

Marita Solem Barseth

Tvangsmidler i sikkerhetspsykiatri

Grunnlagstall for tvangsmiddelvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 i norske regionale sikkerhetsavdelinger, 2016-2020

Masteroppgave i Psykisk helsearbeid
Januar 2022

Marita Solem Barseth

Tvangsmidler i sikkerhetspsykiatri

Grunnlagstall for tvangsmiddelvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 i norske regionale sikkerhetsavdelinger, 2016-2020

Masteroppgave i Psykisk helsearbeid
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Innledning: Det er et helsepolitisk mål å redusere tvang og fremme «riktig bruk av tvang» i psykisk helsearbeid. Tvangsmidlene etter psykisk helsevernloven (phvl) § 4-8 (mekaniske tvangsmidler, isolasjon, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding) er ansett som særlig inngripende og anses ikke i overensstemmelse med god behandling, og enkelte av tiltakene er foreslått fjernet i utkast til ny norsk tvangsbegrensingslov. Det har historisk vært større aksept for tvangsmiddelbruk for pasienter med voldsproblematikk uten at det finnes bevis for at tvang ikke kan reduseres også for denne pasientgruppen. For å redusere tvang er det foreslått å undersøke tvang for ulike grupper av pasienter, men nasjonal statistikk viser ikke oversikt over tvangstall for ulike pasientgrupper eller avdelinger. Formålet med studien er å undersøke forekomst av tvangsmiddelvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 ved tre regionale sikkerhetsavdelinger i Norge i perioden 2016-2020.

Materiale og metode: Dette er en retrospektiv registerbasert studie av vedtak om tvangsmidler etter phvl §§ 4-8 a-d fattet ved de regionale sikkerhetsavdelingene i Trondheim, Oslo og Bergen i perioden 01.01.2016 – 31.12.2020. Materialet er samlet inn fra de enkelte enhetene via elektroniske registre.

Resultater: Det ble registrert totalt 3483 vedtak i perioden. Mekaniske tvangsmidler er mest anvendt, etterfulgt av kortvarig fastholding. Isolasjon er nesten utelukkende anvendt ved én av enhetene. Korttidsvirkende legemidler er lite brukt av samtlige sykehus.

Konklusjon: Vedtak om tvangsmidler varierer mellom de regionale sikkerhetsavdelingene i Norge, både når det kommer til antall tvangsmiddelvedtak og valg av tvangsmiddel. Enkeltpasienter gir store utslag på forekomst av tvang. Gjennomgang av lengde på tvangsmiddelvedtak burde prioriteres og gi bredere bilde av omfang. Felles registreringspraksis for blant annet type tvang og varighet kan gi bedre oversikt over tvangsmiddelvedtak. Tvang per sengeplass kontrollert mot belegg kan gi bedre sammenligningsgrunnlag.

Abstract

Introduction: Health political goals seeks to reduce coercion and coercive measures in order to promote «proper coercion» in mental health settings. Some types of restraints are considered more invasive than other means, and a new bill suggests to abandon mechanical restraints in Norway. Coercion towards patients in forensic health settings has been more accepted, but there is no evidence that coercion cannot be reduced for forensic patients. In order to reduce coercion it is recommended to reveal coercion for certain groups of patients, however current national records does not offer this overview. The purpose of the study is to investigate the occurrence of four types of restraints according to the Norwegian law phvl § 4-8 a-d, called "vedtak" in three medium to high secure units in Norway from 2016-2020.

Material and method: This is a retrospective register study of «vedtak» on the coercive measures: mechanical restraint, isolation, forced sedative drugs and physical restraint registered by the regional secure units in three different health regions from 01.01.2016 to 31.12.2020. Data is collected from electronic records. Data is presented as descriptive tables and bar charts.

Results: The wards reported a total amount of 3483 "vedtak" in the study period. Mechanical restraints are most frequently used, followed by Physical restraint. Isolation is almost exclusively used by one of the units. Sedative drugs was scarcely used by all three units.

Conclusion: «Vedtak» on coercive measures vary between Norwegian forensic units, both in terms of proportion and type of coercive measures. A few individuals with a high proportion of restraints affects data extensively. Future studies should focus on duration of mechanical restraint and isolation, and a uniform practice of registration for both type and duration of restraint might offer a more comparable record of restraint in Norwegian forensic mental health settings. Coercive measures data combined with bed ratio and bed occupancy might give a more comparative view of coercion between similar wards.

Forord

Tusen takk for god veiledning fra mine engasjerte veiledere Erik Søndena og Roger Almvik. Jeg håper på å lære mer av dere i framtiden.

Tusen takk for utlevering av data til Arild Stangeland ved forsknings- og utviklingsavdelinga, seksjon for e-helse Haukeland universitetssjukehus; sekretær og forløpskoordinator Karin Lystad ved regional sikkerhetsseksjon, Dikemark, klinikk psykisk helse og avhengighet; og takk til Erik Kroppan, systemrådgiver ved avdeling for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri, St Olavs hospital.

Tusen takk til Olav Burkeland ved regionalt kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, St Olavs hospital, for tilrettelegging til å skrive oppgaven.

Tusen takk til mine ledere Antje Daniela Gross-Benberg og Egil Brovold for praktisk og moralsk støtte.

Tusen takk igjen til Erik Kroppan og tusen takk til Runar Busch Iversen, dere er forbilder som fagpersoner og som mennesker. Verden hadde vært et bedre sted om alle hadde kollegaer som dere.

Innhold

Forkortelser	xi
1 Innledning	12
1.1 Problemstilling	13
1.2 Avgrensninger og begrepsavklaring	14
2 Tvang.....	15
2.1 Hva er tvang?	15
2.2 Tvang i psykisk helsevern.....	15
2.2.1 Uformell tvang	16
2.2.2 Erfart tvang.....	17
2.2.3 Tvang etter lov om psykisk helsevern	18
2.2.3.1 Andre tvangsinnleggelse	18
2.2.3.2 Tvangsmidler.....	19
2.2.3.3 Klageadgang	21
2.2.3.4 Beslutning om vedtak etter unntaksregelen	21
2.3 Forekomst av tvangsmiddelbruk.....	21
2.3.1 Tvangsmiddelbruk i Norge.....	22
2.3.2 Forskning på norske populasjoner	22
2.4 Kritikk mot bruk av tvang.....	23
2.4.1 Negative konsekvenser	23
2.4.2 Helsefaglig etikk	23
2.4.3 Internasjonale menneskerettigheter	24
2.4.4 Kritikk i media	24
2.5 Argumenter for bruk av tvang.....	25
2.5.1 Forhindre skade	25
2.5.2 Forhindre at pasienten (for)blir voldsutøver	25
2.5.3 Fremme helse.....	25
2.6 Nasjonale initiativ for redusert og riktig bruk av tvang	25
2.6.1 Historiske lovendringer	26
2.6.2 Tvangsbegrensingsloven	26
2.6.3 Lovendringer som øker tvang?.....	26
3 Sikkerhetspsykiatri.....	27
3.1 Presentasjon av de regionale sikkerhetsavdelingene	27
3.1.1 Helse Sør-Øst	27
3.1.2 Helse Vest.....	27
3.1.3 Helse Midt.....	28

3.2	Pasientpopulasjon	28
3.2.1	Inn- og utskrivelser	28
3.2.2	Beleggsprosent	28
3.2.3	Reinnleggelser	29
3.2.4	Innleggelsesparagrafer	29
3.2.5	Diagnoser	29
3.2.6	Kjønn	29
3.3	Pasientflyt	29
4	Metode	30
4.1	Studiedesign.....	30
4.2	Utvalg.....	30
4.3	Datainnsamling	30
4.3.1	Sandviken	30
4.3.2	Dikemark	30
4.3.3	Brøset.....	31
4.4	Dataregistrering i SPSS.....	31
4.5	Resultatframstilling.....	31
4.6	Rapportskriving.....	31
4.7	Etikk.....	31
4.7.1	Formelle godkjenninger	31
4.7.2	Etiske vurderinger	32
4.7.2.1	Pasientnivå	32
4.7.2.2	Sykehusnivå.....	32
4.7.3	Interessekonflikt	33
5	Resultater	34
5.1	Samlet antall vedtak sortert på årstall	34
5.2	Samlet antall vedtak sortert på sykehus.....	35
5.3	Type tvangsmiddelvedtak.....	36
5.3.1	Type tvangsmiddelvedtak fordelt på årstall.....	37
5.4	Tvang per år fordelt på sykehus	38
5.5	Type tvangsmiddelvedtak fordelt på sykehus	40
5.6	Vedtak per pasient	42
5.7	Varighet av vedtak	43
6	Diskusjon.....	44
6.1	Årlig variasjon for samlet antall vedtak	44
6.2	Variasjon mellom sykehusene	44
6.2.1	Regionstørrelse og sengeplasser	44

6.2.2	Innleggelsesparagraf	44
6.2.3	Pasientflyt	45
6.2.4	Registreringspraksis	45
6.2.5	Andre forklaringer	45
6.3	Årlig variasjon for type tvangsmiddel	46
6.4	Tvang per år fordelt på sykehus	46
6.5	Type tangsmiddelvedtak fordelt på sykehus.....	47
6.6	Vedtak per pasient	47
6.7	Langvarige tvangsmiddelvedtak	48
6.8	Lite tilgjengelige og ufullstendige data	48
6.9	Metodediskusjon	48
6.9.1	Registrering.....	48
6.9.2	Ulike enheter	49
6.9.3	Vedtakslengde	49
6.9.4	Pasientkarakteristika	49
6.9.5	Kjønn	49
6.9.6	Liten pasientpopulasjon	49
6.9.7	Annen tvang	50
7	Konklusjon	51
7.1	Oppsummering	51
7.2	Funn.....	51
7.3	Anbefalinger	51
	Referanser.....	53
	Vedlegg.....	57

Forkortelser

CRPD	FN konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities)
PHF	Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (Psykisk helsevernforskriften)
PHVL	Lov om psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven)
RSA	Regional sikkerhetsavdeling
SP	Sikkerhetspsykiatri
STL	Lov om straff (Straffeloven)
STPL	Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven)

1 Innledning

Mennesker med psykisk lidelse har gjennom historien blitt utsatt for ulike tvangsmidler både med den hensikt å behandle sykdom og forebygge skade (Thomassen, 2015). En økende bevissthet om menneskerettigheter og de negative følgene av å bli utsatt for tvang har ført til internasjonale og nasjonale initiativ for å redusere tvang. (WHO, 2021, Helse- og omsorgsdepartementet, 2022) Anledning til å bruke tvang i psykisk helsearbeid er i stor grad regulert av lovverket, slik at initiativ for å redusere tvang omfatter både fagfeltet psykiatri og jus (Oppenhaffen and Put, 2022). Videre mener Gooding (2020) at reduksjon eller avskaffelse av tvang krever en bred tilnærming som «kombinerer lovverk, retningslinjer og metoder». Av juridiske tilnærminger har særlig FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) av 2008 som Norge ratifiserte i 2103, satt krav til at norsk lovgivning ikke bryter menneskerettigheter.

På tross av ulike tilnærminger for å redusere tvang, er det kjent at forekomst varierer innad og mellom land, både når det kommer til tvangsformer og frekvens (Steinert et al., 2010, Beghi et al., 2013, Pedersen et al., 2007). Norge har blitt kritisert av FNs torturkomite for utstrakt bruk og geografiske forskjeller i bruk av tvang (FNs torturkomité, 2018), og enkelte tvangsformer øker på tross av lovendringer og tiltaksplaner for redusert bruk av tvang. (Helsdirektoratet, 2020) For å arbeide med reduksjon av tvang er det grunnleggende å monitorere omfanget (Sashidharan et al., 2019). Det påpekes også behovet for å differensiere tvangsreduserende tiltak for spesifikke grupper, og særlig de som er utsatt for mye tvang. (Gooding et al., 2020) Selv om helsedirektoratet i dag publiserer tvangstall via samdata, gir ikke nasjonale tall oversikt over tvang overfor ulike pasientgrupper eller avdelingstyper, som for eksempel barn i barne- og ungdomspsykiatri, eller pasienter i sikkerhetsavdelinger.

Psykisk helsevern omfatter behandling til pasienter med voldsproblemer i lokale og regionale sikkerhetsavdelinger. Nasjonalt finnes det 220 sikkerhetssenger, hvorav 178 lokale og 42 regionale (Kilden et al., 2020). Tvangsinnlagte pasienter med voldsproblematikk kan ha større sannsynlighet for å bli utsatt for tvang gjennom at de kan utvise atferd som møter kriteriene for bruk av tvangsmidler (Psykisk helsevernloven, 2001). Det er for eksempel funnet en korrelasjon mellom aggressiv atferd og/eller selvskadende atferd og det å bli utsatt for tvangsmidler i form av mekaniske belter ved norske akuttavdelinger (Husum et al., 2010). Tvang overfor voldelige eller kriminelle personer har historisk blitt mer akseptert (Rabben, 2020) og lite undersøkt sammenlignet med andre pasientgrupper (Hui et al., 2016). Internasjonalt har menneskerettigheter og human behandling har vært lite implementert for pasienter som har begått lovbrudd sammenlignet med sivilrettslige pasienter. (Perlin, 2016) Det er ingen grunn til at tvang og bruk av tvangsmidler ikke kan reduseres for pasienter med voldsproblematikk.

Tvang og tvangsmiddelbruk i norsk sikkerhetspsykiatri er altså et lite undersøkt tema, og vi vet særlig lite om forekomst av tvangsvedtak, hvilke typer som anvendes, og utvikling i tvangsmiddelbruk over tid.

Kunnskap om egen tvangsbruk, hvor mye og hvilken tvang som brukes i hvilke situasjoner er en forutsetning for å kunne følge med på utviklingen over tid, og sette i gang tiltak for å øke frivilligheten der det har effekt.

Bent Høie i stortingets spørretime mai 2016; (Norman and Åsebø, 2016a)

Formålet med denne studien er å utforske en type tvang: tvangsmiddelbruk overfor pasienter i regionale sikkerhetsavdelinger i Norge; «*hvor mye og hvilken tvang som brukes*», som et bidrag til redusert og riktig bruk av tvang overfor denne pasientgruppen.

1.1 Problemstilling

1: Hva er omfanget av tvangsmiddelvedtak etter lov om psykisk helsevern §§ 4-8 a, b, c og d (se vedlegg 1) i norske regionale sikkerhetsavdelinger i perioden 2016-2020?

2: Hvilke typer tvangsmidler anvendes?

3: Er det en utvikling i omfang eller typer tvangsmiddelvedtak?

4: Er det forskjeller i type eller forekomst av tvangsmidler mellom de regionale sikkerhetsavdelingene i Norge?

I kapittel 2 presenteres tvangsbegrepet relatert til psykisk helsevern, med en taksonomi som utvider tvangsbegrepet til å omhandle mer enn selve tvangsvedtaket. Hensikten er å forsøke å inneha flere perspektiv på tvang, og særlig pasientperspektivet. Det beskrives kort noen utfordringer i forståelse av begrepet tvang før den juridiske inndelingen av tvang etter psykisk helsevernloven fremstilles. Til slutt beskrives tvangsmiddelvedtak etter lov om psykisk helsevern, § 4-8 mer inngående.

