomført 33 intervju med 75 personar.

Ein nærmare omtale av kriterium, metode og kjelder er [vedlegg](#) til rapporten.

Den samla vurderinga vår er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt godt nok grunnlag til å svare på formålet med og problemstillingane til prosjektet.

3 OMFANG OG FORMER

3.1 INNLEIING

Eit av hovudmåla i Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (1999–2008) var mest mogleg frivillig behandling. [Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikra bruk av tvang i psykisk helsevern](#), utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i 2006, hadde fire hovudmålsetjingar:

- auka frivillig innsats
- kvalitetssikra tvangsbruk
- auka kunnskap
- betre dokumentasjon av tvangsbruken

Bakgrunnen for å utvikle tiltaksplanen var at tilgjengeleg statistikk viste at ein stor del av innleggingane i det psykiske helsevernet var på tvang, og at prosentdelen hadde vært stabilt høg over tid.

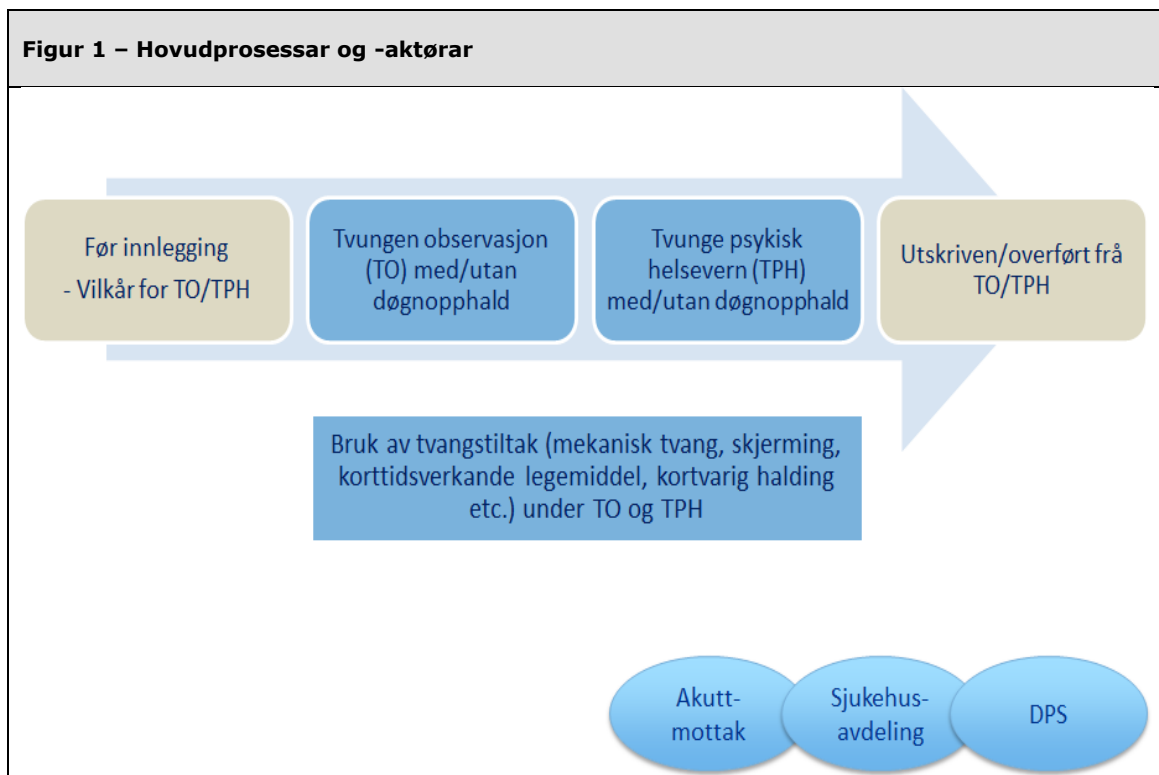
Av problemstillingane vi omtalte i [førre kapittel](#), skal vi i dette kapitlet belyse desse:

- Kva typar tvang blir det brukt?
 - I kor stor utstrekning blir det brukt tvang?
 - I kva tilfelle blir det brukt tvang?

Vi skal på dei neste sidene vise kva statistikken fortel oss om omfanget, og vi baserer oss på både nasjonale statistikkar og kvalitetssikra statistikk som føretaka i Helse Vest har utarbeidd spesielt for dette internrevisjonsprosjektet. Vidare baserer vi oss på ulike andre skriftlege kjelder og informasjon innhenta i intervjuar for å beskrive omfanget av tvangsbruken.

3.2 FORMER FOR TVANG

Tvang i psykisk helsevern handlar om at pasientar blir eller kan bli tvangsinnlagde, og om at spesialisthelsetenesta bruker ulike former for tvangstiltak i kontakten med pasienten. Dette har vi prøvd å illustrere i figuren nedanfor.



Der er to hovudformer for tvangsinnlegging:

Tvungen observasjon (TO): Tvungen observasjon blir brukt dersom ein er usikker på om vilkåra for tvunge psykisk helsevern er oppfylte. Ved tvungen observasjon kan pasienten bli halden tilbake på institusjon inntil ti dagar for å kartleggje tilstanden.

Tvunge psykisk helsevern (TPH): Pasienten kan bli tvangsinnlagd på institusjon på ubestemt tid, utan eige samtykke. Her skil ein på om det er med eller utan døgnopphald på institusjon.

I tillegg gir lov om psykisk helsevern høve til å nytte ulike typar tvangstiltak.

Dei einingane i spesialisthelsetenesta som er involverte i desse prosessane, er akutt-mottaka, ulike sjukehusavdelingar og dei distriktpsykiatriske sentera (DPS).

3.2.1 REVISJONSKRITERIUM

Eit overordna mål i oppdragsdokument 2013 til Helse Vest var å få til ei omstilling innanfor det psykiske helsevernet, slik at DPS-a blir i stand til å ta seg av enkelte allmennpsykiatriske funksjonar, mellom anna akuttfunksjonar, gjennom heile døgnet. Det heiter vidare at psykisk helsevern i størst mogleg grad skal leggje til rette for frivillige og brukarstyrte tilbod. Det har vore eit mål at det blir utarbeidd regionale planar for omstilling. Planane skulle vise framdrift for utviklinga av DPS, spissa sjukehusfunksjonar og overføring av ressursar frå sjukehus til DPS.

Vidare heiter det konkret i HOD sitt oppdragsdokument 2013 til Helse Vest:

- Prosentdelen tvangsinnleggingar er redusert med 5 % i samarbeid med dei kommunale tenestene.
- Prosentdelen tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.

Departementet la til grunn følgjande styringsparametrar:

- prosentdel tvangsinnleggingar (talet per 1000 innbyggjarar i opptaksområdet)
- prosentdel tvangsbehandlingstiltak (talet per 100 000 innbyggjarar > 18 år)

3.2.2 TAL FOR HELSE VEST

Regional plan for psykisk helsevern blei styrebehandla hausten 2011. Helseføretaka har i tråd med overordna plan laga egne lokale planar som alle inneheld tiltak for å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken. Helseføretaka har med grunnlag i planane sett i verk ei rekkje tiltak, og Helse Vest rapporterte i årleg melding for 2013

- at talet på tvangsinnleggingar er redusert med 5 prosent i samarbeid med dei kommunale tenestene
- at det er blitt 5 prosent færre tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering)

Tala i dei to tabellane nedanfor er henta frå nettsidene til Helsedirektoratet og viser innlegging til tvungen observasjon og tvunge psykisk helsevern per 1000 innbyggjarar i opptaksområdet.

Tabell 1 – Innleggingar til tvungen observasjon og tvunge psykisk helsevern i alle helseregionar for 2011/2012 Kjelde: ([Helsedirektoratet](#))

	2011 TO/TPH		2012 TO/TPH	
Helseregion	Inntak per 1000 (2011)	Tal (2011)	Inntak per 1000 (2012)	Tal (2012)
Helse Vest RHF*	3,9	3086	3,4	2774
Helse Nord RHF	2,7	992	2,5	887
Helse Sør-Øst RHF	2,1	4644	2,1	4720
Helse Midt RHF	0,6	335	0,7	417

*90 av inntaka for 2011 og 79 av inntaka for 2012 gjeld private institusjonar i Helse Vest RHF.

På landsbasis blei det registrert 2,2 innleggingar på tvang per 1000 innbyggjarar i 2012. Helse Vest har, som tabellen viser, den høgaste prosentdelen med 3,4 innleggingar på tvang per 1000 innbyggjarar.

For føretaka i Helse Vest er fordelinga slik:

Tabell 2 – Innleggingar til tvungen observasjon og tvunge psykisk helsevern for Helse Vest 2011/2012 (Kjelde: [Helsedirektoratet](#))

	2011 TO/TPH		2012 TO/TPH	
Helseføretak	Inntak per 1000 (2011)	Tal (2011)	Inntak per 1000 (2012)	Tal (2012)
Bergen	4,3	1397	3,6	1175
Fonna	3,5	464	3,1	413
Førde	0,8	66	1,4	119
Stavanger	4,2	1069	3,8	988
Helse Vest RHF*	3,9	3086	3,4	2774

*90 av inntaka for 2011 og 79 av inntaka for 2012 gjeld private institusjonar i Helse Vest RHF.

Sjølv om tal frå Norsk Pasientregister (NPR) viser at Helse Vest ligg høgast relativt sett på tvangsinnleggingar i landet, er det likevel ein reduksjon på om lag 12 prosent frå 2011 til 2012. Helse Bergen og Helse Stavanger har flest tvangsinnleggingar i Helse Vest med høvesvis 3,6 og 3,8 tvangsinnleggingar per 1000 innbyggjarar i 2012. For Helse Stavanger utgjer det ein reduksjon på 9,5 prosent frå 2011 til 2012. Helse Bergen har tilsvarende hatt ein reduksjon på 16,2 prosent. Helse Førde har den lågaste delen med 1,4 tvangsinnleggingar per 1000 innbyggjarar.

Helsedirektoratet presiserer at ein må vere varsam med å tolke resultata fordi manglar i registreringa gjer at tala ikkje er fullstendige frå alle regionane. Helse Vest RHF skriv i Årleg melding at «registreringa har tidlegare vore svært ufullstendig og lite eigna for samanlikning». Også i internrevisjonen sine møte med føretaka har det komme fram at dei opplever offisiell statistikk som lite påliteleg. I Helse Bergen har dei vore klare på at

tala for 2012 og 2011 ikkje kan brukast for deira del. Helse Stavanger seier det same om 2012.

Det betyr at det ikkje ligg føre pålitelege tal for å vise utviklinga over tid i Helse Vest. Vi har bedt føretaka utarbeide ei spesifisert oversikt over tvangsbruken i Helse Vest, avgrensa til 2013. Hovudtala går fram av tabellen nedanfor og vil bli viste meir detaljert utover i rapporten.

Tabell 3 - Omfanget av § 3-vedtak (TO/TPH) og § 4-vedtak i Helse Vest, 2013 (Kjelde: Helseføretaka)

Helseføretak	Vedtak om TO/TPH	TO/TPH av alle innleggingar	Sum § 4-vedtak
Helse Bergen	761	20 %	2113
Helse Fonna	435	22 %	1055
Helse Førde	97	10 %	193
Helse Stavanger	586	20 %	4521
Helse Vest RHF	1879	20 %	7882

Tala skiljer ikkje mellom kvar pasientane seinare får sin behandling, i privat DPS eller DPS under HF.