Kapittel 3 redegjør for sikkerhetspsykiatri og de regionale sikkerhetsavdelingene i Norge. Her presenteres de tre sykehusene som inngår i studien, samt en overordnet beskrivelse av pasientpopulasjon basert på to rapporter om norsk sikkerhetspsykiatri.

Kapittel 4 beskriver studiemetode med framgangsmåte for datainnsamling og analyser av data. Her fremkommer også etiske utfordringer knyttet til gjennomføring av studien.

I kapittel 5 fremlegges studiens resultater, hovedsakelig i form av enkle tabeller og stolpediagram.

Kapittel 6 drøfter studiens resultater opp mot teori om tvang og beskrevet fakta om norsk sikkerhetspsykiatri. Her diskuteres ulike forklaringer til resultatene, samt implikasjoner for hvordan resultatene kan anvendes.

1.2 Avgrensninger og begrepsavklaring

Tvang forekommer overfor mange ulike grupper, og ofte i omsorgsinstitusjoner, slik som barnevern, fengsel, rusomsorg og eldreomsorg. Denne studien omhandler tvang overfor mennesker i det norske psykiske helsevernet, nærmere bestemt personer som er innlagt ved regionale sikkerhetsavdelinger i Norge.

Bruk av tvang i psykisk helsevern reiser et vidt omfang betydelige etiske, faglige og juridiske spørsmål. Oppgaven er orientert mot datamateriale som viser omfang av tvangsmiddelbruk, og behandler dermed ikke større etiske problemstillinger i særlig grad. Oppgaven er forhåpentligvis en nødvendig del av et grunnlag for en slik diskusjon.

Som det kommer frem i oppgaven, er tvang et vidt begrep. Denne oppgaven presenterer i innledning og teori om tvangsbegrepet på et generelt nivå, før fokuset rettes mot det som er mål for studien: en type tvang som betegnes som *tvangsmidler*, og som er fire ulike juridiske vedtak og handlinger: bruk av mekaniske tvangsmidler, isolasjon, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding. Tvangsmidlene utdypes i kapittel 2.2.3.2.

Et *vedtak* er en formell juridisk beslutning. Formaliteten bidrar til å ivareta rettsikkerheten til den som «utsettes» for vedtaket. (Husum et al., 2017) Ethvert vedtak etter psykisk helsevernloven skal kontrolleres av et uavhengig organ, og vedtakene kan påklages av pasienten selv, eller dennes pårørende. (Psykisk helsevernloven, 2001)

2 Tvang

2.1 Hva er tvang?

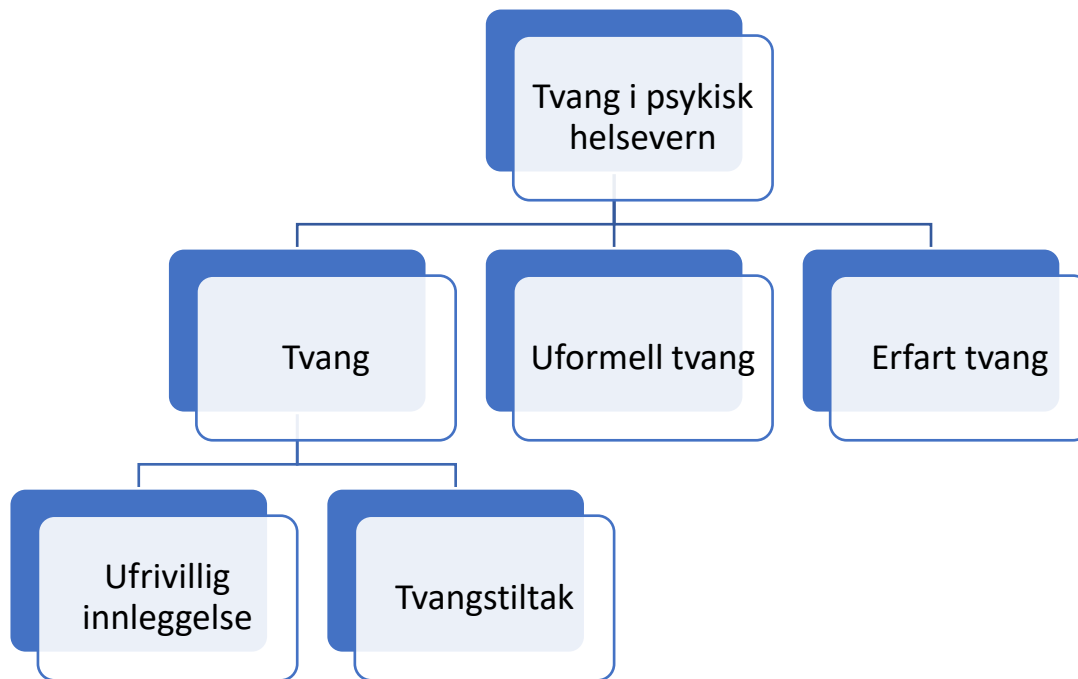
Norsk ordbok definerer tvang som «det å tvinge noen; (det å oppnå noe med) makt, press, trusler, påbud e.l.» (LEXIN, s.a.)

Internasjonalt brukes det ulike begrep for tvang, og ulike fagfelt definerer begrepet på ulik måte (Sturmey, 2015). Både Sturmey (2015) og Robins m.fl. (2021) problematiserer en manglende definisjon av tvang generelt (Sturmey 2015), og for feltet psykisk helsevern spesielt (Robins et al., 2021). Begge påpeker at det er nødvendig med en felles forståelse av hva begrepet omfatter, blant annet for å diskutere bruken, monitorere omfanget og forske på fenomenet. Et eksempel fra psykisk helsevern er at tvangsmedisinering i Norge skiller mellom medisiner gitt for behandling av sykdom og medisiner gitt som tvangsmiddel for å forhindre skade i en utageringssituasjon, mens andre land ikke har dette skillet (Husum et al., 2010) Et annet eksempel er kontinuerlig observasjon av pasienter som er definert som tvang i England, men ikke i Norge. (Bak and Aggernæs, 2012) I Norge er det uenighet om skjerming er behandling eller tvangsmiddel (Husum et al., 2017)

Helsedirektoratet sine nasjonale kvalitetsindikatorer for tvang i Norge er juridisk definert av psykisk helsevernlovens paragrafer (Helsedirektoratet, 2022b). Pasienter i psykisk helsevern rapporterer imidlertid opplevd tvang for erfaringer som faller utenfor lovverkets definisjoner (Nyttingnes, 2018, Hatling, 2013, Bjørgen et al., 2014). Følgelig er det utfordrende å definere tvang i psykisk helsevern, både med tanke på fagfelt og perspektiv.

2.2 Tvang i psykisk helsevern

Det er vanlig å skille mellom formell og uformell tvang, i tillegg til opplevd tvang. (Husum et al., 2017) Formell tvang begrenser seg til inngrep som er vedtatt i medhold av lovverk, mens uformell tvang og opplevd eller erfart tvang kommer fra pasientens perspektiv og utvider forståelsen av begrepet forbi lovtekstens begrensninger. Nyttingnes (2018) foreslår en modell for tvang i psykisk helsevern som kan bidra til å forklare de ulike begrepene, hvor formell tvang her dekkes av begrepene tvang, ufrivillig innleggelse og tvangstiltak.



Figur 2.2: Tvang i psykisk helsevern, egen oversettelse fra (Nyttingnes, 2018)

De to øverste nivåene viser at tvang i psykisk helsevern (coercion in mental health care) kan deles inn i tre deler:

- Tvang (compulsion),
- Uformell tvang (informal coercion) og
- Erfart tvang (experienced coercion)

Tvang omhandler tvangstiltak som reguleres av psykisk helsevernloven, og deles her videre inn i to: ufrivillig innleggelse (involuntary legal status) og tvangstiltak (coercive measures).

Ufrivillig innleggelse som omfatter både tvangsinnleggelse og tvungen innleggelse til observasjon.

Tvangstiltak omfatter tvangsmedisinering, tvangsmidler og andre tiltak som blir beskrevet i kapittel 2.2.3.

Tvang, uformell tvang og erfart tvang er begreper som kan gå over i hverandre; tvangsmedisinering kan for eksempel inneha elementer av uformell tvang, samtidig som to pasienter kan oppleve eller erfare ulik grad av tvang ved det samme tiltaket. (Nyttingnes, 2018)

2.2.1 Uformell tvang

Nyttingnes (2018) beskriver at uformell tvang handler om ulike grader av press som faller utenfor det juridiske begrepet tvang. Et relevant eksempel han trekker fram, er hvis en behandler foreslår behandling for en pasient, og samtidig kommuniserer at konsekvensene av å avslå kan på sikt innebære behandling under tvang. For pasienten kan situasjonen oppleves som alt fra et velment forslag i samarbeid til en trussel. I

tillegg til måten behandler kommuniserer på, kan sted og omstendigheter bidra til uformell tvang. Hvis pasienten skal ta stilling til behandlerens forslag eller råd i en institusjon med høye gjerder, låste dører og anledning til å anvende tvang, kan det argumenteres for at situasjonen kan betegnes som tvang uten at tvangen er formalisert gjennom lov. (Nyttingnes, 2018)

Et annet eksempel på uformell tvang er husordensregler som regulerer og begrenser pasientenes daglige liv i institusjon gjennom å styre døgnstruktur, så som måltid, røyking med mer. Pasientene kan eksempelvis bli bedt om å holde rommet om natta, en regulering som kan oppleves og betegnes som uformell tvang – også her omstendighetene tatt i betraktning. Husordensregler er en kjent regulering som også er nevnt i loven og kontrolleres av kontrollkommisjonene (se kapittel 2.2.3), samtidig som det ikke foreligger formelle krav, retningslinjer eller registreringer for disse bestemmelsene.

2.2.2 Erfart tvang

Å bli utsatt for tvang er en dypt personlig og emosjonell erfaring, ladet med mening og symbolske kvaliteter

(Nyttingnes, 2018), egen oversettelse

Nyttingnes (2018) diskuterer også definisjonsproblemet for begrepet tvang, og påpeker at tvangsdefinisjoner ofte omfatter intensjon (det å oppnå noe..) som komponent i tvangsbegrepet. Han mener dette vanskeliggjør avgrensninger av ordet tvang ytterligere, da utøvers intensjon om å benytte tvang og makt er vanskelig å observere og stadfeste.

Videre mener han at tvang kan beskrives ulikt fra ulike perspektiver; den som utfører tvang, den som blir utsatt for tvang eller en som er vitne til tvangen kan alle ha ulik oppfatning av samme situasjon. Handlinger som ikke er gjort i den hensikt å presse eller tvinge, kan bli oppfattet som tvang hos den som blir påvirket av handlingen. Fra eksempelet over som også omtales som «skyggetvang» (Szmukler, 2015), kan være når pasienter med tidligere tvangserfaring går tilsynelatende med på frivillig innleggelse og/eller medikamentell behandling av frykt for å bli tvunget til det samme. (Bjørngen et al., 2014) Her kan en tenke seg at utøver ikke har intensjon om å tvangsinnlegge, men pasienten føler seg like fullt tvunget til en handling mot sin vilje på grunn av tidligere erfaring med tvang.

Nyttingnes (2018) foreslår derfor at pasientperspektivet kan være nyttig å fokusere på når en omtaler tvang, fordi en da favner handlinger som ikke er intendert som tvang, men som like fullt oppleves slik, og derfor erfarer som tvang. Et slikt perspektiv favner bredere og fanger opp handlinger som kanskje ville blitt oversett av «ekspertisen» i fagfeltet, samtidig som en fokuserer på det som er mer relevant: det har liten betydning om eller hvor mye tvang behandleren mener han eller hun utfører, når det er den utsatte som erfarer og må gjennomgå de negative konsekvensene av erfart tvang.

Nyttingnes og andre har utarbeidet spørreskjema som forsøker å avdekke erfart tvang for pasienter i psykisk helsevern, og verktøyene brukes i forskning blant annet for å finne faktorer som kan henge sammen med økt eller redusert opplevelse av tvang. Verktøyene

kan også anvendes som støtte for pasienter som har opplevd tvang, samt til kvalitetsforbedring i enheter som anvender tvang. (Nyttingnes et al., 2017)

2.2.3 Tvang etter lov om psykisk helsevern

Den juridiske bruken av tvang reguleres av psykisk helsevernloven og omfatter flere ulike formelle vedtak.

- Tvangsinnleggelse etter gitte vilkår (§ 3-3)
- Tvungen undersøkelse for å vurdere om vilkår for tvangsinnleggelse er til stede (§ 3-2)
- Tvangsbehandling, oftest med medikamenter eller ernæring (§ 4-4 a)
- Tvangstiltak som beskrives nærmere under kapittel 2.2.2.2 (§ 4-8)
- Skjerming, som innebærer at pasienten holdes atskilt fra andre pasienter men sammen med personale (§ 4-3)
- Undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6)
- Rusmiddeltesting (§4-7a)
- Beslag av gjenstander (§4-7)
- Innskrenkninger i forbindelse med omverden, som for eksempel nektelse av adgang til besøk, telefonere eller sende og/eller motta brev/pakker. (§ 4-5)
- Nattlåsing av pasientrom (4A-6 a)

Vedtak om tvang skal fattes av en *faglig ansvarlig for vedtak*, som enten er lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning. (Psykisk helsevernloven, 2001)

Pasienten skal ifølge phvl § 4-2, gis anledning til å uttale seg i forkant av tvangsvedtak, slik at pasienten kan ha innflytelse på om og hvordan tiltak kan forhindres, og eventuelt hvordan pasienten foretrekker at tvangstiltak gjennomføres hvis det er nødvendig. For eksempel kan pasienten be om at han får være alene når han eller hun blir aggressiv og slik kan forsøke å unngå situasjoner som kan føre til tvangsmiddelbruk. Et annet eksempel kan være at pasienten ber om å bli isolert fremfor å holdes fast av personalet dersom pasienten synes dette er mindre inngripende.

Alle institusjoner i psykisk helsevern har egne uavhengige kontrollkommisjoner som skal føre rutinemessig tilsyn med tvang. Kontrollkommisjonene skal også gjøre uanmeldte besøk og føre generelt tilsyn med pasientenes velferd. (Psykisk helsevernloven, 2001)

2.2.3.1 Andre tvangsinnleggelser

Tvangsinnleggelse i psykisk helseverninstitusjoner kan også omfatte innleggelser hjemlet i andre lovverk. Personer kan tvangsinnlegges til rettspsykiatrisk døgnobservasjon etter straffeprosessloven (strpl) § 167 og varetektssurrogati etter samme lov, § 188. Det finnes ikke registre for disse innleggelsene, men en måling 31.12.2019 avdekket tre innleggelser etter stpl § 188 i sikkerhetspsykiatri på måletidspunktet. Fra 2015-2019 ble det registrert 96 innleggelser etter stpl § 167 i norske regionale sikkerhetsavdelinger. (Kilden et al., 2020)

I tillegg kan pasienter idømmes tvungent psykisk helsevern i medhold av straffelovens § 62. Fra og med 2015 til og med 2021 ble 234 mennesker dømt til tidsbestemt eller tidsubestemt tvungent psykisk helsevern med en økende trend. I samme periode ble bare 99 av dommene opphørt (Holst and Kilden, 2019, Nasjonal koordineringsenhet, 2022).

For samtlige tre anvendelser av tvangsinnleggelse etter strafferettslig lovverk, er beslutning om observasjon eller innleggelse vedtatt av en domstol.