Vi ser her at det er langt færre TO/TPH-vedtak (1879) enn i 2011 og 2012, dersom vi legg nasjonal statistikk til grunn. Tolkingar vil vi komme tilbake til, men det er ingen grunn til å tru at det har skjedd ei reell halvering av tvangsinnleggingane på eit år, slik tala tyder på.

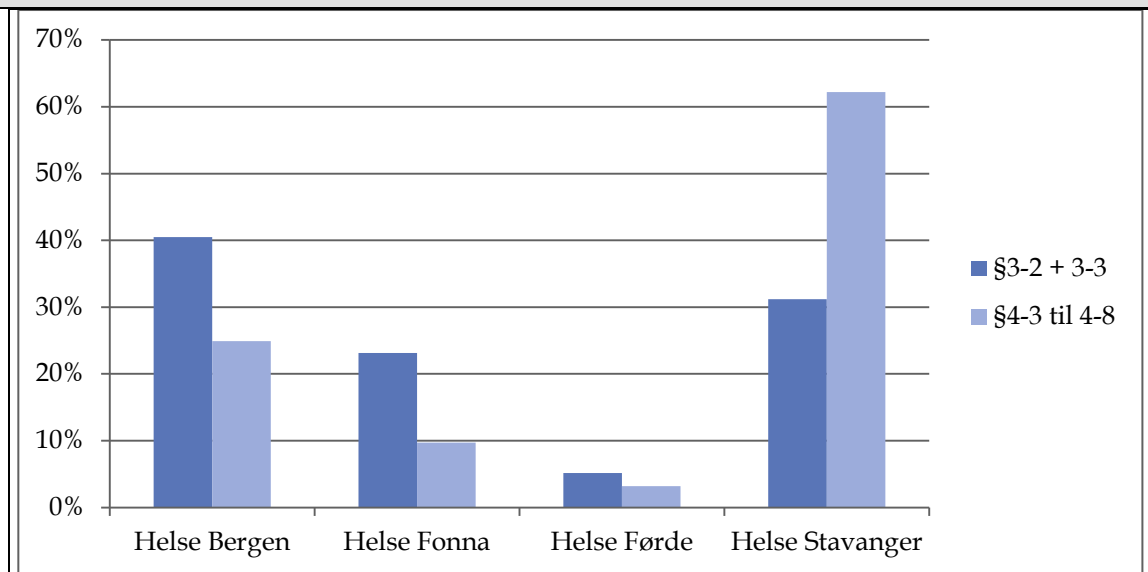
Tabellen viser òg at Førde er minst tilbøyeleg til å vedta tvungen observasjon eller tvunge psykisk helsevern (10 %), mens i Bergen er 20 % av alle innleggingane på tvang.

Grunnlagstala for tabellen viser at det totalt har vore gjort 947 vedtak om tvungen observasjon og 932 vedtak om tvunge psykisk helsevern med eller utan døgnopphald i 2013. Dei fleste vedtaka er gjorde ved akuttpostane til sjukehuset. DPS-a har sjølv få vedtak, men vidarefører som regel vedtak som er gjorde på sjukehuset. Problem med registreringa og pasientar som ligg inne med doble vedtak i systemet, har ført til at det har vore vanskeleg å få fram korrekte tal. Der helseføretaka har vore usikre på om tala er pålitelege, har dei kvalitetssikra tala manuelt.

Den høgre kolonnen i tabellen ovanfor (§ 4-vedtaka) femner om ulike sider ved tvangsbruken på institusjonane, både for pasientar som er innlagde til tvunge psykisk helsevern, og pasientar som er innlagde til frivillig psykisk helsevern. Her har vi heller ikkje historiske tal, men vi ser store skilnader mellom føretaka: Stavanger står for over halvparten av § 4-vedtaka i Helse Vest.

Dette er visualisert i figuren nedanfor.

Figur 2 – Føretaka sin prosentdel av tvangsvedtaka i Helse Vest, 2013 (Kjelde: Helseføretaka)



Internrevisjonen får opplyst at registrering av bruk av mekanisk tvang (§ 4-8a) og korttidsverkande legemiddel (§ 4-8c) er mest nøyaktig. Det same gjeld skjerming og behandling utan eige samtykkje. Praksis er meir usikker når det gjeld registrering og rapportering av §§ 4-5 til 4-7, som går på innskrenking i samkvem med omverda, undersøking av rom og eigedelar, beslag og urinprøver.

Det at ein fleire stader har begynt å vedtaksføre og rapportere tvangstiltak som tidlegare ikkje blei rapportert, kan forklare ein del av dei høge tala. Akuttmottaka påpeiker at rusproblematikk kombinert med psykose og utagering er eit aukande problem, og det er i denne gruppa § 4-vedtaka er mest utbreidde. Føretaka viser òg til at politiet ønskjer å overføre stadig fleire personar til psykisk helsevern, mellom anna for å redusere glattcellebruken. Det har ein sett tydeleg i Haugesund, Bergen og Stavanger, og det blir hevda at denne utviklinga er med på å påverke tvangstala. Stadig fleire pasientar kjem til akuttmottaka frå politiet via legevakta med tilvising på tvang.

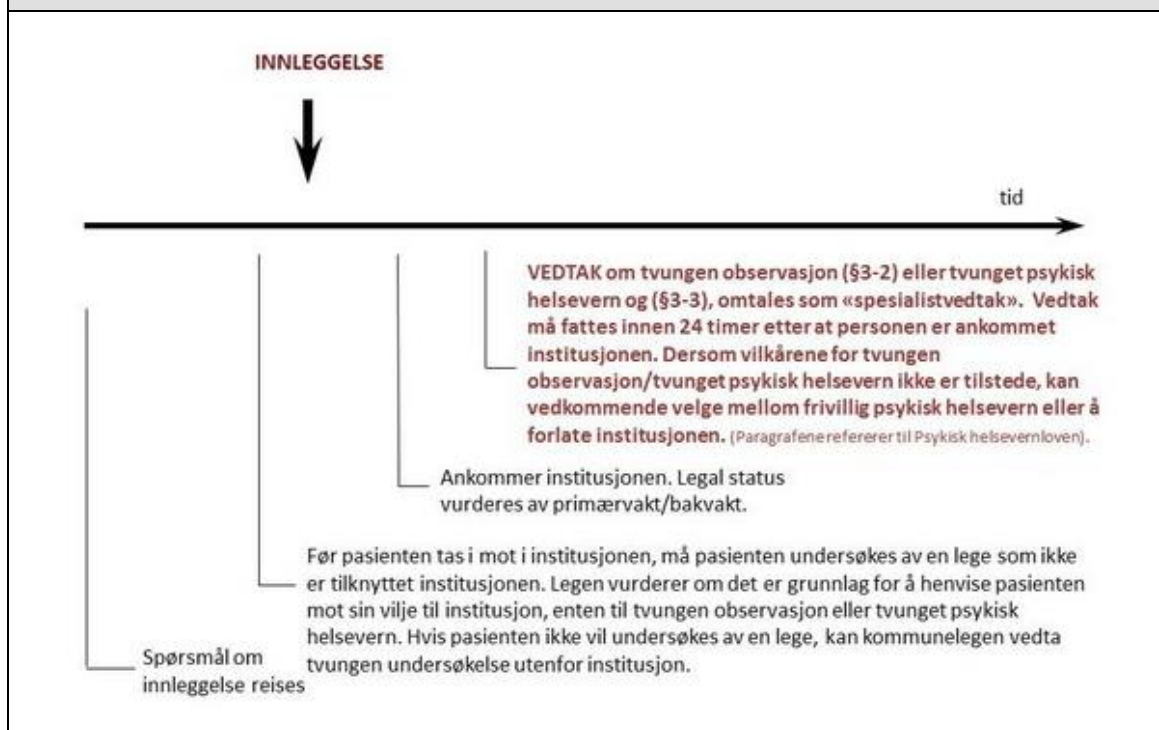
På dei neste sidene skal vi ta for oss dei meir detaljerte tala.

3.3 PROSESS FOR INNLEGGING PÅ TVANG

Det er spesialisthelsetenesta som skal gjere vedtak om tvang, anten det gjeld vedtak om tvungen observasjon (der ein er i tvil) eller vedtak om tvunge psykisk helsevern. Lovverket stiller ei rekkje krav til saksbehandlinga, og det er etablert ei særskild kontrollordning for å vareta rettstryggleiken til pasientane (kontrollkommisjon).

Illustrasjonen nedanfor viser hovudstega i prosessen fram mot vedtak. Eit nærmare utdrag frå Tvangsforsk si prosessbeskriving følgjer i [vedlegg](#).

Figur 3 – Prosessen for innlegging på tvang (Kjelde: [Tvangsforsk](#))



Kort sagt vil pasienten bli tilvist av ein lege som er uavhengig av institusjonen, oftast fastlege eller legevakt. Innan 24 timar skal pasienten vere undersøkt av ein spesialist, som skal sjå til at vilkåra i lova er oppfylte. Tvunge psykisk helsevern kan ikkje etablerast utan at ein spesialist personleg har undersøkt pasienten.

Vidare stiller lova krav om at frivillig psykisk helsevern skal forsøkast dersom det er mogleg.

Den fagleg ansvarlege gjer så eit vedtak på grunnlag av undersøking av pasienten. Lova krev at for å leggje inn ein person på tvang må vedkommande ha ei alvorleg sinnsleding. Dessutan skal tvang vere nødvendig for å hindre at tilstanden til pasienten blir forverra, eller at han utset seg sjølv eller andre for fare.

3.3.1 REVISJONSKRITERIUM

Lov om psykisk helsevern seier (med lenkje til lovteksten):

[§ 3-2](#) (tvungen observasjon)

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen observasjon er oppfylt: (...)

[§ 3-3](#) (tvunge psykisk helsevern)

På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvungen psykisk helsevern er oppfylt:

3.3.2 FUNN

Tabellen nedanfor viser omfanget av tvangsinnleggingar til observasjon og behandling i Helse Vest i 2013 slik det er rapportert inn til internrevisjonen frå helseføretaka. Dei tre kolonnane til venstre viser talet på vedtak per føretak og institusjon. Midtkolonnen viser summen av frivillige og tvungne innleggingar. Kolonnane til høgre visar tvangsvedtaka i prosent av alle innleggingar.

Ifølgje føretaka sine egne tal blei det totalt gjort 1879 vedtak om innlegging til tvungen observasjon (TO) og tvunge psykisk helsevern (TPH) i Helse Vest i 2013. Det er ein reduksjon på 1117 innleggingar frå 2011 og ein reduksjon på 816 innleggingar frå 2012 (samanlikna med NPR-tal). Kvaliteten på datamaterialet vil bli drøfta nærmare i [kapittel 4](#).

Tabell 4 - Omfanget av § 3-vedtak (tvangsinnleggingar TO/TPH) per føretak og institusjon, 2013 (Kjelde: Helseføretaka)

Eining	§3-2-vedtak (TO)	§3-3-vedtak (TPH)	Vedtak TO og TPH	Sum innleggingar	§ 3-2-vedtak i % (TO)	§ 3-3-vedtak i % (TPH)	§ 3-2- og § 3-3-vedtak av alle innleggingar
Helse Bergen	449	312	761	3771	12 %	8 %	20 %
Psyk. klinikk (PAM 1 og 2, affektiv, psykose)	448	292	740	2203	20 %	13 %	34 %
Bjørqvinn DPS	0	6	6	726	0 %	1 %	1 %
Kronstad DPS	1	10	11	590	0 %	2 %	2 %
Øyane DPS	0	4	4	252	0 %	2 %	2 %
Helse Fonna	132	303	435	2022	7 %	15 %	22 %
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	63	90	153	685	9 %	13 %	22 %
Valen	63	69	132	309	20 %	22 %	43 %
Følgeforn DPS	1	6	7	224	0 %	3 %	3 %
Karmøy DPS	0	18	18	208	0 %	9 %	9 %
Haugesund DPS	5	120	125	596	1 %	20 %	21 %
Stord DPS	0	0	0	i.o.	i.o.	i.o.	i.o.
Helse Førde	39	58	97	940	4 %	6 %	10 %
Psykiatrisk klinikk	35	56	91	735	5 %	8 %	12 %
Indre Sogn Psyk.	4	0	4	2	200 %	0 %	200 %
Nordfjord DPS	0	2	2	203	0 %	1 %	1 %
Helse Stavanger	327	259	586	2872	11 %	9 %	20 %
Spesialavd. vaksne (aff. og psykose, akutt, alder og tryggleik)	316	230	546	1683	19 %	14 %	32 %
AUV – Engelsvoll	0	0	0	5	0 %	0 %	0 %
AUV – Gausel	0	0	0	6	0 %	0 %	0 %
AUV – TSB	0	0	0	53	0 %	0 %	0 %
Sola DPS	3	10	13	305	1 %	3 %	4 %
Dalane DPS	0	7	7	151	0 %	5 %	5 %
Ryfylke DPS	6	5	11	162	4 %	3 %	7 %
Sandnes DPS	2	4	6	343	1 %	1 %	2 %
Stavanger DPS	0	3	3	164	0 %	2 %	2 %
Totalt Helse Vest	947	932	1879	9605	10 %	10 %	20 %

i.o. = ikkje oppgitt av føretaket

Som oversikta viser, skjer dei fleste innleggingar på tvang i akuttavdelingar på sjukehusa. Når pasientane kjem til akuttmottaket, blir dei tekne imot av ei forvakt, som van-

legvis er lege i spesialisering (LIS-lege), og så møter dei ein spesialist neste dag¹. Spesialisten vurderer om det er grunnlag for å fatte tvangsvedtak, og gjer eventuelt vedtaket sjølv.

Ut frå samtalar med leiinga, dei tilsette og kontrollkommisjonar har internrevisjonen inntrykk av at mottaka held fristen om at pasienten skal bli undersøkt av spesialist innan 24 timar.

Kravet er at det skal vere to uavhengige legevurderingar bak eit vedtak om innlegging på tvang. Oftast vil det vere handtert ved at pasienten er tilvist frå lege(vakt), og at psykiater på sjukehuset gjer den andre vurderinga. Enkelte av einingane har tidlegare hatt saker der dette kravet har vore utfordra, særleg dersom ein lege både har stilling på legevakt og i spesialisteininga. Vi får opplyst at dette er blitt handtert korrekt.

Internrevisjonen har gått igjennom tilsend dokumentasjon og prosedyrar og har ikkje noko spesielt å påpeike når det gjeld prosessen for innlegging på tvang. Når det gjeld oppgåvene til kontrollkommisjonen, kjem vi tilbake til dette i avsnittet om [system for å handtere tvangsbruken](#).

Fleire blir tilviste på tvang utanom ordinær arbeidstid. På dagtid blir dei fleste pasientane tilviste frå fastlege, mens innlegging på kveld, natt og i helg oftast skjer via legevakt. Internrevisjonen blir fortalt at dersom legen ikkje kjenner pasienten frå før, er det større sjanse for at vedkommande blir tilvist på tvang. Legevaktlegar nyttar dessutan oftare politi ved innlegging enn fastlegar. Det blir òg vist til at legar med lang erfaring sjeldnare legg inn på tvang enn mindre erfarne legar.²

Forsking rundt faktorar som påverkar omfanget av tilvising på tvang støttar opp om funna. Andre faktorar som er med å auke bruken av tvang, er om pasienten har vore i kontakt med politiet, eller om vedkommande har hatt kontakt med helsevesenet dei siste to døgn. Dersom pasienten ikkje har eigen bustad, har hallusinasjonar og vrangforestillingar, spelar det òg inn. Det same gjer høgt aggresjonsnivå og låg GAF-skår³. I tillegg er det meir sannsynleg at pasienten blir tilvist på tvang dersom han er mann, ikkje er etnisk norsk, er ugift, har lågt utdanningsnivå og er uføretrygda.⁴

¹ Stavanger ønskjer å presisere at «Når pasienten kjem til akuttmottaket blir dei tatt imot av ein forvakt som er lege med lisens, legestudent med lisens, turnuskandidat eller lege i spesialisering (LIS lege), og møter spesialist seinest neste dag.»

² Stavanger presiserer på grunnlag av eigne målingar gjennom mange år «at pasienter tilvist på observasjonsparagraf øker fra dag til kveld og natt. Pasienter tilvist på tvungen psykisk helsevern avtar fra dag til kveld og natt. Økende grad av tilvist observasjon skyldes trolig at legevakt kjenner pasienten for dårlig til at man kan innlegge på tvungent psykisk helsevern, og man har færre kilder fra pårørende og kommunal helsetjeneste/fastleger til eventuelt å beslutte at det er forsvarlig å legge inn på frivillig paragraf. Legevakten må handle raskt, kjenner ikke pasienten fra før, og da vil sannsynligvis tilvist på observasjonsparagraf øke.»

³ GAF-skår er eit omgrep for å beskrive symptom- og funksjonsnivået til ein pasient, med andre ord psykisk symptombelastning på ein hypotetisk kontinuerleg skala for mental helse/sjukdom.

⁴ Kjelde: K. Hustoft et al. / International Journal of Law and Psychiatry 36 (2013) 136–143.

Fleire meinte det også kunne vere interessant å sjå på lengda av tvangsvedtaka. Spesielt i samband med helg er rus eit stort problem, og ein kan sjå ei opphoping av tvangsinnleggingar i helgane. Ein del av desse vedtaka blir oppheva når rusen er ute av kroppen og symptoma til pasienten forsvinn.

Informantane opplever at det er blitt fleire innleggingar relaterte til rus og utagerande åtferd. Internrevisjonen blei fortalt at denne pasientgruppa byr på særlege utfordringar, sidan dei ofte er meir ubereknelege i framferda enn andre pasientar. Andre faktorar som kan ha noko å seie for bruken av tvang, er fysisk utforming av lokala, og dessutan haldningar og kunnskap blant dei tilsette.

Det har i det offentlege ordsiftet vore antyda at terskelen for å bli innlagd til psykiatrisk behandling har blitt høgare den siste tida, og at det kan føre til at pasientar «legg seg inn på TO/TPH for å få plass». Ingen av informantane i Helse Vest kjenner seg igjen i dette.

3.4 PROSESSAR FOR TVANGSMIDDELBRUK

Som for innlegging er bruken av ulike tvangstiltak mest utbreidd ved akuttavdelingar i sjukehusa. Det er heller ikkje alle DPS-a som er godkjende for tvang. Dessutan har DPS-a praktisk talt opne dører, noko som gjer det vanskelegare å halde pasienten tilbake med tvang. Lovverket krev at all bruk av tvang skal dokumenterast (protokollførast).

Tabellen nedanfor viser tala vi har henta inn frå helseføretaka. Slik internrevisjonen vurderer det, gir tala likevel ikkje eit fullstendig bilde av tvangsbruken. Ut frå det internrevisjonen får opplyst, er feilregistrering og -rapportering vanleg i alle regionane. Dette vil bli diskutert meir utførleg i eit [seinare](#) kapittel.

Tabell 5 – § 4-vedtak i Helse Vest, 2013 (Kjelde: Helseføretaka)

Føretak	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Førde	Helse Stavanger	Totalt Helse Vest
§ 4-3: Skjerming med vedtak eller forlenging av vedtak med skjerming.	614	164	46	782	1606
§ 4-4: Tvangsbehandling med legemiddel eller ernæring utan eige samtykke.	224	39	28	95	386
§ 4-5: Innskrenkingar i samkvem med omverda	191	38	11	87	327
§ 4-6: Undersøking av rom, eigendelar samt kroppsvisitasjon	125	40	1	71	237
§ 4-7: Beslag	11	2	1	13	27
§ 4-7a: Urinprøve	0	0	0	0	0
Sum §§4-3 til 4-7	1165	283	87	1048	2583
§ 4-8a: Vedtak om bruk av mekanisk tvang	144	215	51	1831	2241
§ 4-8b: Vedtak om bruk av isolasjon	8	4	0	515	527
§ 4-8c: Vedtak om bruk av korttidsverkande legemiddel	167	56	40	155	418
§ 4-8d: Kortvarig fasthalding	29	33	15	230	307
§ 4-9: Kontrollundersøking	267	116	0	253	636
§ 4-10: Overføring	333	348	0	489	1170
Sum §§4-3 til 4-8	1513	591	193	3779	6076
Sum §§4-8 til 4-10	948	772	106	3473	5299
Sum §§4-3 til 4-10	2113	1055	193	4521	7882

Stavanger gjer om lag 60 % av alle vedtaka og nær sagt alle vedtaka om mekanisk tvang (beltelegging), isolasjon og kortvarig fasthalding. Det verkar å vere langt høgare enn kva ein skulle vente⁵. Vi kjem tilbake til tolkingar i kapittel 4.

Vi skal på dei neste sidene gå gjennom kvar form for tvangsvedtak, utdjupa tala frå tabellen ovanfor ned på institusjonsnivå og samtidig beskrive kva som skjer. Etterpå vil vi drøfte korleis føretaka arbeider med å sikre korrekt rapportering.

⁵ Det vil føre for langt å detaljere dette meir, men vi tar med at Stavanger viser til at avrusingspasientar blir talt med hos dei, mens ein i Bergen handterer slike pasientar i annan del av organisasjonen. Dette er en gruppe som kan ha mange tvangsvedtak. Internrevisjonen har ikkje gått inn nærare inn på dette i denne omgangen.

3.4.1 SKJERMING (§ 4-3)

Tabell 6 – Vedtak om skjerming (§ 4-3) i 2013 (Kjelde: Helseføretaka)

Eining	§ 4-3
Helse Bergen	614
Psyk. klinikk (PAM 1 og 2, affektiv, psykose)	606
Björgvin DPS	3
Kronstad DPS	i.o
Øyane DPS	5
Helse Fonna	164
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	75
Valen	88
Folgefonn DPS	0
Karmøy DPS	0
Haugesund DPS	1
Stord DPS	0
Helse Førde	46
Psykiatrisk klinikk	46
Indre Sogn Psyk.	0
Nordfjord DPS	0
Helse Stavanger	782
Spesialavd. vaksne	742
AUV – Engelsvoll	2
AUV – Gausel	0
AUV – TSB	0
Sola DPS	15
Dalane DPS	18
Ryfylke DPS	2
Sandnes DPS	2
Stavanger DPS	1
Totalt Helse Vest	1606

Skjerming er eit tiltak for å skjerme pasienten frå andre pasientar eller tilsette når det er nødvendig for å bevare eit forsvarleg behandlingstilgjeld. Skjerming kan setjast i verk både når pasienten er under frivillig behandling, og under tvunge opphald. Skjerming er regulert gjennom § 4-3 i lov om psykisk helsevern. Det inneber mellom anna at skjermingstiltak utover 24 timar skal vedtaksfestast, og dersom pasienten blir overført til skjerming, skal det gjerast vedtak ut over 12 timar.