2.2.3.2 Tvangsmidler

Tvangsmidler etter phvl § 4-8 er fokus for denne studien. Tvangsmidler er fire ulike tiltak som ikke anses som behandling, men middel som kan brukes når det vurderes som nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv, andre, bygninger eller inventar. (Psykisk helsevernloven, 2001) Se vedlegg 1 for fullstendig lovtekst. Tvangsmiddelvedtak kan iverksettes overfor pasienter som er underlagt psykisk helsevern etter phvl §2-1 (frivillig), phvl §3-3, § strl 62 eller stpl § 188, samt personer til observasjon etter phvl § 3-2 eller strpl § 167.

Tvangsmidlene som kan anvendes er;

- a: mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær
- b: kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolasjon)
- c: enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt
- d: kortvarig fastholding

§ 4-8 a, mekaniske tvangsmidler er som oftest

1: Belter som festes rundt pasientens håndledd som igjen er festet til et magebelte. Beltene hindrer pasienten i å bevege armene ut fra kroppen. I tillegg festes belter rundt begge bena slik at det er mulig å bare ta små steg. Beltene rundt håndledd kan ha ett lengre belte slik at pasienten kan bruke den ene hånden for eksempel til å spise. Belter kan også tas av på armene eller på bena, slik at pasienten er festet på ett sett ekstremiteter (armer eller ben).



Figur 2: Illustrasjonsbilder av transportbelter rundt føttene og magen på en fiktiv pasient, (Helsebiblioteket, 2017)

2: belteseng som kan være samme eller lignende belter som transportbelter. Beltene festes til en seng som kan være lagd til formålet. Pasienten blir da liggende på ryggen i en seng med armer, ben og overkropp spent fast til sengen.

Psykisk helsevernforskriften presiserer gjennomføringen av tvangsmidlene, og anmerker spesielt for § 4-8 a at en bør forsøke mildere tvang (eks redusere antall reimer) senest etter 8 timer. (Psykisk helsevernforskriften, 2011)

Bruk av mekaniske tvangsmidler kombinert med enkelte rusmidler kan øke faren for blodpropp eller hjertearytmier (Norsk psykiatrisk forening, 2018), og det er vanlig praksis at pasienten tilsees av lege som særlig vurderer pasientens sirkulasjon. Personalet skal som hovedregel oppholde seg sammen med pasienten så lenge tvangsmiddelvedtaket pågår.

Vedtaket kan også omfatte andre typer skadeforebyggende klær. Eksempler kan være hjelm eller armskinner som hindrer pasienten i å skade eget hode eller spyttmaske som hindrer smitteførende pasient i å spytte på andre. Det finnes ikke oversikt over hvilke andre typer spesialklær som anvendes eller hvor mye dette brukes, da datasystemene har lagt inn «mekaniske tvangsmidler» som tekst ved bruk av belter, remmer eller skadeforebyggende klær.

§ 4-8 b, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør betegnes som isolasjon fordi pasienten holdes atskilt fra personalet. Dette skiller isolasjon fra skjerming hvor personalet oppholder seg sammen med pasienten. Isolasjon kan også innebære at døren ikke er låst, men at pasienten ikke får anledning til å gå ut av rommet han eller hun er isolert på. Isolasjon kan foregå på pasientens eget eller andre rom i institusjonen.

Psykisk helsevernforskriften fastslår at isolasjon kan maksimalt brukes 2 timer for hvert vedtak. (Psykisk helsevernforskriften, 2011)

§ 4-8 c, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler er legemidler som pasienten ikke får som fast foreskriving, eller som behandling. Hensikten med legemiddelet er å bedøve pasienten slik at han eller hun ikke er i stand til å skade seg selv og/eller andre. Legemiddelet gis oftest intramuskulært i setemuskel, og pasienten holdes ofte fast eller er lagt i belter i forbindelse med injisering.

§ 4-8 d, kortvarig fastholding er når personalet holder pasienten fast og slik hindrer pasientens bevegelsesfrihet. Fastholding kan innebære alt fra at én person holder pasientens arm(er), til at mange ansatte ligger delvis oppå pasientens kropp.

Kortvarig fastholding kan ofte oppstå før annen tvang – som for eksempel at pasienten holdes og føres til skjerming eller isolasjon, eller at pasienten forsøkes fastholdt men senere blir fiksert med mekaniske tvangsmidler. Kortvarig fastholding kan også skje

samtidig med annen tvang, som for eksempel at pasienten holdes fast ved injisering av medikamenter.

Helsedirektoratets beskrivelser om kortvarig fastholding i forbindelse med annen tvang (vedlegg 13: Helsedirektoratets *Psykisk helsevernloven med kommentarer*) forsøker å klargjøre i hvilke tilfeller man skal fatte to vedtak; ett for kortvarig fastholding og ett for den samtidige eller etterfølgende tvangsmiddelbruken. Helsedirektoratet mener at registrering av kortvarig fastholding må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. (Helsedirektoratet, 2022a)

Det er vanlig at enheter som anvender mye tvang trener på bruk av mekaniske tvangsmidler og fastholding etter egne prosedyrer. Hensikten er å gjennomføre tiltaket uten å påføre kroppslig skade på pasienten (Helsebiblioteket, 2017)

2.2.3.3 Klageadgang

Vedtak skal i prinsippet være en bestemmelse som besluttes før det som vedtas trer i kraft. (Forvaltningsloven, 1967) Dette sikrer pasientens klagemulighet og anledning til å unngå tiltaket, slik som tilfellet er for andre tvangshandlinger i psykisk helsevernloven, for eksempel phvl §§ 4-4 a, 4-7 og 4-10 (Psykisk helsevernloven, 2001). For vedtak etter phvl § 4-8 skjer ofte beslutning samtidig som tiltaket iverksettes. Bestemmelsen har likheter med nødrett da tiltaket iverksettes akutt for å hindre skade. I realiteten har da pasienten ikke mulighet til å unngå tiltaket, og klage kan først skje etter at tvangen er iverksatt.

I følge helsedirektoratets rapport om tvangsbruk er forekomst av klager på vedtak etter phvl § 4-8 lavere enn forventet, tatt i betraktning omfanget. I 2020 ble det fremsatt 419 klager av 16329 vedtak (Helsedirektoratet, 2021).

2.2.3.4 Beslutning om vedtak etter unntaksregelen

Psykisk helsevernforskriften beskriver at vedtak etter phvl § 4-8 kan i nødstilfeller fattes av ansvarshavende ved avdelingen hvis kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig (Psykisk helsevernforskriften, 2011) Ansvarshavende er oftest en syke- eller vernepleier. Det ligger i tiltaket sin natur at situasjonen ofte kan betegnes som en nødsituasjon, og det er snarere regelen enn unntaket at vedtaket besluttes av andre enn faglig ansvarlig for vedtak. Det finnes ikke oversikt over hvor mange vedtak som er besluttet etter «unntak», ei heller faglige krav for de som gjør vedtakene. Det er vanlig praksis at faglig ansvarlig varsles og gjør en selvstendig vurdering av om vedtaket skal opprettholdes så snart som mulig etter underretning om tvangen.

2.3 Forekomst av tvangsmiddelbruk

Internasjonal forskning på tvang med sammenligning av forekomst er som nevnt utfordrende på grunn av tvang er vanskelig å definere og avgrense. Lite tilgjengelig data om tvang er også et hinder for forskning. Bak og Aggernæs (2012) forsøkte å sammenligne tvangsbruk mellom 11 europeiske land, men fant at bare 4 av landene (Danmark, Sverige, Norge og Finland) hadde sammenlignbare data da de øvrige landene

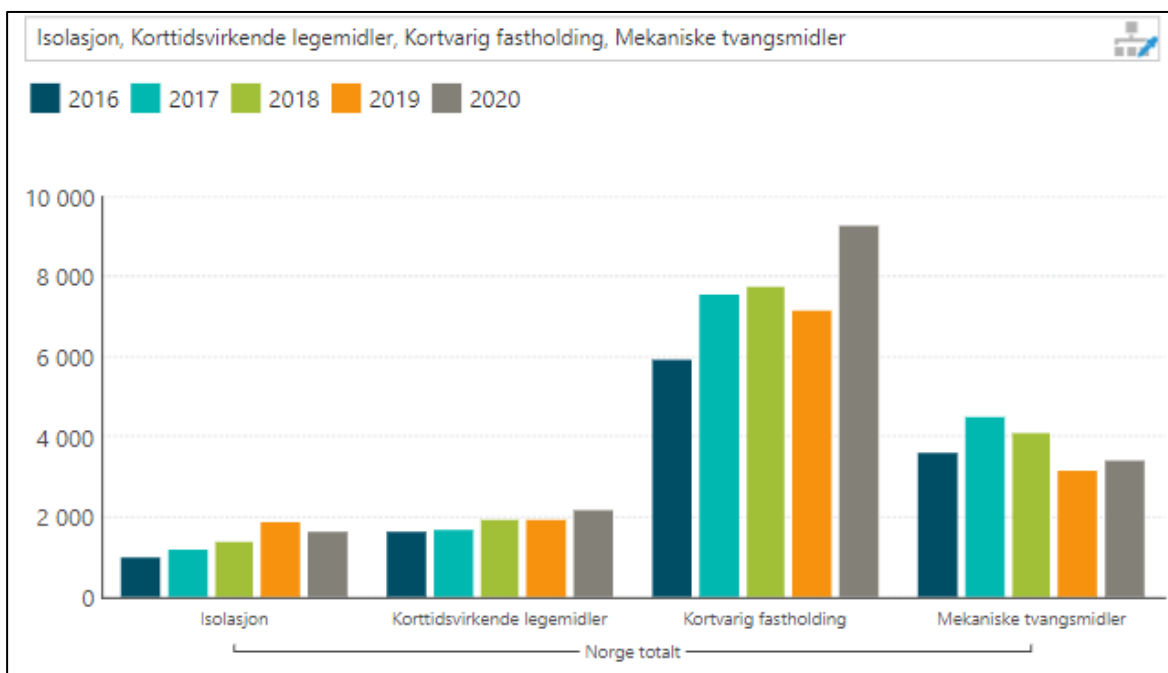
manglet nasjonale registre. Studien konkluderte blant annet med at Norge anvendte lite fysisk tvang sammenlignet med nabonasjonene.

Registreringspraksis kan også variere innad i de enkelte landene, både med tanke på om tvangen blir registrert, og hvor tilgjengelig materialet er (Kalseth et al., 2015). Også norske sykehus har gjennom sivilombudet og media blitt kritisert både for å mangelfull registrering og utlevering av opplysninger om tvang. (Sivilombudsmannen, 2018, Norman and Åsebø, 2016b)

I tillegg til utfordringer med registrering mellom nasjonene, foreligger det ulike lovhjemler for bruk av tvang, og ulikt syn på hva som defineres som tvang (Robins et al., 2021). Tvangsmedisinering som pasienten ikke aktivt eller fysisk motsetter seg, kan for eksempel bli sett på som frivillig. Av andre internasjonale ulikheter forbyr for eksempel Storbritannia bruk av mekaniske tvangsmidler og definerer kontinuerlig tilsyn som tvang, mens norsk lov tillater bruk av mekaniske tvangsmidler og definerer ikke kontinuerlig observasjon som tvang. (Kalseth et al., 2015)

2.3.1 Tvangsmiddelbruk i Norge

Nasjonal statistikk fra (Helsedirektoratet, 2022b) viser at antall vedtak om tvangsmidler i norsk psykisk helsevern har hatt en årlig økning fra 2016-2020. I 2016 ble det registrert 11985 vedtak om tvangsmidler på 3283 pasienter, mens det i 2020 ble registrert 16329 vedtak på 4163 pasienter. Nasjonalt ble det registrert flest vedtak om kortvarig fastholding, etterfulgt av mekaniske tvangsmidler, og færrest vedtak om isolasjon.



Figur 2.3.1: Antall tvangsmiddelvedtak i Norge perioden 2016-2020 fordelt på type tvangsmiddel. Skjermdump fra SAMDATA

2.3.2 Forskning på norske populasjoner

Husum m fl. (2010) har gjort en studie av 32 norske akuttavdelinger for å undersøke om tvang (tvangsmedisinering, skjerming og tvangsmiddelbruk) var forbundet med ulike

forhold ved både pasient, personale og avdelingen. De finner at forekomst av tvang varierer betydelig mellom avdelingene, og foreslår derfor at arbeid med å redusere tvang burde omfatte organisasjonsmessige endringer ved avdelingene.

(Knutzen et al., 2013) har også undersøkt tvang overfor pasienter i norske akuttavdelinger, og fant at lav alder, mange innleggelses og lengre oppholdstid på avdelingen var assosiert med å bli utsatt for hyppig bruk av mekaniske tvangsmidler og/eller korttidsvirkende legemidler, hvor hyppig var definert som 6 ganger eller mer. De fant også at en liten andel av pasientene (9,1%) stod for en stor del av tvangsbruken (39,2%). Blant de som ble utsatt for hyppig tvang fant de at halvparten av kvinnene var diagnostisert med personlighetsforstyrrelse, en diagnose som ikke var til stede blant menn i samme gruppe.

Sivilombudsmannen fant også en betydelig kjønnsforskjell i bruk av mekaniske tvangsmidler i norske fengsler fra 2013-2018: kvinner ble gjennomsnittlig beltelagt 5,5 ganger hyppigere enn menn. (Sivilombudsmannen, 2020)

2.4 Kritikk mot bruk av tvang

Som beskrevet i innledning har mennesker med psykiske lidelser historisk vært utsatt for tvang av ulik art, ofte i den hensikt å kontrollere atferd eller behandle lidelsen (Thomassen, 2015, Rogers and Pilgrim, 2014). (Steinert et al., 2010) påpeker at selv om psykiatri som fag oppstod med å fri de «sinnsyke» fra fengsel og fotlenker 1797, er tvang fortsatt i dag et internasjonalt omdiskutert tema.

2.4.1 Negative konsekvenser

Diskusjonen i fagfeltet går på at tvang kan være direkte og indirekte skadelig for den som utsettes (Robins et al., 2021), så vel som den som utfører. (Hatling, 2013) Tvang kan også krenke personlig integritet. (Sashidharan et al., 2019, Hatling, 2013) Husum med flere (2017) viser til en offentlig utredning (NOU 2011:9) som oppsummerer flere uønskede følger av tvang. Blant annet er det dokumentert fysiske skader og død ved bruk av mekaniske tvangsmidler og isolasjon. Av psykiske skader er det funnet at tvang er forbundet med traumer, retraumatisering og posttraumatisk stresslidelse. Andre negative konsekvenser er opplevelse av straff, krenkelse og stigma, samt negative følelser som skam, sinne, avmakt med skade på selvtillit, sosial identitet og mestringsstrategier. En oversiktsartikkel fant også flere studier som påviste dyp venetrombose hos en liten andel pasienter utsatt for fysisk tvang. (Chieze et al., 2019)

Flere studier påpeker også at personalet opplever negative følelser i situasjoner der de føler de må bruke tvang, og at de ofte står i vanskelige etiske vurderinger mellom pasientens autonomi og ansvar for å ivareta sikkerhet for andre. I tillegg kan tvang skade relasjonen mellom pasient og personale. (Duxbury et al., 2019)

2.4.2 Helsefaglig etikk

Videre kan bruk av tvang være i strid med helsefaglig etikk (Pedersen et al., 2017). Helsefaglig etikk referer ofte til fire sentrale prinsipper beskrevet av Beauchamp og

Childress (Pedersen et al., 2017): Respekt for pasientens autonomi, velgjørenhet, ikke skade-prinsippet og rettferdighet.