Lova seier (§ 4-3):

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

Tabellen viser at Helse Vest totalt gjorde 1606 vedtak om skjerming i 2013. Dei fleste skjermingsvedtaka blir gjorde på sjukehus. Det er lite bruk av skjerming på DPS-a, for berre nokre av dei har eigne skjermingseiningar eller -rom, så pasientar som er så dårlege at dei treng skjerming, blir som oftast heller overførte (tilbakeførte) til sjukehuset, eller dei blir ikkje overførte til DPS-a før dei er betre.

Helseføretaka har utarbeidd interne skriftlege retningslinjer som omtaler skjerming. Desse synest å bli brukte i varierende grad. Fleire av legane vi spurde, kjende ikkje til at føretaket hadde eigne retningslinjer, men brukte lovteksten.

[Kunnskapssenteret](#) fann i ein samlestudie store ulikskapar når det gjeld bruk av skjerming og tvangsmedisinering mellom akuttpsykiatriske avdelingar i Noreg, sjølv når det er justert for dei individuelle symptomata til pasientane.

⁶ Kjelde: <http://www.tvangsforskning.no/omfang-av-bruk-av-tvang-i-norge-oppdateret-2012>

Det var lite i denne internrevisjonen, både i den tilsende dokumentasjonen og i intervju, som gjer at vi kan stille spørsmål ved formelle rutinar for skjerming i føretaka. Derimot er det grunn til å stille spørsmål ved kvifor Helse Stavanger står for 49 % av alle desse vedtaka i Helse Vest. Er det registreringspraksisen som er ulik, eller er det skjermingspraksisen som er ulik?

3.4.2 BEHANDLING UTAN EIGE SAMTYKKE, § 4-4

Tabell 7 - Vedtak om behandling utan eige samtykke (§ 4-4) i 2013 (Kjelde: Helseføretaka)

Eining	§4-4
Helse Bergen	224
Psyk. klinikk (PAM 1 og 2, affektiv, psykose)	210
Bjørgvin DPS	6
Kronstad DPS	i.o
Øyane DPS	8
Helse Fonna	39
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	8
Valen	27
Følgefonn DPS	0
Karmøy DPS	0
Haugesund DPS	2
Stord DPS	2
Helse Førde	28
Psykiatrisk klinikk	23
Indre Sogn Psyk.	3
Nordfjord DPS	2
Helse Stavanger	95
Spesialavd. vaksne	80
AUV – Engelsvoll	
AUV – Gausel	
AUV – TSB	
Sola DPS	4
Dalane DPS	
Ryfylke DPS	6
Sandnes DPS	3
Stavanger DPS	2
Totalt Helse Vest	386

Ifølgje psykisk helsevernlova § 4-4 kan pasientar undersøkjast og behandlast utan eige samtykke dersom det er i tråd med fagleg anerkjende metodar og forsvarleg praksis. Paragrafen viser til tvangsbehandling med legemiddel eller tvangsernæring. Pasienten sjølv eller dei pårørande kan klage vedtaket inn til Fylkesmannen. I alle andre vedtak er det kontrollkommissjonen som er klageinstans. Paragrafen kan berre nyttast på pasientar som er under tvunge psykisk helsevern.

Lova seier (§ 4-4):

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

a.

Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

b.

Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ.

Innrapporterte tal viser at føretaka samla sett gjorde 386 vedtak om behandling utan eige samtykke i 2013. Akuttmottaka i Bergen og Stavanger rapporterer dei høgaste tala. For DPS-a kan det vere aktuelt å nytte paragrafen når pasienten er underlagd tvunge psykisk helsevern og det ligg føre vedtak om behandling utan samtykke frå pasienten.

Dei interne retningslinjene til alle føretaka seier at ein skal prøve frivillige løysingar før ein gjer vedtak om tvungen behandling. Det er ikkje uvanleg at pasienten i starten

motset seg behandling, men at dei etter kvart som det blir skapt ein god allianse, får pasienten til å ta imot behandling frivillig. Det kan vere vanskeleg å måle det reelle omfanget i og med at mange pasientar frivillig går med på å ta medisinen, mens andre gjer det av frykt for at det skal bli brukt tvang dersom dei nektar. Derfor kan ein ikkje sjå bort frå at det finst mørketal her.

Det kom ikkje fram forhold i revisjonen som vi vil trekkje fram her, anna enn at talet sannsynlegvis er høgare enn det som er rapportert.

3.4.3 SAMKVEM MED OMVERDA, § 4-5

Tabell 8 - Vedtak om innskrenking i samkvemet med omverda (§ 4-5) i 2013 (Kjelde: Helseføretaka)	
Eining	§ 4-5
Helse Bergen	191
Psyk. klinikk (PAM 1 og 2, affektiv, psykose)	191
Björgvin DPS	0
Kronstad DPS	i.o
Øyane DPS	0
Helse Fonna	38
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	15
Valen	21
Følgefonn DPS	1
Karmøy DPS	0
Haugesund DPS	1
Stord DPS	0
Helse Førde	11
Psykiatrisk klinikk	11
Indre Sogn Psyk.	0
Nordfjord DPS	0
Helse Stavanger	87
Spesialavd. voksne	87
AUV – Engelsvoll	
AUV – Gausel	
AUV – TSB	
Sola DPS	
Dalane DPS	
Ryfylke DPS	
Sandnes DPS	
Stavanger DPS	
Totalt Helse Vest	327

Lova seier (§ 4-5):

For den som er under tvungen psykisk helsevern i form av døgnoophold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i retten til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker for inntil 14 dager, i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig.

Oversikta viser at Helse Vest samla rapporterte 327 vedtak. Dei fleste vedtaka er gjorde ved akuttavdelingar. Tidlegare var det ein del av husordensreglane ved fleire institusjonar at til dømes mobiltelefon blei oppbevart på låst rom under opphaldet. Dette er ikkje lenger vanleg praksis, sjølv om det finst forbod mot å bruke mobiltelefon i fellesområde.

Inntrykket til internrevisjonen er at det er ulik praksis når det gjeld registrering og rapportering av § 4-5.

3.4.4 UNDERSØKING AV ROM OG EIGEDELAR OG KROPPSVISITASJON, § 4-6

Lova seier (§ 4-6):

Ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnoophold, kan den faglig ansvarlige

med henblikk på dette vedta at pasientens rom og eiendeler skal undersøkes samt at det skal foretas kroppsvisitasjon av pasienten.

Tabell 9 – Vedtak om undersøking av rom og eiendeler (§ 4-6) i 2013 (Kjelde: Helseføretaka)

Eining	§ 4-6
Helse Bergen	125
Psyk. klinikk (PAM 1 og 2, affektiv, psykose)	124
Bjørgvin DPS	1
Kronstad DPS	i.o
Øyane DPS	0
Helse Fonna	40
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	0
Valen	39
Følgefonn DPS	1
Karmøy DPS	0
Haugesund DPS	0
Stord DPS	0
Helse Førde	1
Psykiatrisk klinikk	1
Indre Sogn Psyk.	0
Nordfjord DPS	0
Helse Stavanger	71
Spesialavd. vaksne	54
AUV – Engelsvoll	2
AUV – Gausel	
AUV – TSB	4
Sola DPS	1
Dalane DPS	
Ryfylke DPS	4
Sandnes DPS	4
Stavanger DPS	2
Totalt Helse Vest	237

I 2013 blei det gjort 237 vedtak etter denne paragrafen. I nær alle einingar verkar det å ha vore slik at interne husordensreglar har vore brukte til å regulere bruken av undersøkingar av rom, eiendelar og kropp. Det har vore vanleg rutine at ein går gjennom bagasjen til pasientane, og mange stader kroppsvisiterer ein både pasientar og besøkjande.

Forståinga av denne paragrafen har vore omdiskutert i det psykiske helsevernet lenge, og motstanden mot å gå bort frå ein generell undersøkingsregel og heller skulle gjere vedtak ved konkret mistanke av einskildpasientar, har vore stor. Mykje av motstanden har vore grunngitt med at det vil vere svært tidkrevjande med vedtaksføring, og at det vil vere vanskeleg å administrere i praksis. Helsedirektoratet sende hausten 2012 ut eit rundskriv ([IS-9/2012](#)) der det blei presisert at «det ikke kan fastsettes adgang til rutinemessig ransaking av pasientens bagasje i husordensreglement».

Arbeidet til kontrollkommisjonen blir vanskeleg dersom tvangen ikkje er vedtaksført, og enkelte DPS og sjukehusavdelingar verkar å ha generell mangel på vedtaksføring. Mange praktiserer at dei

gjør vedtak berre når pasienten har motsett seg undersøking.

Alle akuttmottaka har, og har hatt, rutine for å gå gjennom bagasjen til pasientar som kjem til mottaket. DPS-a har varierende praksis knytt til dette punktet. Fleire har ein etablert praksis at det blir gjort vedtak dersom pasienten nektar gjennomgang, andre låser inn bagasjen dersom pasienten nektar undersøking. Mange meiner at dersom pasienten går med på frivillig gjennomgang, treng ein ikkje gjere vedtak, noko som ut frå rundskrivet frå Helsedirektoratet er i strid med lovverket.

Akuttmottaka i Bergen og Stavanger har installert metalldetektor som pasientar og besøkjande skal gå igjennom. Metalldetektoren blei installert som ein konsekvens av episodar der pasientar hadde truga tilsette med kniv. Sjølv om internrevisjonen får opplyst at praksisen er i grenseland reint juridisk, har akuttmottaka varsla at dei ønskjer å bruke metalldetektor. Fleire informantar peika på at arbeidsmiljølova og psykisk helsevern-lova kjem i konflikt med kvarandre når det gjeld omsynet til pasientar versus tryggleiken til dei tilsette. Etter det internrevisjonen erfarer, har kontrollkommisjonane

inntil vidare akseptert praksisen med metalldetektor på akuttmottaka i Stavanger og Bergen.

Internrevisjonen finn at tidlegare «husordensreglar» ikkje sikra korrekt praksis for å gjere tvangsvedtak etter § 4-6. Det har blitt gjort for få vedtak, og omfanget av denne typen tvangsmiddel har dermed òg vore underrapportert. Ut frå opplysingar i intervju, med negative utsegner til å måtte endre praksis, finn internrevisjonen grunn til å rå føretaka til å følgje opp dette området særskilt i tida framover.