Prinsippene er veiledende for helsefaglige avgjørelser, og en beslutning vil ideelt sett ivareta et eller flere av de fire verdiene. Bruk av tvang reiser særlig utfordrende etiske spørsmål på grunn av at handlinger og beslutninger kan være i direkte strid med en eller flere av prinsippene. Tvang som pasienten motsetter seg kan sies å være den diametrale motsetningen av å ivareta pasientens autonomi. Her er rasjonale for bruk av tvang ofte at pasienten mangler innsikt, og således behøver at andre tar styring over pasienten da sykdommen hindrer pasienten i å se hva som er best for han eller henne. Her blir prinsippet om velgjørenhet og ikke skade vurdert til å være viktigere prinsipp enn pasientens autonomi. (Husum et al., 2017) Prinsippet om velgjørenhet blir allikevel utfordret med tanke på at det er økende bevis for at tvang har negative konsekvenser som beskrevet over. I tillegg mangler et solid kunnskapsgrunnlag for at ulike former for tvang har positive effekter. (Hatling, 2013)

2.4.3 Internasjonale menneskerettigheter

Tvangspraksis i psykisk helsevern kan også bryte med menneskerettighetene og pasientenes rettsikkerhet. (Skjeldal, 2017) Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen er en internasjonal avtale mellom flere land som forplikter medlemslandene til å sikre alle individ sine rettigheter. (Store norske leksikon, 2022) Norges lovverk skal således være i tråd med konvensjonen, men det påpekes at psykisk helsevern kan handle i strid med artikkel 5 om rett til frihet og sikkerhet, og artikkel 3 om forbud mot tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling og straff (Blesvik et al., 2006). Storvik i Skjeldal (2017) påpeker at praksis som følger norsk forskrift om å undersøke pasienter som er festet med mekaniske tvangsmidler hver 8. time ikke holder standard fra de internasjonale menneskerettighetene som krever tilsyn hver time. I tillegg fremheves at kontinuerlig tilsyn med pasienter burde defineres og registreres som tvang, først og fremst på grunn av at tiltaket er så inngripende, men også for å sikre pasientenes klageadgang. Kritikken fra det juridiske fagfeltet viser igjen at behandling i psykisk helsevern er tett forbundet med menneskerettigheter og jus.

2.4.4 Kritikk i media

Media har også bidratt til kritikk av tvangsbruk i Norge, hvor særlig VG har vist store mangler i rapportering av tvangsmiddelbruk, regionale forskjeller, samt svært langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler (Tvangsloggene, 2016). Manglende registrering og rapportering av tvang kan hindre lovpålagte ettersyn med tvang og frata pasientenes klageadgang. Videre er manglende oversikt over tvang som problematisert i bakgrunnen for denne oppgaven, et hinder for transparens og arbeid med reduksjon av tvang. Regionale forskjeller mellom sammenlignbare enheter reiser spørsmålet om institusjonskulturer kan være forbundet med (unødvendig) bruk av tvang, og flere tvangsstudier undersøker som nevnt ulike forhold ved sykehusene, og om disse har sammenheng med tvangsbruk (Pedersen et al., 2007, Husum et al., 2010). Langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler er åpenbart en praksis i strid med god behandling, menneskerettigheter og helsefaglig etikk. Videre publiseres jevnlig personlige erfaringer med tvang og manglende rettsikkerhet for pasienter i norsk psykisk helsevern. (Eks: (Andersrød, 2022)

2.5 Argumenter for bruk av tvang

2.5.1 Forhindre skade

Tvangsmidler etter phvl § 4-8 er ikke regnet som *behandling*, men gjennom loven ansett som nødvendig for å unngå at pasienten skade seg selv eller andre i akutte situasjoner. Helsepersonell er mer utsatt for vold og trusler enn andre yrkesgrupper (Arbeidstilsynet, 2022), og vold fra pasienter i psykisk helsevern rammer både ansatte og medpasienter (Wedervang-Resell et al., 2017). Vold mot sykepleiere og andre profesjoner som er tett på pasienten er et problem som går ut over den enkelte ansattes sikkerhet, helse og velvære, så vel som arbeidsmiljøet som helhet. (Arbeidstilsynet, 2022) Slik kan en argumentere for at tvangsmidler er nødvendig for å forhindre at noen blir skadet.

Enkelte pasienter erkjenner at de er farlige for seg selv og andre i dårlige perioder og at andre da må ta over ansvaret (Bjørngen et al., 2014). For å unngå bruk av tvangsmidler, anbefaler ressursheftet av Bjørngen et al. (2014) blant annet at mindre kontrollerende husordensregler og et kompetent helsepersonell som er i stand til å deeskalere situasjoner med sterke følelser. Det pekes på at helsepersonell må tåle at pasientene er frustrerte og sinte uten at dette nødvendigvis betyr at pasienten blir voldelig.

2.5.2 Forhindre at pasienten (for)blir voldsutøver

Et annet argument for bruk av tvang i enkelte situasjoner, er også å forhindre at pasienten *skader*, i den betydningen at pasienten skal unngå å være voldsutøver. Utøvere av partnervold rapporterer om skam over å være voldsutøver (Achor and Ibekwe, 2012), og det er ikke utenkelig at skam over å ha utøvd vold er til stede hos andre pasientgrupper. Videre vil utøvd alvorlig vold kunne føre til mindre frihet og mer opplevd tvang hos voldsutøvende pasienter.

2.5.3 Fremme helse

Noen former for tvang fremholdes som nødvendig for å ivareta helse, men her mangler særlig bevis for tvangsmedisinerings effekt på psykiske lidelser (Hatling, 2013). Gooding sin litteraturgjennomgang av studier om forebygging og reduksjon av tvang (2020) beskriver at en studie har funnet at fravær av tvangsmedisinering sammenfalt med økt forekomst av aggressive episoder i Tyskland, mens en annen studie som studerte samme fenomen i samme land ikke fant en slik økning. (Gooding et al., 2020)

2.6 Nasjonale initiativ for redusert og riktig bruk av tvang

Kritikken mot tvang har ført til ulike tiltak for å redusere tvangsbruken til fordel for frivillighet og brukermedvirkning (Hatling, 2013). I nyere tid har helsedirektoratet i Norge gitt mandat til arbeidsgrupper for å vurdere «etiske, faglige og rettslige aspekter ved lov om psykisk helsevern og medfølgende faglig praksis» (Regjeringen.no, 2016). Andre statlige initiativ omfatter blant annet nasjonale tiltaksplaner for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, med påfølgende styringskrav til helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022)

2.6.1 Historiske lovendringer

Lovregulering av omsorg for mennesker med psykisk lidelse har eksistert i Norge siden 1683, og har siden gjennomgått endringer i retning av redusert anledning til tvang fra myndighetene, og økt tilsyn og kontroll av tvang som gjennomføres (Øvregard and Lie, 2020). I tillegg er det forsøkt å styrke pasientenes rettigheter gjennom pasientrettighetsloven fra 1999. Gjeldende lov om psykisk helsevern er av 1999, og loven ble sist endret i 2017 slik at det ikke lengre er anledning til å tvangsinnlegge eller tvangsbehandle pasienter som vurderes som samtykkekompetente og som ikke er til fare for seg selv eller andre. For tvangsmidlene har endringer skjedd gjennom at psykisk helsevernloven i 1999 har formalisert og synliggjort tvang som tidligere var skjult.

2.6.2 Tvangsbegrensningsloven

Loven er på ny gjenstand for revisjon gjennom tvangsbegrensningsloven som i skrivende stund er på sin andre høringsrunde. Tvangsbegrensningsloven vil samle «regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) som i dag er fordelt på psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven. Formålet er å redusere bruk av tvang, men forslaget er omdiskutert, blant annet fordi loven oppfattes som omfattende og vanskelig for helsepersonell å forstå. Det stilles også spørsmål om loven faktisk vil bidra til redusert tvang, samtidig som det påpekes at en lovendring alene ikke er nok til å redusere tvang. (Klovning, 2021, Syse, 2021) Et viktig argument for et felles lovverk gjennom tvangsbegrensningsloven er at psykisk helsevernloven kan være diskriminerende og i strid med CRPD. (Husum et al., 2017)

2.6.3 Lovendringer som øker tvang?

I 2012 ble psykisk helsevernloven imidlertid strengere i form av flere hjemler for tvang som en følge av terroren på Utøya. Loven ble utvidet med et nytt kapittel (4A) for sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå. Blant annet ble det gitt åpning for rutinemessig undersøkelse av pasientenes rom, samt nattlåsing av pasientrom. (Psykisk helsevernloven, 2001)

Året før psykisk helsevernloven ble endret i 2017 med mål om å redusere tvangsinnleggelse, ble også straffeloven endret med en tilleggsbestemmelse og utvidet anledning til å idømme tvungent psykisk helsevern. Tidligere ble bestemmelsen brukt overfor pasienter som setter liv og helse i fare, men kunne fra 2016 også anvendes overfor personer som begår gjentatte «samfunnsforstyrrelser av særlig plagsom art». (Straffeloven, 2005). Flere har påpekt at disse lovendringene har konsekvenser, åpenbart for den enkelte pasient, men også det psykiske helsevernet gjennom at flere senger blir belagt av personer dømt til tvungent psykisk helsevern. (Holst and Kilden, 2019)

Lovregulering av psykisk helsevern forsøker altså å balansere mellom den enkeltes rett til å ta egne avgjørelser, og samfunnets omsorgsansvar. I sikkerhetspsykiatri – som presenteres i neste kapittel – omfatter omsorgsansvaret ikke bare hensyn til pasienten, men også hensyn til samfunnsvernet som omfatter å forhindre og forebygge lovbrudd som pasienten er dømt for.

3 Sikkerhetspsykiatri

Sikkerhetspsykiatri (SP) omfatter psykisk helsevern for «pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig særlig vanskelig atferd og/eller risiko for vold» (Haaland, 2015). I tillegg til å yte behandling til denne pasientgruppen, skal enhetene ivareta samfunnsvernet ved å hindre pasientene å begå lovbrudd som krenker andres liv, helse eller frihet. (Straffeloven, 2005) Behandling i sikkerhetspsykiatri er dermed integrert med tiltak som beskytter samfunnet mot potensielt voldelig atferd fra pasienter.

Fra 1895 til 1987 var denne pasientgruppen innlagt ved Kriminalasylet (avviklet i 1963) eller Reitgjerdet sykehus (Rabben, 2020). I forbindelse med avviklingen av Reitgjerdet sykehus på slutten av 1980-tallet ble det anbefalt ny organisering av omsorgen for «særlig vanskelige og/eller farlige sinnslidende» (Sosialdepartementet, 1981-82), og det ble opprettet lokale og regionale sikkerhetsavdelinger rundt i landet.

Statusrapport for sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 registrerte 220 sikkerhetspsykiatriske sengeplasser, hvorav 178 var lokale og 42 var regionale sengeplasser. I løpet av 2020-2021 ble det opprettet 5 regionale sengeplasser i Helse-Nord (regionen ble tidligere betjent av Helse-Midt). Disse sengene er ekskludert fra studien da de ikke eksisterte i måleperioden.

Det finnes ingen klar definisjon på hva som er en regional eller lokal sikkerhetspasient. Regionale sikkerhetspasienter er generelt vurdert å ha høyere voldsrisiko enn sistnevnte, men som for psykisk helsevern for øvrig (Pedersen et al., 2007), er det glidende overganger mellom regional- og lokal sikkerhet, og mellom lokal sikkerhet og «ordinære» sengeposter og likeledes mellom sykehus og kommunal oppfølging.

3.1 Presentasjon av de regionale sikkerhetsavdelingene

3.1.1 Helse Sør-Øst

Regional sikkerhetsseksjon ved Dikemark er organisert under Oslo universitetssykehus. Seksjonen omfatter tre døgnenheter med til sammen 22 regionale sikkerhetsplasser. Opptaksområde for seksjonen er Helse Sør-Øst, med et befolkningsgrunnlag på 3 millioner mennesker i 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2022). Avdelingen oppgir å ha 20-30 innleggelser i året, i tillegg til judisielle døgnobservasjoner.

RSA Dikemark yter også øyeblikkelig hjelp for innsatte som ennå ikke er framstilt for varetekt for Oslo sentralarrest.

3.1.2 Helse Vest

Klinikk sikkerhetspsykiatri ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen omfatter både regional sikkerhetspost og lokal sikkerhetspost med henholdsvis 10 og 8 sengeplasser. Studien henter tall fra både regional og lokal sikkerhetspost ved Helse Bergen. Opptaksområde for seksjonen er Helse Vest, i dag med et befolkningsgrunnlag på 1,1 million mennesker.

Avdelingen yter også tjenester til kriminalomsorgens høysikkerhetsfengsel og forvaringsinstitusjon for barn og ungdom i Bjørgvin fengsel.

3.1.3 Helse Midt

Regional sikkerhetsavdeling Brøset ligger under St Olavs sykehus, avdeling for sikkerhets-, - fengsels- og rettspsykiatri. Avdelingen huser to døgnposter med 5 sengeplasser hver, og er samlokalisert- og organisert med lokal sikkerhetspost med 6 sengeplasser. Studien henter tall fra både regional og lokal sikkerhetspost med til sammen 16 sengeplasser. Befolkningsgrunnlag for Helse Midt i 2019 var om lag 735 000 (Statistisk sentralbyrå, 2022) Avdelingen har fram til 2020 hatt ansvaret for regionale sikkerhetspasienter fra Helse Nord med befolkningsgrunnlag på om lag 480 000 i 2019 (Kilden et al., 2020). Til sammen gir dette et befolkningsgrunnlag i overkant av 1,2 millioner.

Før opprettelsen av regional sikkerhet i nord (5 sengeplasser), ga de tre enhetene en kapasitet på henholdsvis 0,7, 0,9 og 0,8 døgnplasser på 100 00 innbygger i 2020. Lokale døgnplasser varierte fra 1,3 til 7 per 100 000 i lokalsykehusenes opptaksområde. (Kilden et al., 2020)

3.2 Pasientpopulasjon

Beskrivelse av nasjonal pasientpopulasjon i sikkerhetsavdelinger baserer seg på en rapport om sikkerhetspsykiatri som utførte spørreskjemamålinger til norske sikkerhetsavdelinger i 2019. Dette året var det registrert 233 pasientinnleggelser i SP, hvorav 29 innleggelser var til regionale sikkerhetsplasser. I tillegg rapporterte avdelingene om oppfølging av 38 pasienter med tvungent vern uten døgnopphold. (Kilden et al., 2020)

3.2.1 Inn- og utskrivelser

Hovedvekten av innleggelser til regionale plasser var fra lokale sikkerhetsavdelinger og akuttpsykiatriske avdelinger. Ventetid fra henvisning til innleggelse hadde et spenn fra null til 411 dager. Gjennomsnittlig liggetid for pågående forløp var beregnet for sikkerhetspsykiatrien som helhet, og varierte mellom regionene fra 5 måneder til 4,5 år. Her påvirker et opphold på over 20 år gjennomsnittet betraktelig for en liten pasientgruppe.