3.4.5 BESLAG, § 4-7, OG URINPRØVE, § 4-7A

Tabell 10 – Vedtak om beslag (§ 4-7) i 2013 (Kjelde: Helseføretaka)

Eining	§ 4-7	§ 4-7a
Helse Bergen	11	0
Psyk. klinikk (PAM 1 og 2, affektiv, psykose)	9	
Björgvin DPS	2	
Kronstad DPS	i.o.	
Øyane DPS	i.o.	
Helse Fonna	2	0
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	0	
Valen	2	
Følgefonna DPS	0	
Karmøy DPS	0	
Haugesund DPS	0	
Stord DPS	0	
Helse Førde	1	0
Psykiatrisk klinikk	1	
Indre Sogn Psyk.	0	
Nordfjord DPS	0	
Helse Stavanger	13	0
Spesialavd. vaksne	9	
AUV – Engelsvoll		
AUV – Gausel		
AUV – TSB		
Sola DPS	4	
Dalane DPS		
Ryfylke DPS		
Sandnes DPS		
Stavanger DPS		
Totalt Helse Vest	27	0

Lova seier (§ 4-7):

Den faglig ansvarlige kan vedta at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand som blir funnet ved inngrep som nevt i §§ 4-5 fjerde ledd og 4-6 første ledd, skal beslaglegges.

Lova seier (§ 4-7 a):

Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan pasienten etter begjæring fra den faglig ansvarlige gi samtykke til at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp. Slik begjæring kan bare fremsettes dersom dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen.

Ved mistanke om at en pasient under tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern misbruker rusmidler, kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmisbruk i forbindelse med et behandlingsforløp.

For § 4-7 blei det gjort 27 vedtak i heile Helse Vest for 2013. Føretaka har ikkje oppgitt nokon

vedtak om tvungne urinprøvar (§ 4-7a).

Det er i det heile få vedtak om beslag. Etter det vi får opplyst, skal ei av årsakene vere at dei fleste pasientane frivillig går med på at institusjonen oppbevarer medisinar under institusjonsopphaldet. Og då har det ikkje vore vanleg praksis å føre vedtak. Potensielt farlege gjenstandar blir oftast oppbevarte bak låst dør og er ikkje direkte beslaglagde, og på den måten har ein tolka det slik at formelt vedtak ikkje er nødvendig.

Sjukehusavdelingar har strengare regime enn DPS-a, der ein har opne dører. Når pasientane fritt kan gå inn og ut, er det vanskelegare å kontrollere kva dei tek med seg inn i avdelinga. Behovet for slik kontroll verkar heller ikkje å vere like stort her.

Etter det internrevisjonen erfarer, blir det ikkje ført vedtak om urinprøvar. Årsaka skal vere at det er vanskeleg å gjennomføre desse prøvene reint praktisk dersom pasienten nektar, og at det er vanleg å få samtykke som ledd i behandlingsopplegget. Dersom slike prøvar er strengt nødvendige for helsehjelpa og pasienten både er underlagd TO/TPH og nektar, er det vanleg å heller ta blodprøve.

Internrevisjonen viser til at det berre blei gjort 27 beslag under 9605 innleggingar. Dersom dette talet er korrekt, kan det tyde på liten risiko for at pasientane tek med seg rusmiddel eller farlege gjenstandar. Det er derfor naturleg å spørje kvifor mange einingar har halde seg til ein generell ransakingsregel ved alle innleggingar, og framleis ser ut til å gjere det. Internrevisjonen finn det sannsynleg at institusjonane beslaglegg langt meir i løpet av året, men utan å gjere vedtak om beslag. Ein kallar det då «oppbevaring». Sett utanfrå kan ein stusse over denne praksisen.

3.4.6 BRUK AV TVANGSMIDDEL, § 4-8

Tabell 11 – Vedtak om bruk av tvangsmiddel (§ 4-8 a-d) i 2013 (Kjelde: Helseføretaka)

Eining	§ 4-8a	§ 4-8b	§4-8c	§4-8d
Helse Bergen	144	8	167	29
Psyk. klinikk (PAM 1 og 2, affektiv, psykose)	144	8	167	28
Björgvin DPS	0	0	0	0
Kronstad DPS	0	0	0	0
Øyane DPS	0	0	0	1
Helse Fonna	215	4	56	33
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	78	1	26	1
Valen	137	2	30	32
Følgefonn DPS	0	0	0	0
Karmøy DPS	0	0	0	0
Haugesund DPS	0	1	0	0
Stord DPS	0	0	0	0
Helse Førde	51	0	40	15
Psykiatrisk klinikk	51	0	40	15
Indre Sogn Psyk.	0	0	0	0
Nordfjord DPS	0	0	0	0
Helse Stavanger	1831	515	155	230
Spesialavd. vaksne	1830	515	155	225
AUV – Engelsvoll				1
AUV – Gausel				
AUV – TSB				
Sola DPS	1			1
Dalane DPS				
Ryfylke DPS				
Sandnes DPS				2
Stavanger DPS				1
Totalt Helse Vest	2241	527	418	307

Lova seier (§ 4-8):

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

Som tvangsmiddel kan anvendes:

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

Tvangsmiddel kan, når vilkåra er oppfylte, brukast både overfor pasientar som er frivillig innlagde, og overfor pasientar som er underlagde tvungen observasjon eller tvunge psykisk helsevern. På dette området har kontrollkommisjonane frå 2008 rapportert inn elektronisk til Helsedirektoratet. Data frå kommisjonane er likevel i varierende grad komplette. Ifølgje Helsedirektoratet er det usikkerheit knytt til tala for klagar på vedtak om skjerming og vedtak om bruk av tvangsmiddel.

Omfanget i Helse Vest er ifølgje egne innrapporterte tal størst for bruk av mekaniske tvangsmiddel. Totalt for fjoråret blei det gjort 2241 vedtak om bruk av mekanisk tvang. Stavanger åleine stod for 1831 av desse vedtaka, mens Bergen berre hadde 144 vedtak.

Kortvarig fasthalding blir gjerne brukt i samband med tvangsmedisinering eller før ei beltelegging, og det er oftast berre beltebruken som blir vedtaksført. Etter det internrevisjonen får opplyst frå føretaka, er tala for § 4-8 b og § 4-8 d (isolasjon og fasthalding) usikre og underrapporterte. Stavanger viser til at dei registrerer all kortvarig fasthalding, i motsetning til andre som har praksis for å registrere halding som går over 2 minutt.

Skriftleg underlagsmateriale frå Stavanger viser at få pasientar står bak store tal, og vi høyrer at tilsvarende kan gjelde for andre føretak utan at vi har sett dokumentasjon på det.

Internrevisjonen finn det usannsynleg at det er så store skilnader i praksis som det statistikken her viser. Stavanger ligg svært mykje høgare enn dei andre føretaka på §§ 4-8a, 4-8b og 4-8d. Ein kan spørje kvifor det er slik. Ei mogleg forklaring er at Stavanger har ei meir komplett rapportering enn dei andre føretaka. Ei anna forklaring er at tvangsbruken innanfor § 4-8 faktisk er høgare i Stavanger enn i resten av Helse Vest.

3.4.7 KONTROLLUNDERSØKING, § 4-9, OG OVERFØRING, § 4-10

Lova seier ([§ 4-9](#)):

Når pasient er under tvungent psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige sørge for at det minst en gang hver tredje måned ved undersøkelse vurderes om vilkårene for vernet etter § 3-3 fremdeles er til stede. Vurderingene skal nedtegnes i journalen.

Lova seier ([§ 4-10](#)):

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 som nevnt i § 3-5. Det treffes likevel ikke vedtak ved overføring mellom ulike former for døgnopphold innen samme institusjon.

Dei fleste einingar har merkantilt personell til å passe på fristar med kontrollundersøking i DIPS. Helse Førde har ikkje oppgitt nokon vedtak utover tre månader. Det betyr anten at dei ikkje hadde tvangsinnleggingar utover tre månader i 2013, eller at registreringa er feil.

Tabell 12 – Vedtak om kontrollundersøking (§ 4-9) og overføring (§ 4-10) i 2013 (Kjelde: Helseføretaka)		
Eining	§ 4-9	§ 4-10
Helse Bergen	267	333
Psyk. klinikk (PAM 1 og 2, affektiv, psykose)	223	299
Bjørqvin DPS	13	12
Kronstad DPS	6	8
Øyane DPS	25	14
Helse Fonna	116	348
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	21	129
Valen	70	75
Følgefonn DPS	4	2
Karmøy DPS	11	32
Haugesund DPS	7	110
Stord DPS	3	0
Helse Førde	0	0
Psykiatrisk klinikk	i.o	i.o
Indre Sogn Psyk.	i.o	i.o
Nordfjord DPS	i.o	i.o
Helse Stavanger	253	489
Spesialavd. vaksne	124	345
AUV – Engelsvoll	8	2
AUV – Gausel		3
AUV – TSB		
Sola DPS	13	66
Dalane DPS	7	5
Ryfylke DPS	18	18
Sandnes DPS	58	32
Stavanger DPS	25	18
Totalt Helse Vest	636	1170

Internrevisjonen har ikkje noko spesielt å påpeike knytt til § 4-9 eller § 4-10. Når det gjeld § 4-10, kan vi likevel nemne at enkelte har sagt i intervjua at det har skjedd ein glipp i registreringsrutinane for overføring mellom sjukehus og DPS. Vi har ikkje gått nærmare inn på det.

4 KORLEIS SIKRE KORREKT RAPPORTERING?

Ei av [problemstillingane](#) internrevisjonen reiste i starten av dette prosjektet:

- Korleis sikrar føretaka korrekt registrering og rapportering av tvangsbruk?

Ifølgje Helsedirektoratet og NPR er dei nasjonale tala for tvang mangelfulle og har vore det i mange år. Føretaka i Helse Vest opplyser til internrevisjonen at det også gjeld i Helse Vest.

Helsedirektoratet sette i 2013 ned ei arbeidsgruppe som i samarbeid med dei regionale helseføretaka skulle utarbeide forslag til ei einskapleg og korrekt registrering og rapportering av alle aktuelle tvangsdata og greie ut om moglegheitene for elektroniske tvangsprotokollar.

Helsedirektoratet gir i dag ut papirversjonar av protokollar for å registrere tvangsbehandling med medikament (raud bok), vedtak om bruk av tvangsmiddel (blå bok) og vedtak om å bruke skjerming (grøn bok). Det har vore eit ønske at desse papirprotokollane skal avviklast, og at institusjonane skal gå over til elektroniske protokollar. Helsedirektoratet har i samarbeid med Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) utarbeidd ein [standard](#) for å registrere vedtak om tvang i det psykiske helsevernet i elektronisk pasientjournal. Alle institusjonane vi har vore i kontakt med, bruker papirversjonane for å registrere denne typen vedtak. Dei fleste bruker DIPS i tillegg til papirprotokollane, altså ei dobbeltregistrering.

Alle føretaka verkar å vere klar over at rapporteringa er mangelfull og upåliteleg, og ulike tiltak har vore sette i verk for å betre kvaliteten på rapporteringa.

Helse Bergen opplyser til internrevisjonen at dei har eit prosjekt på gang for å heve kvaliteten på eiga registrering og rapportering, og dei har søkt Helsedirektoratet om å få vere pilot for å utvikle elektroniske protokollar til kontrollkommissjonen. Dei hevdar at det mellom anna er DIPS-tekniske utfordringar som gjer at statistikken ikkje er til å lite på.

Ifølgje Helse Vest IKT er hovudproblemet at DIPS teknisk sett er ulikt implementert i alle føretaka. Mens enkelte føretak har prioritert komplett og enkel registrering, har andre prioritert korrekte data før ei komplett og brukarvennleg registrering. Konsekvensen er at datakvaliteten i føretaka blir ulik og derfor lite eigna for samanlikning.