3.2.2 Beleggsprosent

Beleggsprosenten var også beregnet for både lokale og regionale plasser, og varierte fra 58 – 75%. Regionen med lavest beleggsprosent forklarer lavt belegg med at enkeltpasienter kan være så krevende at det går ut over kapasiteten. Halvparten av utskrivelser fra regionale senger var til lokale sikkerhetsavdelinger, etterfulgt av allmennpsykiatri. Andre utskrivelser var til fengsel, akuttavdeling, private foretak, hjem og overføring til annen regional sikkerhetsavdeling.

3.2.3 Reinnleggelser

Rapporten avdekker også at sikkerhetspsykiatriske pasienter har et høyt antall tidligere innleggelser i psykisk helsevern – om lag en fjerdedel av pasientene hadde over 20 tidligere innleggelser. Bare 6% av pasientene innlagt i 2019 hadde ingen erfaring med innleggelse i psykisk helsevern.

3.2.4 Innleggelsesparagrafer

Halvparten av pasientene i SP var tvangsinnlagte etter phvl § 3-3, om lag 35 % var dømt til tvungent psykisk helsevern i medhold av straffeloven, 10 % var frivillig innlagt, og de øvrige var lagt inn i medhold av straffeprosessloven §§ 167 eller 188.

3.2.5 Diagnoser

75 % av pasientene i 2019 hadde en schizofrenidiagnose, og av disse hadde 57,3% rusmisbruk/avhengighet som tilleggsdiagnose. 77 % av pasientene hadde begått voldskriminalitet utenfor institusjon, og det ble avdekket selvskading og suicidal atferd hos 20 % av alle pasientene i SP (Kilden et al., 2020).

3.2.6 Kjønn

Statusrapportene for norsk sikkerhetspsykiatri 2015 og 2019 viste at andelen kvinner i norsk sikkerhetspsykiatri var henholdsvis 12,5 og 14,4 %, men sier ikke noe om fordelingen av kvinner mellom regionene.

3.3 Pasientflyt

Drift av sikkerhetsavdelingene er påvirket av pasientflyt til og fra avdelingen. SIFER (nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri) har undersøkt prosessen rundt utskrivelse av pasienter fra sikkerhetspsykiatri til kommunene. Rapporten avdekker et relativt høyt antall utskrivningsklare pasienter på både regionale og lokale sikkerhetsplasser. Med utskrivningsklar menes det at pasientene må vente på utskrivning til tross for at de er vurdert som ferdigbehandlet. Rapporten peker på flere faktorer som bidrar til at mange av pasientene forblir lengre enn nødvendig i sikkerhetspsykiatrien (Eriksen et al., 2020)

I 2015 ble 71 pasienter vurdert utskrivningsklare til annen døgnetenhet eller kommunal tjeneste av faglig ansvarlig for vedtak ved sikkerhetspsykiatrisk avdeling, i 2019 er tallet sunket til 18 (Eriksen et al., 2020). For de kartlagte pasientene i 2019 var median ventetid 90 dager og høyeste ventetid var 6500 dager. Årsakene til ventetid vurdert av behandlere ved både sikkerhetspsykiatri, øvrig psykisk helsevern og kommune, kunne være manglende sengeplasser/botilbud, manglende lovhemmel for tvang i kommune, negativ forkunnskap om pasienten, tidligere voldsatferd og uenighet om pasienten var utskrivningsklar (Eriksen et al., 2020).

4 Metode

4.1 Studiedesign

Studien er en retrospektiv registerbasert studie av vedtak om tvangsmidler etter lov om psykisk helsevern (phvl), § 4-8 fattet ved regional sikkerhetsavdeling i Helse Vest, Helse Midt og Helse Sør-Øst i perioden 2016-2020.

4.2 Utvalg

Studien undersøker vedtak etter psykisk helsevernloven §§ 4-8 a, 4-8 b, 4-8 c og 4-8 d som ble fattet i perioden 01.01.2016 til 31.12.2020 ved regional sikkerhetsavdeling Brøset, Dikemark og Sandviken. For Brøset og Sandviken ble også vedtak fra de samlokaliserte lokale sikkerhetsavdelingene inkludert.

Ett sykehus registrerte tvang på 129 pasienter, men her kan samme pasient være registrert på flere av årstallene, slik at det totale antallet pasienter er mindre. De to resterende sykehusene registrerte tvangsvedtak på henholdsvis 32 og 39 pasienter.

Totalt ble det innrapportert 3483 tvangsmiddelvedtak i studiens måleperiode.

4.3 Datainnsamling

All data ble samlet inn i 2021

4.3.1 Sandviken

Data fra Helse Vest ble sendt som Excel-filer fra forsknings- og utviklingsavdelinga, seksjon for e-helse ved Haukeland universitetssjukehus.

Filene inneholdt antall og type vedtak registrert per anonymisert pasient, samt dato og klokkeslett for iverksettelse og opphør av tiltaket.

4.3.2 Dikemark

Data fra Helse Sør-Øst ble sendt som Excel-filer fra forløpskoordinator ved regional sikkerhetsseksjon (RSA), Dikemark, Klinikk psykisk helse og avhengighet. Filene inneholdt antall vedtak for hver av de 4 tvangsmidlene (§ 4-8 a-d) per årstall, og hvor mange pasienter det gjaldt for hvert av de 5 årene.

4.3.3 Brøset

Data fra Helse-Midt ble sendt som Excel-filer fra systemrådgiver ved regional sikkerhetsavdeling Brøset, Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Data er høstet fra programmet MyWay2 PAS og sjekket opp mot papirprotokoller.

Filen inneholdt antall og type vedtak registrert per anonymisert pasient, samt dato og klokkeslett for iverksettelse og opphør av tiltaket. Årstall ble lagt inn manuelt av meg.

4.4 Dataregistrering i SPSS

Innsamlet data ble lagt inn i programmet SPSS med følgende variabler:

- Anonymisert løpenummer per pasient (for to av regionene)
- Vedtakstype (§§4-8 a, b, c, d)
- Dato og klokkeslett for vedtak startet (for to av regionene)
- Dato og klokkeslett for opphør av vedtak (for to av regionene)
- Årstall for vedtak (2016-2017-2018-2019-2020)
- Sykehus (Brøset, Dikemark eller Sandviken)
- Varighet minutter for § 4-8 a (for ett sykehus)

Varighet av vedtak på tvers av enhetene ble ikke undersøkt da data viste store mangler og logiske brister (eks vedtak opphørt før iverksettelse, og felles avslutningstidspunkt for et stort antall vedtak).

4.5 Resultatframstilling

Presentasjon av deskriptive data er gjort med bruk av SPSS (tabeller og figurer). Forholdstall og enkelte prosentutregninger i teksten er regnet ut manuelt med kalkulator. Sektordiagram er utarbeidet i Excel.

4.6 Rapportskriving

Opgaven er skrevet i Microsoft Word for Endnote. Endnote X9 er brukt som referanseverktøy.

4.7 Etikk

4.7.1 Formelle godkjenninger

Prosjektplanen ble levert elektronisk til norsk senter for forskningsdata (NSD) desember 2020 med referansekode 981478. NSD vurderte at det ikke fantes behov for oppfølging fra deres side på grunn av at prosjektet ikke behandler opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Av samme grunn er ikke personvernombud involvert i studien.

Søknad og korrespondanse med NSD er vedlagt som vedlegg 6.

4.7.2 Ethiske vurderinger

4.7.2.1 Pasientnivå

Studien påfører ingen pasienter ekstra belastning i innsamlingsprosessen da data som behandles allerede er innrapporterte.

Prosjektplan ble lagt fram for brukergruppe i psykisk helsevern St Olavs Hospital 18.01.21 som sak 7/21. Formålet var å skape dialog og få innspill fra brukergruppa. Gruppen støttet studien og hadde ingen innspill til endring.

Pasienters deltagelse i brukergrupper og forskning kan være dominert av mer ressurssterke personer, og en kan risikere å gå glipp av uttrykk, meninger og erfaringer fra de mest sårbare pasientene. Brukergruppa har ingen tilknytning til studiens målgruppe, slik at personer innlagt i regionale sikkerhetsavdelinger har ingen reell brukermedvirkning i denne studien. Inkludering eller samarbeid med den berørte pasientgruppen eller deres pårørende kunne gitt en mer brukerorientert studie, som igjen kunne ha belyst tvangsmidler på annen måte, og gitt andre funn (Norvoll et al., 2017). På en annen side kan tvangsopplevelser være dypt private og traumatiske erfaringer, slik at inkludering av pasienter omkring tema kan påføre den enkelte personlig ubehag.

Studiet av tvangsmiddelvedtak er bare en del av virkeligheten, slik at det er viktig å merke seg at det er personlige erfaringer bak hver eneste vedtak som ikke fremkommer her.

Husum et al (2017) refererer til forskning som viser at flere tvangsinnlagte pasienter i etterkant vurderte tvang som nødvendig. Her kan det stilles spørsmål om pasientene får mulighet til å se utenfor de snevre rammene som er satt av lovverk og tjenestetilbud: kunne for eksempel tvangsinnleggelse vært unngått om helsetilbud kan være mer forebyggende, om psykisk lidelse ikke var så forbundet med stigma, om psykiske helsetjenester kunne vært skreddersydd etter pasientens behov?

Funnene overfor kan også gjelde for bruk av tvangsmidler. Det er lett å argumentere for bruk av tvangsmidler i en nødrettslignende situasjon, og pasienter kan være enig i tvangsbruken for den aktuelle situasjonen. Her kan det også være vanskelig for pasienter å se andre alternativer enn det som presenteres (tvangsmidler eller voldsutøvelse) -men spørsmålet kan være hvordan en unngår å komme i den situasjonen – hva kan gjøres (lenge) før i forhold til helsehjelp og hva kan gjøres i avdeling for å håndtere uro og samhandle på måter som ikke eskalerer til vold.

4.7.2.2 Sykehusnivå

Studiens funn er tiltenkt kvalitetsutvikling ved sykehusene, og formålet er således å belyse og forbedre kvaliteten på bruk av tvang overfor pasienter innlagt ved regionale (og lokale) sikkerhetsavdelinger. Studien blir gjort tilgjengelig for sykehusene.

Studiens funn viser relativt store ulikheter mellom sykehusene i bruk av tvangsmidler. Sykehusene er derfor anonymisert av hensyn til ansatte, pårørende og pasienter. Hensikten har ikke vært å sette sykehusene opp mot hverandre, men å undersøke om det er forskjeller i praksis og om praksis har endret seg i 5-årsperioden ved de ulike sykehusene for å ha et bedre grunnlag for kvalitetsarbeid med tvangsmiddelbruk.

4.7.3 Interessekonflikt

Kandidaten jobber i en av de regionale sikkerhetsavdelingene. Selv om arbeidssted kan være et nødvendig utgangspunkt for studiens problemstilling, kan tilknytningen være problematisk på flere områder. For det første kan nærhet til fagfeltet begrense evne til å analysere problemstillingen fra andre perspektiv og ståsted. For det andre kan tilknytningen føre til fokus på forklarende faktorer i forbindelse med bruk av tvangsmidler, da ansatte i fagfeltet kan være opptatt av å forsvare eller rettferdiggjøre tvangsmiddelbruk.

Tvang er sett på som negativt, og høy bruk av tvangsmidler kan føre til kritikk. Forfatterens tilknytning til fagfeltet er påvirket av dette elementet, i den forstand at presentasjon av data kan bli oppfattet som kritikk av de regionale sikkerhetsavdelingene. Kritikk kan ødelegge for samarbeid, slik at ønsker om at studiens funn skal brukes aktivt kan ha påvirket studien til å inneha færre kritiske elementer. Dette er problematisk da psykisk helsevern oppfordres til å være kritisk til egen praksis for å kunne gi en best mulig utvikling for pasientenes beste. Framtidige studier på forekomst og forklarende faktorer rundt tvangsmiddelbruk overfor sikkerhetspsykiatriske pasienter burde utføres av personer som ikke har relasjoner til ansatte i fagfeltet.

Nærhet, interesser og engasjement kan svekke forskningens legitimitet. Det er derfor viktig å presisere at denne oppgaven ikke oppnår full objektivitet, selv om kandidaten har forsøkt å være bevisst om dette i fortolkningen av resultatene.

5 Resultater

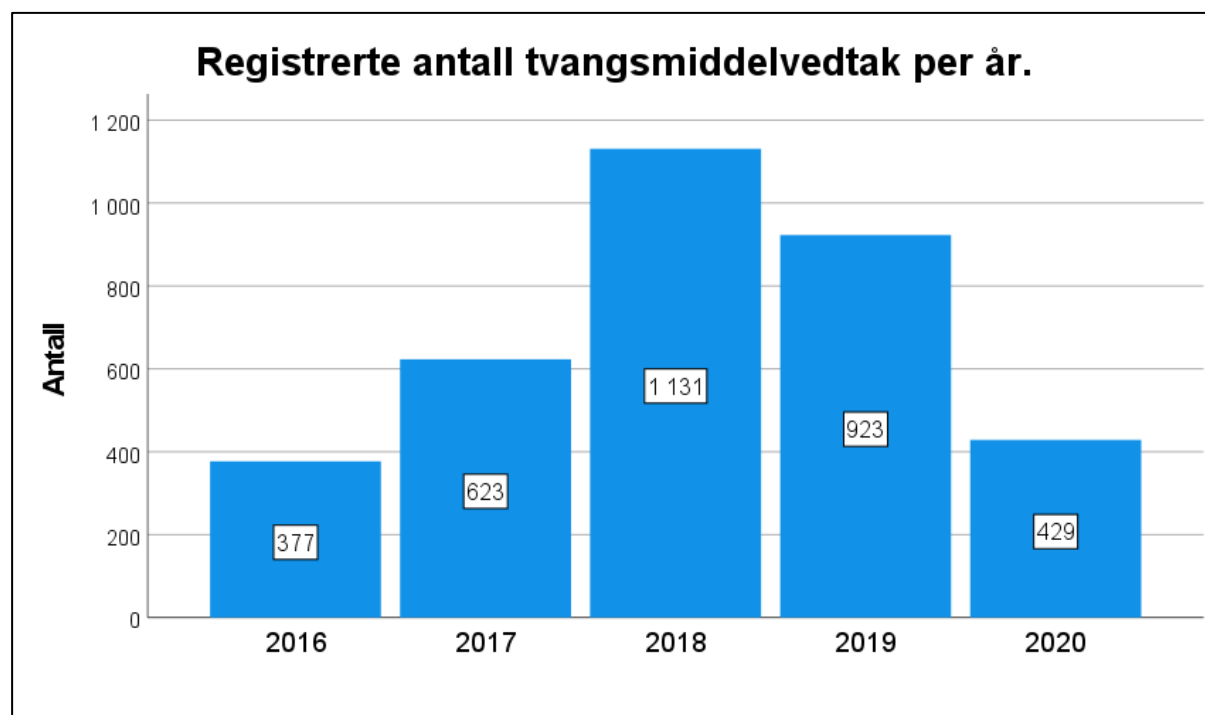
Det er gjort ulike sammenstillinger av innsamlet data for å undersøke årlig og geografisk variasjon for bruk av tvangsmidler. Data omfatter bare tre sykehus og fire ulike vedtak, slik at framstilling ved hjelp av tabeller og stolpediagram gir en god oversikt over de sammenstillingene som er gjort.