Ein kan tenkje seg tre ulike forklaringsmodellar for å belyse problemet:

Rapporteringsrelaterte forklaringar: Det kan vere grunn til å stille spørsmål ved om Bergen, Fonna og Førde har underrapportert tvangsbruken, om Stavanger har rapportert for høge tal, og om kva ein i det heile gjer for å sikre korrekt rapportering og rapportuttrekk. Undersøkinga gir ikkje noko klart årsaksbilete.

Pasientrelaterte forklaringar: Det kan vere at Stavanger har pasientar der grunnlaget for tvang er vesentleg høgare enn i andre føretak.

Organisatoriske forklaringar: Ein kan sjå på omfanget av tvangsbruken som eit utslag av kulturelle skilnader i institusjonane, ulik kompetans og ulike haldningar hos miljøpersonalet, behandlarane og den administrative leiinga og skilnader i aktivitetsnivået og/eller regelpraktiseringa til kontrollkommisjonane.

Internrevisjonen vurderer det slik at det ikkje er enkeltforklaringar for kvifor tala over så mange år har verka upålitelege. Sjå òg kapittel 5.5 og kapittel 6.

5 SYSTEM FOR Å HANDTERE TVANGSBRUKEN

5.1 INNLEIING

I dette kapitlet vil vi presentere funn frå undersøkinga av dei følgjande [problemstillingane](#):

- Kva prosedyrar finst for tvangsbruk?
- Kva type risikovurderingar gjer ein for å førebyggje tvangsbruk?
- Korleis sikrar den enkelte verksemda redusert og rett tvangsbruk i det psykiske helsetilbodet?

Her baserer vi oss på skriftleg dokumentasjon som vi har innhenta frå føretaka, og på informasjon frå intervju.

Lovverket har, som vist i førre kapittel, ganske omfattande reglar knytte til tvangsbruk. Det gjeld føresetnader for tvangsbruk og krav til prosess med vedtak, dokumentasjon osv. Vi skal her sjå på eit heilt sentralt element i rettstryggleiken, nemleg arbeidet i kontrollkommisjonane, og vi skal sjå på korleis føretaka eventuelt har utdjupa lovverket med eigne planar, rutinar og prosedyrar.

Her viser vi òg til målsetjinga i oppdrags- og styringsdokumenta dei siste åra om å redusere tvangsbruken med fem prosent årleg.

5.2 KONTROLLKOMMISJONANE

5.2.1 OPPGÅVENE TIL KONTROLLKOMMISJONEN

Kontrollkommisjonane i det psykiske helsevernet har som hovudoppgåve å verne om rettstryggleiken til pasientane. Institusjonar, distriktpsikiatriske senter (DPS) og poliklinikkar i det psykiske helsevernet er alle knytte til ein kontrollkommisjon. Kvar kommisjon er samansett av éin jurist (ofte ein dommar) som leiar, éin lege og to andre medlemmer. Éin av medlemmene skal sjølv ha vore pasient eller pårørande eller representere pasientinteresser i stilling eller verv.

- Kontrollkommisjonen er klageinstans for vedtak om tvunge psykisk helsevern og andre vedtak om bruk av tvang.

- Kommisjonen skal på eige initiativ og uavhengig av klage ha kontroll med alle vedtak om etablering av tvunge psykisk helsevern.
- Kommisjonen skal etterprøve vedtak etter tre månader og samtykkje dersom vernet skal forlengjast utover eitt år.
- Kommisjonen fører kontroll med behandling utan eige samtykke og bruk av tvangsmiddel.
- Kommisjonen skal føre kontroll der han finn det nødvendig for velferda til pasientane.

Det er fylkesmannen som utnemner medlemmene og har det administrative ansvaret elles. Kvar kommisjon skal reint fagleg fungere uavhengig av fylkesmannen.

5.2.2 KOMMISJONANE I HELSE VEST

Internrevisjonen vil understreke at kommisjonane har eit domstolsliknande preg, og det er ikkje gjennomført det vi kan kalle revisjonshandlingar, overfor dei. Dei har likefullt ei sentral rolle, og vi vil ta med ein del funn frå revisjonsarbeidet. Vi har intervjuar fire kommisjonsleiarar og spurt føretakstilsette om samhandlinga med kommisjonane.

I Helse Vest er det fleire kommisjonar, og arbeidsdelinga går litt på kryss og tvers av føretaksgrensene. I Helse Stavanger er det tre kommisjonar, mens Helse Fonna møter to kommisjonar, der den eine også dekkjer delar av Helse Bergen-området (Voss og Sunnhordland). I Helse Bergen er det to kommisjonar til, mens det for Helse Førde er to kommisjonar.

For å støtte opp om den uavhengige rolla til kommisjonane er det etter det internrevisjonen blir fortalt, lagt inn reglar om funksjonstid for medlemmene. Funksjonstida skal vere åtte år for medlemmene og fire år for leiarane. Etter det vi får opplyst, har enkelte leiarar og medlemmer vore med mykje lengre enn som så. I tillegg har det vore ordningar der nestleiar og leiar skifter på å sitje fire år om gongen. Ein av kommisjonane er i praksis todelt, der den formelle nestleieren i praksis leier den eine delen.

5.2.3 AKTIVITETEN I HELSE VEST

[Nasjonal statistikk](#) over aktivitetane i kontrollkommisjonane verkar å ligge på eit høgare kvalitetsnivå enn aktivitetsdata elles. I Helse Vest var det i åra 2008–2012 mellom 318 og 510 klagesaker innanfor TO og mellom 866 og 1103 saker innanfor TPH. Ifølgje same statistikk utgjorde det mellom 37 og 53 % av vedtaka, ikkje heilt ulikt resten av landet. Utfallet av klagebehandlinga var i Helse Vest nokolunde det same som i landet elles, nemleg at 8–17 % fekk medhald, 40–60 % fekk avslag, mens i 32–43 % av sakene valde pasienten eller dei pårørande å trekkje klagen.

Desse registrerte tala blir stadfesta overfor internrevisjonen i intervju. Det blir sagt at om lag 1–20 pasientar får medhald i klagen. Informantane våre hadde inga formeining om korvidt det var ein systematikk i kva klagar som fekk medhald, til det var omfanget for lågt og premissane for individuelle.

Kommisjonane vurderer alle pasientar på tvang etter tre og tolv månader, uavhengig av om det ligg føre ein klage.

Dei tilsette ser på dialogen med kontrollkommisjonen som viktig for å vareta rettstryggleiken til pasientane. Føretaka får såleis ei tilbakemelding på om tvangen dei nyttar, er riktig eller ikkje. Kommisjonane vi har intervju, har inntrykk av at institusjonane er flinke til å informere pasientane om klageretten. Nokre pasientar trekkjer tilbake klagen for ikkje å bruke opp retten til å klage for dei neste seks månadene, men dei sjukaste pasientane utan særleg sjukdomsinnsikt bryr seg gjerne ikkje like mykje om at dei bruker opp klageretten. Ifølgje kommisjonane er det tidvis vanskelege vurderingar som ligg til grunn. Der det er snakk om alvorleg sinnsliding som psykose, er vurderingane lettare enn i tilfelle der ein ikkje kan påvise alvorleg sinnsliding, men der funksjonssvikten er så stor at det svarer til ein psykose.

Kommisjonane har faste møte kvar fjortande dag, og kvar kommisjon behandlar om lag tre til åtte klagar i kvart møte i tillegg til å gå gjennom papirprotokollar over alle gjennomførte tvangstiltak.

Kontrollkommisjonane skal vidare gjennomføre såkalla velferdskontrollar. Resultata av desse blir òg rapporterte inn. Ein velferdskontroll er eit meld eller umeld besøk på avdelingane for å sjekke om uteområda er tilfredsstillande og pasientane har eit aktivitetstilbod, og for å spørje pasientane sjølve korleis dei oppfattar opphaldet på institusjonen. Internrevisjonen får opplyst at det her er stor variasjon, både når det gjeld om kommisjonane gjennomfører slike kontrollar i det heile teke, og når det gjeld frekvensen av kontrollane. Om kontrollane er melde eller umelde, varierer òg, og det varierer om kommisjonen møter pasientane, om det er heile kommisjonen som går på besøk, om det er to og to som kjem, eller om enkeltmedlemmer går på eiga hand.

Etter det internrevisjonen erfarer, er det liten kontakt mellom kommisjonane, med unntak av ein årleg konferanse i regi av Helsedirektoratet. Helseføretaka opplyser at dei initierer jamlege møte med kommisjonane i kvar sine område. Både frå kommisjonar og føretak får internrevisjonen høyre at regelverkspraktiseringa kan variere frå kommisjon til kommisjon og frå føretak til føretak. Kommisjonsleiarane vi har møtt, understrekar alle at dei er nøye med skriftlege vedtak og grunngivingar, men det finst ikkje noko system for å utveksle slik informasjon på tvers.

5.3 OPPGÅVENE TIL FYLKESMANNEN

Det er fylkesmannen som er klageinstans for tvangsmedisinering, ikkje kontrollkommisjonen. Etter det vi får opplyst, har det særleg vore ein fagleg diskusjon om bruk av visse legemiddel mellom Helse Stavanger og fylkesmannen i Rogaland.

Vi har ikkje gått nærmare inn på fylkesmannen (fylkeslegen) si rolle i denne revisjonen.

5.4 HANDLINGSPLANAR I FØRETAKA

Departementet stilte i 2011 krav om at helseregionane skulle utarbeide regionale planar for redusert tvangsbruk.

Vi finn at det i Helse Vest blei utarbeidd slike planar både på regionalt nivå og i føretaka. Alle føretaka har overfor internrevisjonen lagt fram handlingsplanar som er vedtekne i styret. Dei lokale planane er i samsvar med overordna planar og har alle tiltak for å redusere og sikre rett bruk av tvang.

Kvart helseføretak har med grunnlag i planane sett i verk tiltak for å bidra til ei positiv utvikling.

5.5 KVALITETSSYSTEMET I FØRETAKA

Føretaka nyttar følgjande system for å sikre at rettstryggleiken til pasientane blir vareteken:

- Manuelle tvangsprotokollar
- DIPS
- Synergi
- EQS/EK

Føretaka nyttar manuelle papirprotokollar til å registrere tvangsmiddelbruken. Kontrollkommisjonane får protokollane på møta sine og går gjennom dei der. Det er i hovudsak teljing i protokollane som ligg til grunn for statistikk på tvangsmiddelbruken (§ 4-vedtak).

DIPS er det elektroniske pasientjournalsystemet til helseføretaka. Det skal òg nyttast til å registrere tvangsbruken i, både vedtak om innlegging (§ 3-2 og § 3-3) og tvangsmid-

delbruk. Tala for innlegging er mest til å stole på, etter det vi får opplyst, mens det for § 4 ligg føre ulike tal i DIPS og protokollane. Informantane opplyser at det er papirprotokollane dei stoler på.

Det er vanleg å tilsetje merkantilt personell som held oversikt over tvangsbruken som er registrert i DIPS og protokollar, og fristen for når vedtaka går ut. I journalsystemet DIPS er det mogleg å skrive inn kritisk informasjon, som til dømes at pasienten tidlegare har gått til åtak. Systemet skal òg vere med å sikre at pasientar som er innlagde på tvang, blir revurderte seinast etter tre månader. DIPS gir ei påminning når fristen nærmar seg, og oftast er det merkantilt personell som tek seg av det administrative og gir beskjed vidare til behandlaren. Fleire peiker mellom anna på at systemet er sårbart, og at fristar kan bli gløymde dersom enkeltpersonar er borte. Kontrollkommisjonane har rutinar for å ha ein gjennomgang etter tre månader og etter eit år.