5.1 Samlet antall vedtak sortert på årstall

I løpet av studiens tidsperiode ble det registrert 3483 tvangsmiddelvedtak. Tabell nedenfor viser antall vedtak per år. Stolpediagram gir en grafisk framstilling av funnene.

Årstall	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Antall vedtak	377	623	1131	923	429	3483

Tabell 5.1: Samlet antall vedtak sortert på årstall f.o.m. 2016 t.o.m. 2020.



Figur 5.1: Samlet antall vedtak sortert på årstall.

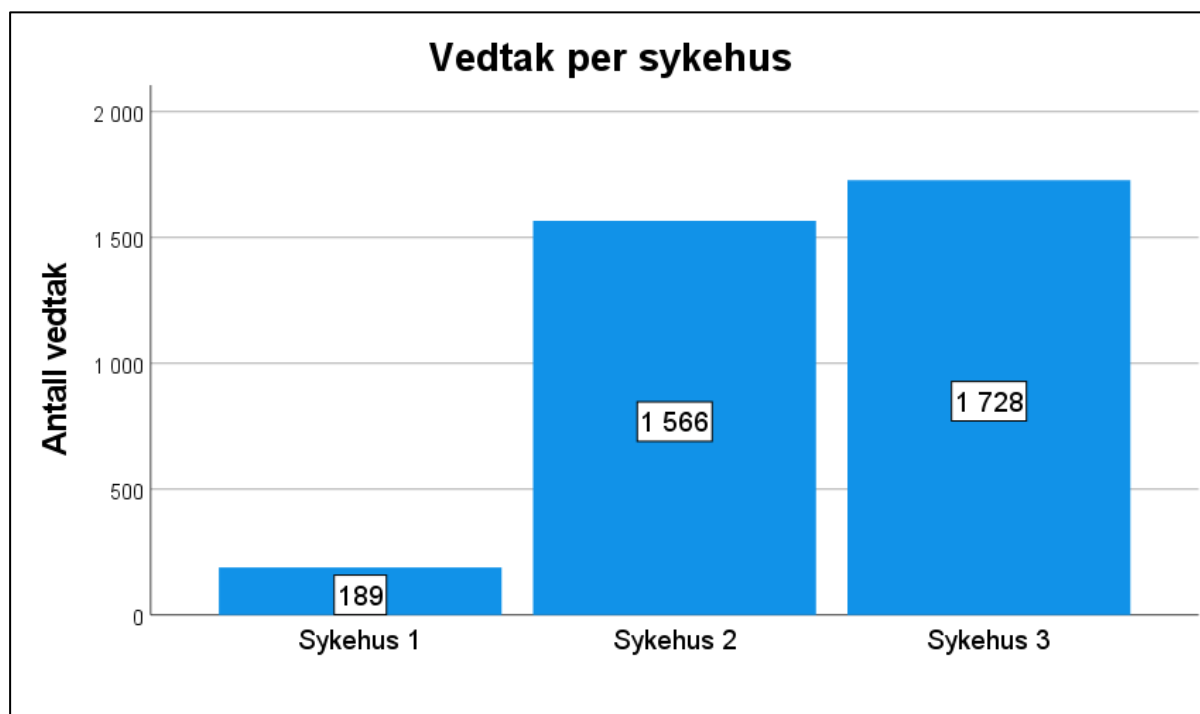
Antall vedtak varierer mellom årene. Mens det var registrert 377 vedtak i 2016, er det registrert over 1100 – nesten tre ganger så mange vedtak i 2018. Vedtak for 2018 utgjør en tredjedel (32,5%) av alle vedtak registrert i femårsperioden 2016-2020.

5.2 Samlet antall vedtak sortert på sykehus

Tabell over det totale antall vedtak for 2016-2020 sortert på sykehus viser ulik fordeling av vedtak mellom sykehus. Ett sykehus registrerte nesten halvparten (49,6%) av vedtakene. Sykehuset som registrerte færrest vedtak, står for 5,4%, eller 189 vedtak. Dette gir en forskjell på henholdsvis 8 og 9 ganger så mange vedtak for sykehusene som registrerte mest tvang sammenlignet med sykehuset som registrerte minst tvang. Stolpediagrammet gir en grafisk framstilling over fordeling av vedtak mellom sykehusene.

Sykehus	Sykehus 1	Sykehus 2	Sykehus 3	Totalt
Antall vedtak	189	1566	1728	3483
Prosent av vedtak	5,4	45,0	49,6	100,0

Tabell 5.2: Samlet antall vedtak sortert på de tre sykehusene.



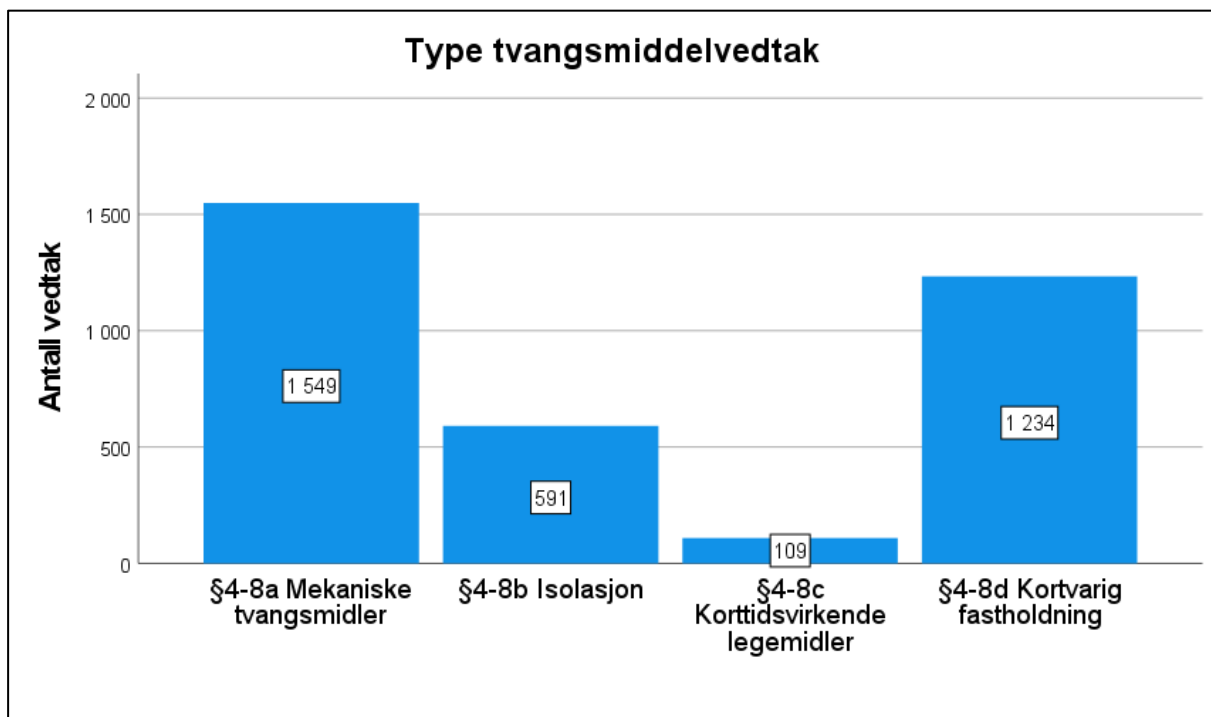
Figur 5.2: Samlet antall vedtak sortert på sykehus.

5.3 Type tvangsmiddelvedtak

Fordeling av tvangsbruk for de fire ulike tvangsmidlene samlet for perioden 2016-2020 vises i tabell og stolpediagram nedenfor. Mekaniske tvangsmidler var det hyppigst forekommende tvangsmiddelet (1549 vedtak, eller 44,5%) for alle sykehusene samlet. Like etter følger kortvarig fastholding med 1234 vedtak (35,4%). De minst anvendte tvangsmidlene var isolasjon (591 vedtak eller 17%) og bruk av korttidsvirkende legemidler (109 vedtak eller 3,1%).

	Mekaniske tvangsmidler	Isolasjon	Korttidsvirkende legemidler	Kortvarig fastholding	Totalt
Antall vedtak	1549	591	109	1234	3483
Prosent vedtak	44,5	17,0	3,1	35,4	100,0

Tabell 5.3: Fordeling av type tvangsmiddelvedtak for perioden 2016-2020



Figur 5.3: Stolpediagram over fordeling av type tvangsmiddelvedtak for perioden 2016-2020.

5.3.1 Type tvangsmiddelvedtak fordelt på årstall

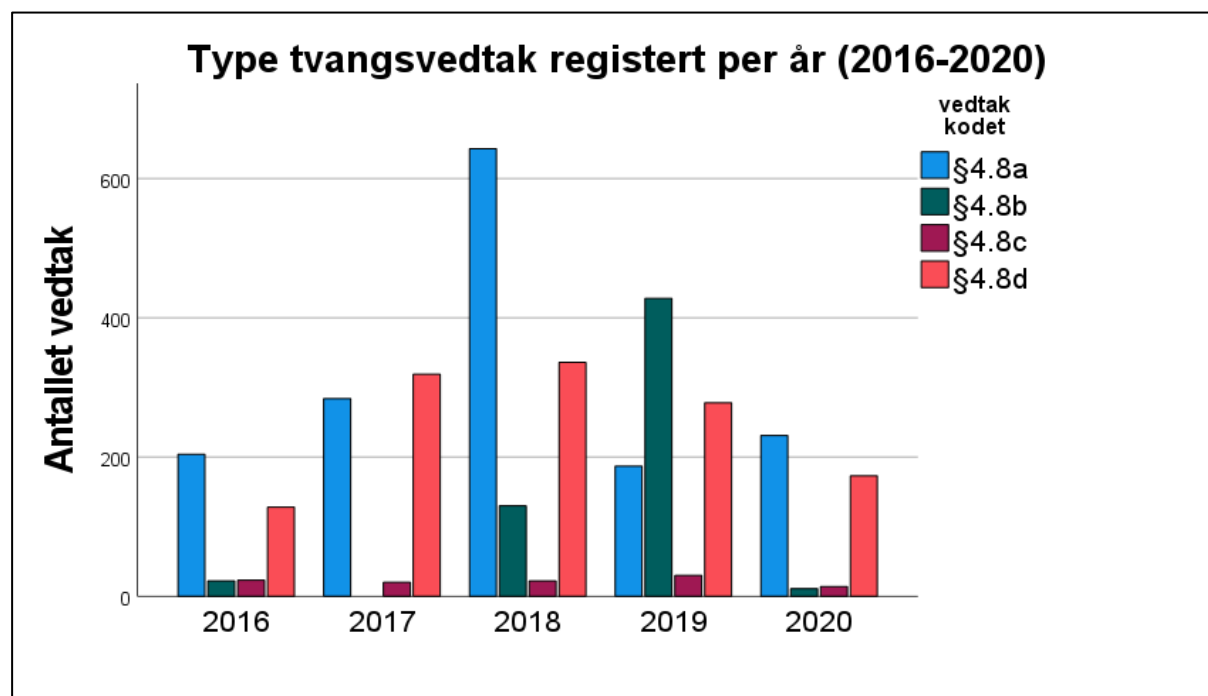
Tabell over fordeling av tvangsbruk sortert på årstall viser at bruk av mekaniske tvangsmidler er noenlunde likt per år, med unntak en topp i 2018. Denne toppen gjenspeiles i stolpediagram i kapittel 5.1 som viser et høyt antall vedtak dette året sammenlignet med de øvrige årene i studiens måleperiode.

Det er en relativt stor årlig variasjon i bruk av isolasjon. I 2017 ble det ikke registrert bruk av isolasjon, mens i 2019 anvendes dette tvangsmiddelet 428 ganger. I 2020 er forekomst 11 vedtak for isolasjon.

Bruk av korttidsvirkende legemidler er stabilt lavt i forhold til andre tvangsmidler gjennom femårsperioden.

Årstall/ Type tvang	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
4-8 a:Mekaniske tvangsmidler	204	284	643	187	231	1549
4-8 b:Isolasjon	22	0	130	428	11	591
4-8 c: Korttidsvirkende legemidler	23	20	22	30	14	109
4-8 d: Kortvarig fastholding	128	319	336	278	173	1234
Totalt	377	623	1131	923	429	3483

Tabell 5.3.1: Fordeling av type tvangsmiddelvedtak sortert på årstall, 2016-2020.



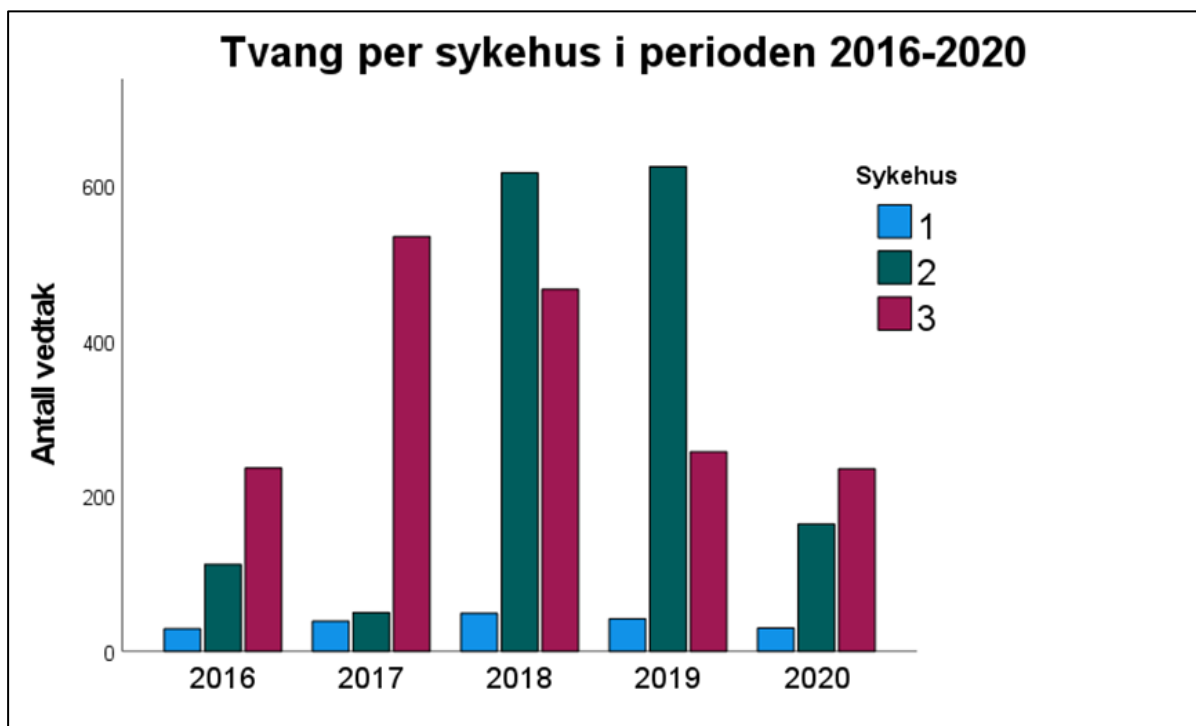
Figur 5.3.1: Stolpediagram over fordeling av type tvangsmiddelvedtak sortert på årstall 2016-2020.

5.4 Tvang per år fordelt på sykehus

Stolpediagrammet framstiller antall vedtak per sykehus per år. Oversikten viser et jevnt lavt antall vedtak for sykehus 1 (her markert med blått) sammenlignet med de to andre sykehusene. Antall vedtak er også jevnt gjennom femårsperioden for dette sykehuset.