Vi får i intervju opplyst at dei fleste er påpasselege med å melde alvorlege hendingar i avvikssystemet Synergi. Det kan vere hendingar med høgt skadepotensiale eller situasjonar der tilsette eller pasientar er komne til skade. Det er mindre vanleg å melde verbale truslar. Verbale truslar blir ofte ikkje melde sjølv om interne rutinar påpeiker at dei skal meldast. Internrevisjonen har i dette prosjektet ikkje undersøkt det konkrete omfanget av slike saker i Synergi.

Alle føretaka har sitt eige elektroniske kvalitetssystem. Sjølv om systema er ulike, er innhaldet mykje av det same, og systema omfattar langt meir enn berre tvangsbruk. Internrevisjonen har ikkje hatt eigne undersøkingar i systema i alle føretaka, men har for alle fire føretaka fått tilsendt det materialet som gjeld tvangsbruk.

5.6 RISIKOVURDERINGAR I EININGANE

Med risikovurderingar tenkjer vi her på to nivå. Det øvste nivå er det einingane samla har av vurderingar og praksis i samband med tvangsbruk. Det har tradisjonelt gitt seg utslag i såkalla husordensreglar. Det neste nivået er risikovurderingar knytte til den enkelte pasienten, for å førebyggje tvangsbruk og sikre korrekt handtering av pasienten i akutte tilfelle.

5.6.1 EININGSNIVÅ

Alle føretaka har på plass interne system for å vurdere risiko, og ulike verktøy blir brukte i kartlegginga. Det har vore ordningar med husordensreglar, der ein del av dei har vore sterkt omdiskuterte – og etter kvart blitt erkjende som ulovlege. Sjå tidlegare omtale av dette i [kapittel 3.4.4](#).

5.6.2 PASIENTNIVÅ

Kunnskapssenteret sin [rapport](#) *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for vaksne* har følgjande hovudfunn:

- Bruk av *kriseplan* kan gjere at færre pasientar blir tvangsinnlagde
- Systematisk *risikovurdering* av pasientar som er innlagde ved akutt psykiatrisk avdeling, kan redusere tvangsmiddelbruken

Rapporten påpeiker at sjølv om kvaliteten på tilgjengeleg forskning er låg, vil ikkje det seie at tiltaka ikkje verkar, men at det er knytt usikkerheit til resultata.

Det finst ei rekkje metodar for å kartleggje risiko på individnivå, alt frå dag-til-dag-risikovurderingar (BVC, Brøset Violence Checklist) til meir omfattande kartlegging av bestemte pasientgrupper.

Alle føretaka har på plass ulike system og verktøy for å kartleggje risiko. I tillegg til BVC finst ei rekkje andre sjekklister og prosedyrar som skal sikre at pasientar med høg risiko for valdeleg åtferd blir handerte av erfarent personale og får behandling så raskt som mogleg. Det finst òg prosedyrar og sjekklister for å vurdere sjølvmondsfare, funksjonsnivå og symptom (GAF) og ulike former for risikomatriser (mellom anna med fargekodesystem som skal indikere risikonivå). Screening er ein type kartlegging der ein ser på dei sikraste varselsignala for vald. Ved positiv screening blir det vurdert om ein bør gjennomføre ei meir strukturert risikovurdering.

Dei fleste stader har det vore meir fokus på ettersamtalar med pasientar etter beltelegging og annan tvangsmiddelbruk for å førebyggje nye episodar som utløyser tvangsbruk. Fleire fortel at dei har god erfaring med dette.

Terapeutisk mestring av aggresjonsproblematikk (TMA/TERMA) er kjend blant dei fleste vi intervjuar, men bruken varierer. Ambulante team, ruskonsulentar, målretta bruk av kriseplanar, krisesenger og brukarstyrte senger er alle faktorar som kan bidra til å få ned tvangen, ifølgje informantane våre. Det kom fram i fleire intervju at dersom pasienten er ukjend i systemet, vil det vere ein tendens til å forlengje tvangen. Haldningane, kunnskapen og erfaringane til dei tilsette blir framheva som viktig for å få ned bruken av tvang. Dersom ein på eit tidleg tidspunkt fangar opp symptomutviklinga, kan ein komme tidlegare inn med frivillige tilbod. Eit godt samarbeid med andre instansar og omsorgsnivå vil kunne hindre at pasienten blir så dårleg at han blir lagd inn på tvang.

6 VURDERINGAR OG TILRÅDINGAR

6.1 KVA FORKLARER VARIASJONEN I TVANGSBRUKEN?

I den siste tilgjengelege rapporten frå Helsedirektoratet om bruk av tvang, [Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2012](#), heiter det mellom anna:

«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. Tidligere studier har likevel avdekket store forskjeller mellom institusjoner og geografiske områder i bruken av tvang. Dette kan ikke utelukkende forklares ved forskjeller i befolkningens sykkelighet men må i noen grad skyldes praksisforskjeller.»

Nasjonalt har ein [foreslått](#) ulike forklaringar på variasjonen, jf. det vi skreiv i [kapittel 4](#):

- Ulik behandlingsskulturar og ulike haldningar til bruk av tvangsinnlegging hos tilvisande legar, i sjukehusa og i DPS-a
- Organisatoriske forhold, kompetanse, samarbeidsrutinar og personalressursar
- Ulike tilbod i kommunane og ulike tilgang til sjukehus og psykisk helsevernspesialister mellom geografiske område
- Ulikskapar i fordeling av sjukdom rundt om i landet

Nasjonalt finn ein òg utsegn om at det finst for lite systematisk, forskingsbasert kunnskap om tvangsbruken i Noreg. Innanfor rammene av ein internrevisjon vil det berre vere mogleg å ta for seg sider av dette komplekse biletet.

Eit hovudinstrykk frå intervjuar er at dei tilsette i liten grad diskuterer det totale omfanget av tvangsbruken. Tal frå institusjonen på bruk av tvang blir ikkje tekne opp i særleg grad.

Det er òg eit inntrykk at det er geografiske ulikskapar i tvangsbruken. Dei fleste er klar over at det skal gjerast vedtak ved undersøking av rom og eigedelar, men praksis rundt i føretaka er ulike. Nokre stader er det ein auke i omfanget av § 4-vedtak. Det blir

mellom anna forklart med at rutinane har blitt endra, slik at ein har begynt å gjere vedtak der ein tidlegare ikkje gjorde vedtak. Det er òg knytt ein del usikkerheit rundt DIPS-tal. § 4-vedtak blir dobbeltførte, i protokoll og i DIPS, men der ein er i tvil, meiner fleire av informantane at det er tala i protokollane som mest til å stole på. Nokre forklarar at dei i periodar har sett ei opphoping av pasientar som har blitt utsette for mykje tvang, og at tvangen ser ut til å auke i periodar med overfylte poster. Enkelte einingar har redusert pasienttalet for å få ned tvangsbruken.

Ut frå det internrevisjonen erfarer, er det fleire forhold som verkar inn på bruken av tvang. Sjølv om ein kunne tenkje seg at rus er eit større problem i byane enn i distrikta, er det ikkje noko som tydar på store skilnader i fordelinga av sjukdom mellom regionane. Fokus på førebygging og tidleg intervensjon blir av fleire framheva som viktig for å få ned tvangsbruken. Eit godt samarbeid mellom ulike instansar og god oppfølging ute i kommunane ser òg ut til å ha ein gunstig effekt. Det same gjer styrking av det polikliniske tilbodet til pasientar med psykiske lidingar.

Fleire har peika på at behandlingsskulturen kan ha noko å seie for tvangsbruken. Auka kunnskap blant dei tilsette kan vere med å endre haldningar til menneske med psykiske lidingar og dermed verke inn på bruken av tvang. Det blei uttalt at små personalressursar kan påverke tvangsbruken, men internrevisjonen fekk ikkje inntrykk av at dette var noko vanleg problem. Einingane som var intervjuja, har gode erfaringar med frivillige tilbod der terskelen for å søkje hjelp er låg, til dømes brukarstyrte senger. Auka kompetanse blant dei tilsette, opplæring i lovverket som regulerer tvangsbruken, og gode haldningar blei framheva som viktige element.

I tillegg til organisatoriske forhold var det eit inntrykk at fysisk utforming og bygningsmessige fasilitetar kan verke inn på tvangsbruken. Eit av DPS-a omtalte skjermingsavsnittet som «suiten» og meinte at det var positivt for dei sjukaste å opphalde seg i romslege og trivelege lokale.

Stavanger ligg høgast av føretaka når det gjeld § 4-vedtak. Samla sett står Stavanger for om lag 62 % av desse vedtaka (§ 4-3 til § 4-8). Når det gjeld § 4-8 (mekanisk tvang, isolasjon og fasthalding), står Stavanger for 78 % av vedtaka i Helse Vest. Vi har i rapporten stilt spørsmålet om innregistrering av tala eller rapportering frå systema er feil i Stavanger eller hos dei andre. Vi har òg stilt spørsmål ved om det er sjølvve tvangspraksisen i Stavanger som avvik vesentleg frå dei andre.

Vi viste tidlegare til at det har vore eit nasjonalt mål å vri innsatsen i spesialisthelsetesta frå sjukehus(-avdelingar) til distriktpsikiatriske senter (DPS). Det har dei gjort i alle føretaka i Helse Vest, etter kvart òg med nybygg. Vi får likevel opplyst at delinga har skjedd på ulike tidspunkt. Overfor internrevisjonen blir det i intervju trekt fram at Stavanger har vore sein med ei omlegging, medan Førde var tidleg. Enkelte trekkjer òg det fram som ei årsak til at tvangsbruken i Stavanger er langt høgare enn i Førde. Internrevisjonen har ikkje gått nærmare inn på dette.

6.2 HOVUDKONKLUSJON OG TILRÅDINGAR

På mange vis verkar føretaka i Helse Vest å ha gode prosessar for å sikre at bruken av tvang er i samsvar med regelverk og eksterne og interne retningslinjer. Av den grunn kan det opplevast som noko av eit paradoks at det ligg føre klare manglar når det gjeld å sikre korrekt rapportering av omfanget, og – i enkelte tilfelle – når det gjeld å vedta tvangsbruk der det er krav om det.

Det er etter internrevisjonen sitt syn klart uheldig for spesialisthelsetenesta at ein ikkje veit omfanget av tvangsbruken, og at det er systematiske forskjellar mellom institusjonar og mellom føretak i Helse Vest når det gjeld å utsetje pasientar for tvangsmiddel eller ikkje.

Tilrådingar:

Føretaka bør gå gjennom rutinane for å registrere og rapportere vedtak

Det gjeld i hovudsak § 4-vedtak. Føretaka bør likevel sjå på prosessen for § 3-vedtak og vurdere å innføre felles rutinar for registrering og rapportering. Spesielt gjeld det pasientar som er ute på tvunge ettervern, og pasientar som er inne til frivillig opphald i institusjon.

Føretaka bør innføre elektroniske protokollar over all tvangsbruk etter § 4

Det har vore eit ønske frå Helsedirektoratet at papirprotokollane avviklast, og at institusjonane går over til å føre protokollane elektronisk. Det ligg malar ute på nettsidene til Helsedirektoratet. Internrevisjonen tilrår føretaka å bruke desse. Det vil styrkje rettstryggleiken til pasientane og samtidig lette arbeidet med å hente ut statistikk over den samla tvangsbruken.

Føretaka bør følgje opp eigne regionale planar for å få ned tvangsbruken

Alle føretaka har på plass regionale planar for redusert og rett bruk av tvang. Inntrykket til internrevisjonen er likevel at planane berre i varierende grad blir følgde opp. Det bør vere tett oppfølging av eigne planar, samtidig som planane blir gjorde kjende for helsepersonell som arbeider med pasientgruppa som er utsett for tvangsbruk.

Stavanger bør analysere kva som ligg bak dei høge tala for § 4-vedtak

Spesielt gjeld det § 4-8 a-vedtak om bruk av mekanisk tvang. Dersom talet på 1831 belteleggingar i 2013 er korrekt, vil det seie at det blei gjort fem vedtak per dag. Stavanger bør sjekke desse tala og sjå om det er enkelte einingar som peiker seg ut, eller om det høge talet skriv seg frå feil i rapportering eller rapportuttrekk.

Sjølv om tilrådingane her er stila til helseføretaka, er det òg ei tilråding at RHF-et bør gå sterkare inn i dette for å sikre lik framdrift i arbeidet, lik regeltolking og samanliknbare tal.

7 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til å forbetre verksemdstyring, risikostyring og internkontrollen til føretaksgruppa. Vi baserer arbeidet på [NIRF/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på [helse-vest.no](#).

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er ei uavhengig, objektiv stadfestings- og rådgjevingfunksjon som har til hensikt å tilføre meirverdi og forbetre organisasjonen sin drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettingar ved å nytte ein systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbetre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonen sine prosesser for risikostyring, internkontroll og verksemdstyring."

Denne rapporten er utarbeidd av Lene Lie og gjennomgått av leiar for internrevisjonen i Helse Vest RHF, Bård Humberset.

Revisjonskriterium og metode

Revisjonskriterium er krav eller forventingar som internrevisjonen bruker for å vurdere funna i undersøkinga. Revisjonskriteria skal vere grunna i, eller utleidd av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, til dømes lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet har internrevisjonen sett nærmare på korleis krava blir etterlevde og følgde opp. Krava er henta frå styringsdokument og andre dokument frå Helse Vest, relevante lovar, forskrifter, rettleiarar, stortingsmeldingar m.m. Vi har brukt desse kjeldene i utviklinga av revisjonskriteria:

- lov 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten
- lov 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter
- lov 2. juli 1999 om helsepersonell
- lov 2. juli 1999 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- forskrift 16. desember 2011 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m.
- Helse 2020 (Helse Vest RHF, 2007)
- oppdragsdokument for 2013 frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest
- regionale planar for redusert og rett bruk av tvang
- interne retningslinjer, prosedyrar og prosessar for tvangsbruk

Metodisk har vi nytta intervju, dokumentgransking og analysar av offentleg statistikk, primært talmaterialet innrapportert til Norsk Pasientregister (NPR) for 2011/ 2012 og til Helse Vest RHF. Som følge av at føretaka opplyste at offisiell statistikk for omfanget av tvangsbruken ikkje alltid er til å stole på, har vi henta inn kvalitetssikra tal direkte frå føretaka. Her har vi avgrensa materialet til 2013.

Internrevisjonen har hatt samtalar og intervju med informantar i ulike roller i systemet: leiinga i dei fire føretaka som ligg under Helse Vest RHF, leiinga, behandlarar, miljøpersonale og merkantilt tilsette på dei ulike institusjonane i føretaka og dessutan erfaringskonsulenten ved eitt føretak. Private institusjonar er ikkje inkluderte i undersøkinga. I tillegg har vi intervjuet leiarar av kontrollkommisjonar i alle fire føretaka. Til saman er det gjennomført 33 intervju med 75 personar. Alle føretaka har sendt oss den informasjonen det blei spurt om. Internrevisjonen vil likevel påpeike at det av ulike grunnar har bydd på visse utfordringar å hente inn statistikk av omfanget.

Utkast til sluttrapport er tilsendt og kommentert av føretaka.

Omfang

Basistabell for tabellar og figurar som er brukte i rapporten. Kjelde: Helseføretaka i Helse Vest

Eining	§ 3-2-vedtak TO	§3-3-vedtak TPH	Vedtak TO og TPH	Innleggingar	§ 3-2, prosent TO	§ 3-3, prosent TPH	§ 3-2 og § 3-3 av alle innlegg.	Tvangsrate	Pas.	§ 4-3	§ 4-4	§ 4-5	§ 4-6	§ 4-7	§ 4-7a	Sum §§ 4-3 til 4-7	§ 4-8a	§ 4-8b	§ 4-8c	§ 4-8d	§ 4-9	§ 4-10	Sum §§ 4-3 til 4-8	Sum §§ 4-8 til 4-10	Sum §§ 4-3 til 4-10
Helse Bergen	449	312	761	3771	12 %	8 %	20 %	218	0	614	224	191	125	11	0	1165	144	8	167	29	267	333	1513	948	2113
Psyk. klinikk	448	292	740	2203	20 %	13 %	34 %	218	i.o	606	210	191	124	9		1140	144	8	167	28	223	299	1487	869	2009
Bjergvin DPS	0	6	6	726	0 %	1 %	1 %		i.o	3	6	0	1	2		12	0	0	0	0	13	12	12	25	37
Kronstad DPS	1	10	11	590	0 %	2 %	2 %		i.o	i.o	i.o	i.o	i.o	i.o		0	0	0	0	0	6	8	0	14	14
Øyane DPS	0	4	4	252	0 %	2 %	2 %		i.o	5	8	0	0	0		13	0	0	0	1	25	14	14	40	53
Helse Fonna	132	303	435	2022	7 %	15 %	22 %	0	0	164	39	38	40	2	0	283	215	4	56	33	116	348	591	772	1055
Haugesund spesialisert behandling og alderspsyk.	63	90	153	685	9 %	13 %	22 %		i.o	75	8	15	0	0		98	78	1	26	1	21	129	204	256	354
Valen	63	69	132	309	20 %	22 %	43 %		i.o	88	27	21	39	2		177	137	2	30	32	70	75	378	346	523
Folgefonn DPS	1	6	7	224	0 %	3 %	3 %		i.o	0	0	1	1	0		2	0	0	0	0	4	2	2	6	8
Karmøy DPS	0	18	18	208	0 %	9 %	9 %		i.o	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	11	32	0	43	43
Haugesund DPS	5	120	125	596	1 %	20 %	21 %		i.o	1	2	1	0	0		4	0	1	0	0	7	110	5	118	122
Stord DPS	0	0	0	i.o	i.o	i.o	i.o		i.o	0	2	0	0	0		2	0	0	0	0	3	0	2	3	5
Helse Førde	39	58	97	940	4 %	6 %	10 %	0	0	46	28	11	1	1	0	87	51	0	40	15	0	0	193	106	193
Psykiatrisk klinikk	35	56	91	735	5 %	8 %	12 %		i.o	46	23	11	1	1		82	51	0	40	15	i.o	i.o	188	106	188
Indre Sogn Psyk.	4	0	4	2	200 %	0 %	200 %		i.o	0	3	0	0	0		3	0	0	0	0	i.o	i.o	3	0	3
Nordfjord DPS	0	2	2	203	0 %	1 %	1 %		i.o	0	2	0	0	0		2	0	0	0	0	i.o	i.o	2	0	2
Helse Stavanger	327	259	586	2872	11 %	9 %	20 %	270	357	782	95	87	71	13	0	1048	1831	515	155	230	253	489	3779	3473	4521
Spesialavd vaksne	316	230	546	1683	19 %	14 %	32 %	251	318	742	80	87	54	9		972	1830	515	155	225	124	345	3697	3194	4166
Aff. og psykose	0	4	4	15	0 %	27 %	27 %		178	371	50	72	10	4		507	172	261	67	69	67	134	1076	770	1277
Akuttpsyk.	300	216	516	1605	19 %	13 %	32 %		190	241	25	14	40	4		324	1536	237	69	146	32	205	2312	2225	2549
Alderspsyk.	15	9	24	59	25 %	15 %	41 %		21	49	4					53	6	3	12	2	11	2	76	36	89
Tryggleikspsyk.	1	1	2	4	25 %	25 %	50 %		13	81	1	1	4	1		88	116	14	7	8	14	4	233	163	251
AUV – Engelsvoll	0	0	0	5	0 %	0 %	0 %		5	2			2			4				1	8	2	5	11	15
AUV – Gausel	0	0	0	6	0 %	0 %	0 %		3							0						3	0	3	3
AUV – TSB	0	0	0	53	0 %	0 %	0 %		4				4			4							4	0	4
Sola DPS	3	10	13	305	1 %	3 %	4 %		29	15	4		1	4		24	1			1	13	66	26	81	105
Dalane DPS	0	7	7	151	0 %	5 %	5 %		5	18						18				7	5	18	12	30	30
Ryfylke DPS	6	5	11	162	4 %	3 %	7 %		27	2	6		4			12				18	18	12	36	48	48
Sandnes DPS	2	4	6	343	1 %	1 %	2 %		32	2	3		4			9			2	58	32	11	92	101	101
Stavanger DPS	0	3	3	164	0 %	2 %	2 %		21	1	2		2			5			1	25	18	6	44	49	49
Totalt Helse Vest	947	932	1879	9605	10 %	10 %	20 %	488	357	1606	386	327	237	27	0	2583	2241	527	418	307	636	1170	6076	5299	7882

Grunntal er oppgitt av føretaka. Sumrader og -kolonner er berekna av internrevisjonen.
Raude tal er merkte i.o. = ikkje oppgitt.
Stavanger har rapportert blanke celler for § 4-vedtak. Vil det seie null eller ukjent omfang?
Innbyggjartal for helseføretaka Førde, Bergen og Fonna manglar.

Forklaringar:

- § 4-3: Skjerming med vedtak eller forlenging av vedtak med skjerming
- § 4-4: Tvangsbehandling med legemiddel eller ernæring utan eige samtykke
- § 4-5: Innskrenkingar i samkvem med omverda
- § 4-6: Undersøking av rom og eigedelar og kroppsvisitasjon
- § 4-7: Beslag
- § 4-7a: Urinprøve
- § 4-8a: Vedtak om bruk av mekanisk tvang
- § 4-8b: Vedtak om bruk av isolasjon
- § 4-8c: Vedtak om bruk av korttidsverkande legemiddel
- § 4-8d: Kortvarig fasthalding
- § 4-9: Kontrollundersøking
- § 4-10: Overføring

Tvangsrate = TO+TPH vedtak per 100 000 innb.

Kommentarar frå Helse Stavanger

- Tala gjeld for aldersgruppa >=18 år
- Tala for tvangsinnleggingar (§ 3-2 og § 3-3) er frå DIPS -5925
- Innbyggjartalet (217 130) er eksklusive dei fire kommunane som Jæren DPS dekkjer
- Har inkludert tal for TSB (rad 14 AUV - TSB)
- Rad 7 - Spesialavdeling vaksne, er splitta i seksjonar rad 8-11
- Kolonne K, talet på pasientar K6 = 318, stemmer ikkje med sum K8-K19, sidan pasientar har vore på fleire avdelingar/DPS gjennom året.