Sykehus 2 (markert med grønne søyler) registrerte vesentlig flere vedtak i 2018 og 2019 sammenlignet med 2016, 2017 og 2020 for samme sykehus.

Sykehus 3 (markert med burgunder søyler) registrerte flere vedtak i 2017 og 2018 sammenlignet med 2016 og 2019 for samme sykehus.



Figur 5.4: Stolpediagram over tvangsmiddelvedtak per år fordelt på sykehus.

Årstall/ sykehus	2016	2017	2018	2019	2020	Totalt
Sykehus 1	29	39	49	42	30	189
Sykehus 2	112	50	616	624	164	1566
Sykehus 3	236	534	466	257	235	1728
Totalt	377	623	1131	923	429	3483

Tabell 5.4: Tvangsmiddelvedtak per år fordelt på sykehus.

Sykehus 1 registrerte jevn bruk av tvang for hele måleperioden. Antall tvangsmiddelvedtak er også vesentlig lavere sett i forhold til sykehus 2 og 3 for alle år med unntak av sykehus 2 i 2017.

Sykehus 2 har en vesentlig økning i antall tvangsmiddelvedtak fra 2017 til 2018; fra 50 vedtak i 2017 til over 6 ganger så mange vedtak i 2018 og 2019.

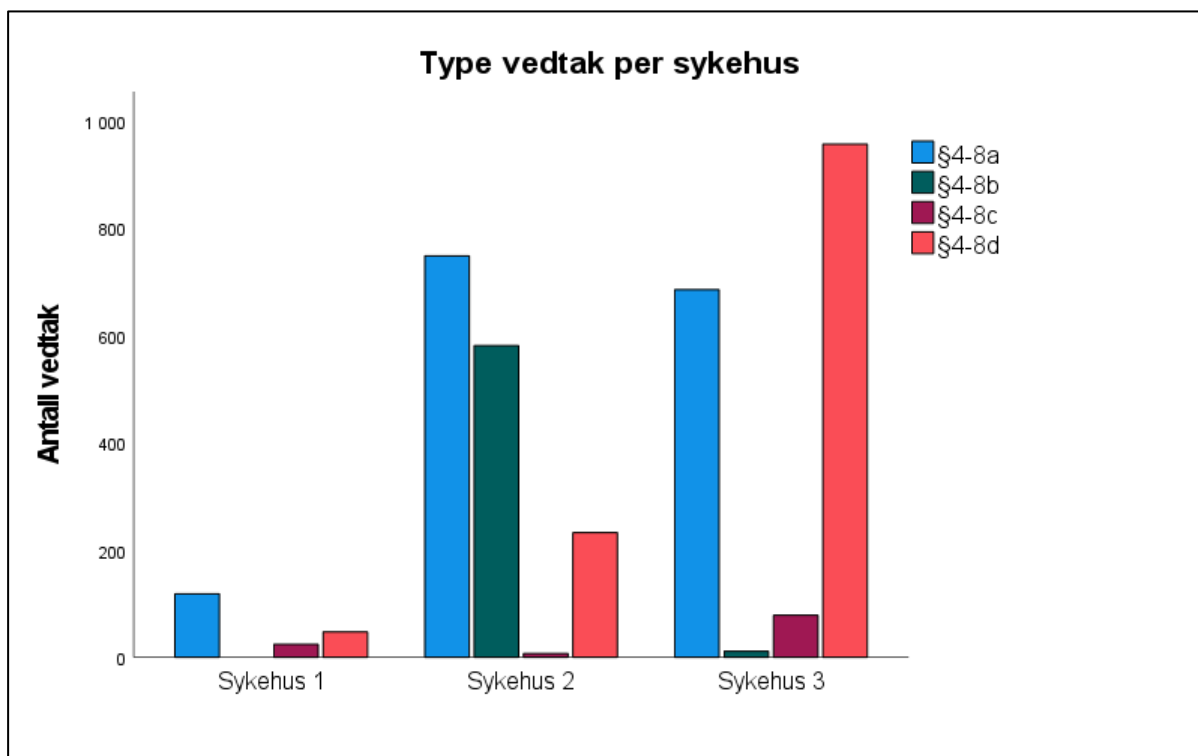
Data for sykehus 3 viser også en vesentlig endring i antall tvangsmiddelvedtak fra 2016 til 2017. I 2016 ble det registrert 236 vedtak, mens antallet mer enn dobles til 534 i 2017. Tallet holder seg høy på 466 i 2018 før det synker igjen i 2019 og 2020.

5.5 Type tvangsmiddelvedtak fordelt på sykehus

Tabell og stolpediagram framstiller hvilke typer tvangsmidler som ble anvendt for perioden 2016-2020 samlet, sortert på sykehus.

	Sykehus 1	Sykehus 2	Sykehus 3	Totalt
Mekaniske tvangsmidler	118	747	684	1549
Isolasjon	0	580	11	591
Korttidsvirkende legemidler	24	7	78	109
Kortvarig fastholding	47	232	955	1234
	189	1566	1728	3483

Tabell 5.5: Type tvangsmiddelvedtak totalt for perioden 2016-2020, fordelt på sykehus



Figur 5.5: Stolpediagram over type vedtak sortert på sykehus

Sykehus 1 registrerte mekaniske tvangsmidler mer enn fastholding og legemidler til sammen. Stolpediagrammet viser også her at sykehus 1 registrerte betydelig færre tvangsvedtak enn sykehus 2 og 3. Sykehus 1 anvendte ikke isolasjon i perioden 2016-2020.

Sykehus 2 skiller seg fra de to øvrige med tanke på bruk av isolasjon. Dette tvangsmiddelet forekommer ikke på sykehus 1 i perioden, og det er også sjeldent anvendt på sykehus 3, hvor det ble registrert 11 vedtak. Dette viser at det er forskjell på

sykehusene når det gjelder anvendelse av isolasjon som tvangsmiddel: Det ble registrert 52 ganger så mange vedtak om isolasjon på sykehus 3 som på sykehus 2 i perioden 2016-2020.

For sykehus 3 er kortvarig fastholdning det hyppigst brukte tvangsmiddelet. Dette skiller sykehuset fra de øvrige som begge har mekaniske tvangsmidler som hyppigst anvendt tvangsmiddel. Som beskrevet i kapittel 5.3 er mekaniske tvangsmidler også det hyppigst anvendte tvangsmiddelet for sykehusene sett under ett. Dette viser at det er forskjell på sykehusene når det gjelder hvilken type tvangsmiddelbruk som forekom hyppigst i perioden 2016-2020.

5.7 Varighet av vedtak

I prinsippet kan tvangsmiddelvedtak etter phvl § 4-8 a vare alt fra minutter til måneder, og lengden av tiltaket er åpenbart av betydning for pasientene som blir utsatt for tvangen.

Mens kortvarig fastholding er per definisjon kortvarig, og isolasjon «bare» anvendes inntil 2 timer av gangen, kan altså mekaniske tvangsmidler anvendes flere døgn i strekk. (Åsebø and Norman, 2016) Dette fremkom også av data fra sykehuset som hadde pålitelige data om varighet av tvangsmiddelvedtak. De øvrige sykehusene hadde ikke pålitelige data for undersøkelse av varighet av vedtak. Tvangsmiddelvedtak med mekaniske tvangsmidler med lengst varighet ble registrert å pågå i 115200 minutter, tilsvarende 80 døgn. Vedtaket med kortest varighet var 5 minutter. Median varighet var 230 minutter, tilsvarende 3 timer og 50 minutter. Ett enkelt vedtak kan altså være få minutter eller flere måneder.

6 Diskusjon

6.1 Årlig variasjon for samlet antall vedtak

Totalt antall vedtak for sykehusene samlet sortert etter årstall, viser at det er relativt store variasjoner i antall registrerte vedtak mellom årene fra og med 2016 til og med 2020. Minste registrerte antall vedtak var 377 i 2016 mot 1131 vedtak i 2018. Nærmere undersøkelse av data fra to av sykehusene viser at slike variasjoner kan henge sammen med at enkeltpasienter med et høyt antall vedtak gjør store utslag. Enkeltpasienter med mange registrerte vedtak kan forekomme hvert år, men dersom flere tilfeldigvis dukker opp samme år, vil fordeling av antall vedtak per år kunne variere som vist her.

6.2 Variasjon mellom sykehusene

Tabell over av det totale antall vedtak for 2016-2020 sortert på sykehus viser ulik fordeling av vedtakene. Ett sykehus registrerte nesten halvparten (49,6%) av vedtakene. Sykehuset som registrerte færrest, står for 5,4% av vedtakene. Forskjellen på antall vedtak var henholdsvis 8 og 9 ganger så mange vedtak hos sykehus 3 og 2 sammenlignet med sykehus 1. Det er flere faktorer som kan bidra til at sykehus med samme pasientgruppe registrerer ulikt omfang av tvang som beskrevet under her.

6.2.1 Regionstørrelse og sengeplasser

Sykehusene er sammenlignbare med tanke på pasientgruppe, men skiller seg fra hverandre på mange områder. Dikemark dekker en større befolkning enn de to øvrige sykehusene, og har derfor også flere regionale sengeplasser. De to øvrige sykehusene har også ulikt antall lokale sengeplasser (henholdsvis 6 og 8 lokale sengeplasser) som er inkludert i studien. Ut fra forskjellen i sengeplasser kunne en forvente mer registrert tvang hos ett av sykehusene, men data viser at to sykehus registrerer vesentlig mer tvang enn et annet.

6.2.2 Innleggelsesparagraf

Sykehusene kan ha ulik sammensetning av de ulike innleggelsesparagrafene. Her kan det være at noen grupper er mer eller mindre forbundet med atferd som kan føre til bruk av tvangsmidler. For eksempel kan det være ulikheter i omfang av tvang blant tvangsinnlagte etter psykisk helsevernloven og personer som er dømt til psykisk helsevern i medhold av straffeloven.

Sykehusene skiller seg også i omfang av judisielle døgnobservasjoner etter strpl § 167 (Kilden et al., 2020). Disse observasjonene er ofte korte forløp, og her er det usikkert om dette en gruppe som blir utsatt for mye eller lite tvang, og om antall gjennomførte observasjoner påvirker sykehusets anvendelse av tvang.

Innleggelse fra kriminalomsorg varierer også mellom sykehusene, og kan tenkes å påvirke til mer tvangsbruk da pasientene kan ha forhøyet voldsrisiko, men data sier ikke noe om pasienter fra kriminalomsorg er blant de registrerte, ei heller om disse har forhøyet voldsrisiko.

6.2.3 Pasientflyt

Som beskrevet av (Eriksen et al., 2020) er det utfordringer knyttet til pasientflyt for pasienter med tidligere eller aktuell voldsrisiko. Her kan det være ulikheter mellom regionene i antall utskrivningsklare pasienter, og hvor lenge de utskrivningsklare pasientene forblir på et høyere omsorgsnivå enn det som er vurdert nødvendig. Gitt at pasientgruppen henvises videre blant annet på grunn av lavere voldsrisiko, er det naturlig å forvente en tilsvarende lavere frekvens av tvangsmidler overfor de utskrivningsklare. Dersom sykehusene har mange utskrivningsklare pasienter kan de forventes å ha lavere tvangsbruk enn sykehus med færre utskrivningsklare pasienter.

Annen regional pasientflyt som antall lokale sikkerhetsplasser og kapasitet ved akuttavdelingene kan også tenkes å bidra til forskjeller mellom sykehusene i bruk av tvangsmidler.

6.2.4 Registreringspraksis

Som beskrevet av helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022a), kan registrering av tvangsmidler være en skjønnsmessig vurdering. Kortvarig fastholding er som nevnt et tvangsmiddel som ofte anvendes før eller samtidig som annen tvang. Sykehusene kan ha ulik praksis med både anvendelse og registrering av kortvarig fastholding.

Hvis kortvarig fastholding anes som «mildere tvang» og forsøkes før eventuelt andre tvangsmidler (som mekaniske tvangsmidler eller isolasjon), vil dette gi et høyere antall tvangsmidler i tilfeller der holding ikke er tilstrekkelig for å hindre pasienten i å skade seg selv, andre eller inventar. Det samme vil gjelde ved gjentatte forsøk på kortvarig fastholding – tvangsbruken vil bli høy hvis en undersøker antall.

Sykehusene kan også skille seg på om denne tvangen blir registrert. Et eksempel er kortvarig fastholding som ikke var tilstrekkelig for å hindre skade, og det ble anvendt mekaniske tvangsmidler – her kan det være ulikheter mellom sykehusene om situasjonen er registrert med både vedtak om kortvarig fastholding og vedtak om mekaniske tvangsmidler. På samme måte kan det være ulik praksis på registrering av flere forsøk på kortvarig fastholding.

6.2.5 Andre forklaringer

Det kan være andre og samtidige forklaringer på ulik registrering og anvendelse av tvangsmidler mellom sykehusene. Som undersøkt og nevnt av (Knutzen et al., 2013), kan ulike typer sykehuskarakteristika bidra til mer eller mindre tvangsbruk; slik som tidlig intervensjon knyttet til kartlegging av varselsignaler, tilgang på og bruk av skjerming, og grad av brukermedvirkning. I tillegg kan faktorer utenfor sykehus som kommunal oppfølging bidra til å påvirke frekvens av tvangsmiddelbruk gjennom å forebygge reinnleggelse. (Knutzen et al., 2013)

Andre faktorer som kan bidra til å forklare forskjeller i tvangsbruk mellom sykehusene kan være pleiefaktor og formalkompetanse som undersøkt av (Pedersen et al., 2007), eller personalets holdninger om tvang som undersøkt av (Husum et al., 2010). Begge sistnevnte studier var på andre pasientpopulasjoner enn SP, og ingen fant positive sammenhenger mellom personalfaktorer og tvangsbruk. Pedersen et al. (2007) foreslår en hypotese om at yrkeserfaring og trening i å håndtere konfliktsituasjoner kan være forbundet med mindre bruk av tvang, og anbefaler framtidige studier å undersøke en slik sammenheng.

6.3 Årlig variasjon for type tvangsmiddel

Fordeling av type tvangsmiddel viser at mekaniske tvangsmidler er hyppigst bruk for sykehusene samlet. Dette skiller seg fra nasjonale registreringer for psykisk helsevern hvor kortvarig fastholding er det mest anvendte tvangsmiddelet (Helsedirektoratet, 2022b). Pasienter i sikkerhetspsykiatri vurderes å ha mer voldsrisiko enn pasienter i øvrig psykisk helsevern, slik at en forklaring kan være at håndtering av denne pasientgruppen kan kreve mer inngripende tvangsmidler for å forhindre skade.

Isolasjon er relativt lavt sett i forhold til mekaniske tvangsmidler og kortvarig fastholding. Allikevel ser en på årlig forekomst at bruken er begrenset til enkelte årstall. Undersøkelse av data viser at vedtak er fordelt på et lavt antall pasienter. Igjen er ser det ut til at enkeltpasienter står for en stor andel av tvangsbruk. Det er uklart hva som er årsaken til at enkelte sykehus anvender akkurat dette tvangsmiddelet overfor disse pasientene, og om de er i tillegg utsatt for andre tvangsmidler.

Korttidsvirkende legemidler er det minst anvendte tvangsmiddelet, og er svært lite brukt sett i forhold til de nasjonale tallene (Helsedirektoratet, 2022b). Bruk av korttidsvirkende legemidler krever at lege foreskriver medikamentet som skal anvendes, og en lav bruk i SP kan indikere at leger er lite tilgjengelig i sykehusene. Pasienter i akuttpsykiatri står for mange av vedtakene om korttidsvirkende legemidler, og en forklaring kan være at disse pasientene er mindre stabilisert på medikamenter enn sikkerhetspasienter. Andre forklaringer på lavere bruk i SP kan være at legemidler er kontraindusert for ulike tilstander eller annen samtidig medisinbruk, at nøden i situasjonen ikke er forenelig med å istandgjøre medikamenter, eller at tiltaket ikke vurderes som tilstrekkelig for å forhindre skade.

6.4 Tvang per år fordelt på sykehus

Tvang per sykehus sortert på årstall viser variasjon mellom sykehusene med tanke på antall vedtak. Ett sykehus har stabilt vesentlig færre vedtak over alle år sammenlignet med de to andre sykehusene.

En ser også at antall registrerte vedtak varierer innad i sykehusene for de ulike årstallene. Sykehus 2 registrerte flere vedtak i 2018 og 2019 sammenlignet med seg selv for 2016, 2017 og 2020. Disse variasjonene forklares som nevnt i kapittel 5.6 og 6.1 med at enkeltpasienter med mange vedtak gir store utslag på data.

Sykehus 3 ligger høyere i antall registrerte tvangsmidler sammenlignet med sykehus 1 og 2. Sykehuset registrerte også vesentlig flere vedtak i 2017 og 2018 sammenlignet

med seg selv for 2016, 2019 og 2020. Fra 2016 til 2017 mer enn dobles antall vedtak, noe som også her forklares med enkeltpasienter med mange vedtak.

Enkeltpasienter er en stor del av forklaringen til årlig variasjon innad i sykehusene, men det gjenstår å forklare hvorfor ett sykehus ikke ser ut til å bli påvirket av (krevende) enkeltpasienter i femårsperioden, selv om fraværet av disse i en region kan skyldes tilfeldigheter.

6.5 Type tvangsmiddelvedtak fordelt på sykehus

Sammenligning av type tvangsmiddelvedtak viser ulikheter mellom sykehusene. Sykehus 1 bruker mekaniske tvangsmidler mer enn annen tvangsmiddelbruk samlet. Dette skiller seg fra de to øvrige sykehusene som ikke har dette forholdet mellom mekaniske tvangsmidler og de øvrige tvangstiltakene. Antall vedtak ved sykehus 1 er allikevel lavt sammenlignet med de øvrige.

Sykehus 2 skiller seg fra de andre sykehusene med tanke på bruk av tvangsmiddelet isolasjon. Sykehuset står for over 70% av vedtak om isolasjon under hele måleperioden, og anvender det 52 ganger så ofte som sykehus 3. Sykehus 1 anvender ikke dette tvangsmiddelet i måleperioden. Som nevnt i kapittel 6.3 kan det være verdt å undersøke bakgrunnen for valg av akkurat dette tvangsmiddelet, og om valget er forbundet med den enkelte pasient, trekk ved sykehuset som for eksempel at fysisk utforming av lokalene gjør isolasjon lett tilgjengelig.

Sykehus 3 har langt mer bruk av kortvarig fastholding enn de to øvrige (som anvender mekaniske tvangsmidler mest), med henholdsvis 4 og 20 ganger så mange vedtak. Dette skiller seg fra mest anvendt tvangsmiddel sett under ett for alle sykehusene samlet. Sykehuset anvender lite isolasjon, men ligger høyest i bruk av korttidsvirkende legemidler, og anvender dette 11 ganger så mye som sykehus 2.

Forskjeller i type tvangsmiddel mellom sykehusene kan skyldes registreringspraksis. Som diskutert under kapittel 6.2.4 kan lav terskel for å registrere kortvarig fastholding føre til høy forekomst i data sammenlignet med sykehus som har annen registreringspraksis. Registreringspraksis er umiddelbart ikke forklarende for ulikheter i bruk av de øvrige tvangsmidlene.

Pasientenes ønsker om håndtering kan også påvirke valg og forekomst av tvangsmiddel, jmfør § 4-2 i phvl (Psykisk helsevernloven, 2001). Hvis for eksempel pasienten ønsker i det lengste å fastholdes fremfor annen tvang, kan et høyt antall vedtak om kortvarig fastholding være mer i tråd med pasientens ønsker enn for eksempel ett vedtak om isolasjon eller mekaniske tvangsmidler.

6.6 Vedtak per pasient

Data fra to av sykehusene (og delvis ett) viser at et fåtall pasienter står for størstedelen av vedtakene registrert ved to av sykehusene. Det er gjort lignende funn i studie av akuttpsykiatriske pasienter av (Knutzen et al., 2013) som fant at en liten andel av pasientene stod for en relativt stor del av vedtakene.

Som diskutert av Knutzen et al., indikerer funnene at en kan oppnå reduksjon av tvang ved å fokusere på disse pasientene også for sikkerhetspsykiatri.

Selv om enkeltpasienter med et høyt antall vedtak trekker opp forekomst av tvang betydelig for enhetene, er det relativt stor ulikhet i antall vedtak per pasient mellom de to undersøkte sykehusene. Forskjellen i gjennomsnittlig vedtak per pasient reiser spørsmål om sykehusene håndterer utfordrende pasienter ulikt.

6.7 Langvarige tvangsmiddelvedtak

Lengde på vedtak er en viktig indikator på omfang av tvangsmiddelbruk. Ett enkelt (langvarig) vedtak kan være langt mer inngripende enn flere (kortvarige) vedtak. (Åsebø and Norman, 2016) viste i sin avisartikkel at enkelte pasienter har blitt utsatt for mekaniske tvangsmidler i flere uker sammenhengende. Sykehuset med pålitelige data viser at i løpet av 5-årsperioden ble flere pasienter ved dette sykehuset utsatt for svært langvarig tvang. 4 av pasienten var i mekaniske tvangsmidler i 7 uker eller mer, med det lengst varige tiltaket i 11,5 uke.

Tilgjengelig data om lengde på vedtak om mekaniske tvangsmidler og isolasjon for samtlige sykehus kunne bidratt til å gi et mer utfyllende bilde om tvangsbruk ved de regionale (og lokale) sikkerhetsavdelingene.

Det hadde også vært interessant å undersøke pasientene som ble utsatt for langvarig tvang samtidig var utsatt for annen type tvang samt andre måleparameter som liggetid og eventuelle skademeldinger og reinnleggelser for å se på noen av omstendighetene konsekvensene ved slik langvarig tvangsbruk.

6.8 Lite tilgjengelige og ufullstendige data

Utgangspunktet for studien var lite tilgjengelige data om bruk av tvangsmidler. I arbeid med datainnsamling var det også hindringer for utlevering av opplysninger om bruk av tvang. Enhetene måtte bruke mye tid på å fremskaffe data, og en av enhetene ønsket ikke å bruke tid på dette. Data ble imidlertid gjort tilgjengelig fra andre kilder.

Data var også registrert på ulike måter, slik at data måtte omarbeides før en kunne gjøre undersøkelser via SPSS. Data om tidsbruk var også svært mangelfull eller upålitelig. Selv om mangelfull registrering og tilgjengelighet av data har blitt problematisert og kritisert i Norge i flere år, gjenstår det fortsatt et enhetlig system som sikrer at tvang blir registrert på riktig måte, og at registrene er tilgjengelig til bruk for forskning, fagutvikling og generell transparens i samfunnet samtidig som pasientenes personvern ivaretas.

6.9 Metodediskusjon

6.9.1 Registrering

Registrering av tvang har tidligere vist seg å være mangelfull, og det kan også her være dissens mellom data og faktisk registrerte vedtak og mellom registrerte vedtak og faktisk gjennomførte vedtak. Data kontrollert opp mot pasientjournal kunne bidratt til kvalitetssikring av antall vedtak.

6.9.2 Ulike enheter

Som beskrevet er de tre sykehusene på mange måter ulike, både med tanke på nedslagsfelt, regional pasientflyt, antall sengeplasser og fordeling av regionale og lokale sengeplasser. Dette gjør at sykehusene ikke kan sammenstilles som tre sammenlignbare enheter med samme forutsetninger til tross for at de behandler samme pasientgruppe. Høyere antall regionale sengeplasser forventes å gi en mer krevende pasientgruppe som kan ha forhøyet voldsrisiko sammenlignet med pasienter ved lokal sikkerhet. Større enheter og flere årlige innleggelser kan også bidra til å påvirke en sengepost. Her kunne en løsning ha vært å undersøke tvang per (regionale) sengeplass, også opp mot pasientbelegg.

6.9.3 Vedtakslengde

Studien registrerer kun antall vedtak da data for lengde ikke er tilfredsstillende registrert hos alle sykehusene. Studien belyser imidlertid enkelte særlig langvarige vedtak om mekaniske tvangsmidler hos ett sykehus. Tidsbruk per vedtak for registreringer etter PHVL §§ 4-8 a og b kunne bidratt til en mer utfyllende oversikt over tvangsbruk.

6.9.4 Pasientkarakteristika

Da undersøkelsen ikke innhenter sensitive opplysninger, er pasientenes alder, kjønn, innleggelsesparagraf, behandlingsslengde, diagnose eller antall tidligere innleggelser ikke undersøkt. Enkelte norske undersøkelser indikerer at slike pasientkarakteristika kan være forbundet med risiko for å bli utsatt for tvang. En norsk studie fant at hyppige innleggelser og lav alder (18-29 år) var assosiert med økt frekvens av tvangsmiddelbruk for akuttpsykiatriske pasienter (Knutzen et al., 2013).

6.9.5 Kjønn

Pedersen et al., 2007 fant at en liten gruppe kvinner blir utsatt for hyppig tvangsbruk sammenlignet med menn i psykisk helsevern (Pedersen et al., 2007). Sivilombudsmannen finner også at kvinner i norske fengsler har større risiko for å bli beltelagt, og at de gjennomsnittlig ble beltelagt 5,5 ganger hyppigere enn menn. (Sivilombudsmannen, 2020). Funnene gir grunn til å undersøke om det er ulik forekomst av tvangsmidler for kvinner og menn også i norsk sikkerhetspsykiatri.

Fremleggelse av tvangsdata kombinert med de ulike pasientkarakteristika kunne bidratt til mer målrettede intervensjoner for å redusere tvang i norsk sikkerhetspsykiatri.

6.9.6 Liten pasientpopulasjon

Sikkerhetspsykiatri er en liten del av psykisk helsevern med tilsvarende liten pasientgruppe. Data viser at et fåtall av pasientene står for mange av vedtakene. Ettersom datagrunnlaget er så lite, påvirker disse enkeltpasientene antall vedtak i høy grad. Samtidig er det å forvente at slike pasienter vil kunne påvirke vedtaksfrekvens ved alle regionene over en femårsperiode. Det lave antallet pasienter kombinert med gjentatte observasjoner (vedtak) per pasient gjør at det ikke blir riktig å anvende

statistiske tester for å underbygge/validere data. Deskriptive data gir et bilde på forekomst og fordeling av tvangsmiddelvedtak ved regionale sikkerhetsavdelinger.

6.9.7 Annen tvang

Undersøkelsen avdekker ikke forekomst av andre typer tvangsvedtak – selv om mange av pasientene åpenbart var tvangsinnlagte.

Undersøkelsen gir heller ikke svar på om - og i så fall hvilke andre typer mekaniske tvangsmidler enn belter som ble benyttet.

Det fremkommer heller ikke omfang av uformell tvang eller hvordan den enkelte pasient har erfart tvangsmidlene de ble utsatt for. Som beskrevet av Nytingnes (2018), er den juridiske avgrensningen av tvangsbegrepet for snevert for å beskrive pasientenes tvangserfaringer. -Dette både med tanke på hva som betegnes som tvang, men også hvordan tvang ikke begrenser seg til et tall, eller tidspunktet det skjedde, men påfører pasienten en tvangserfaring som kaster skygge for framtidig mestring og samarbeid om psykiske helseutfordringer. (Szmukler, 2015)

Et annet moment om tvangsmiddelvedtak som ikke fremkommer her, er om pasienten har fått uttale seg i forkant, og om uttalelsen ble tatt til følge, noe som kan være av betydning for hvordan pasienten erfarte tvangen. Bak hvert enkelt vedtak skjuler det seg en erfaring for både pasient og personale som var til stede i en krevende situasjon.

Tross dette gir studien et bilde av omfanget av tvangsmiddelvedtak i norske regionale sikkerhetsavdelinger.

7 Konklusjon

7.1 Oppsummering

Tvangsmidler etter phvl § 4-8 er et formelt juridisk tiltak til bruk i akutte situasjoner for å forebygge skade på pasienten og andre personer i psykisk helsevern. Samtidig har tiltakene negative virkninger for den som utsettes for tvangen. Det er kjent at bruk av tvang varierer mellom regionene i Norge. Allikevel foreligger det lite kunnskap om tvang overfor sikkerhetspsykiatriske pasienter – en pasientgruppe som er mer skjult og mindre undersøkt enn andre pasientgrupper i psykisk helsevern.

7.2 Funn

Studien har undersøkt omfanget av tvangsmiddelvedtak etter phvl § 4-8 i norske regionale sikkerhetsavdelinger i perioden 2016-2020. Studien fant 3483 registrerte vedtak i måleperioden. Omfanget av vedtak varierer mellom de regionale sikkerhetsavdelingene; de tre sykehusene sto for henholdsvis 49,6%, 45% og 5,4% av tvangsvedtakene. Ulikt antall regionale sengeplasser kan forklare noe av ulikhetene i omfang av tvang.

For sykehusene samlet var mekaniske tvangsmidler det mest anvendte tvangsmiddelet, etterfulgt av kortvarig fastholding. Korttidsvirkende legemidler var minst anvendt i perioden. Forekomst av type tvangsmiddel varierte mellom sykehusene, og mellom årene for de enkelte sykehusene. Ett sykehus anvendte kortvarig fastholding mer enn de andre tvangsmidlene. Bruk av isolasjon forekom ikke på ett av sykehusene i måleperioden. En liten gruppe pasienter ble utsatt for mekaniske tvangsmidler over lang tid (flere uker) ved minst ett av sykehusene.

Hovedvekten av tvangsvedtak anvendes overfor en liten gruppe pasienter, og (tilfeldig) tilstedeværelse av slike pasienter gir så store utslag på data at det ikke synes en markant utvikling i bruk av tvangsmidler i perioden for sykehusene hver for seg eller sykehusene samlet.

7.3 Anbefalinger

Noe av utgangspunktet for studien var lite tilgjengelige data om tvangsvedtak. Innhenting og sammenstilling av data for studien var også tidkrevende, slik at tilgjengelighet av (sammenlignbare) data og enhetlig registrering kan legge mer til rette for kvalitetsarbeid og forskning om tvang overfor ulike pasientgrupper i Norge. Det etterlyses mer initiativ til kvalitetssikret registrering av tvang fra fagfeltet og myndigheter fremfor tabloidpressen. Tabloidpressen har også bidratt til belysning av problematisk tvangsbruk, selv om åpenhet om tvang med tilhørende faglige og etiske diskusjoner burde komme fra fagfeltet psykisk helsearbeid.

Registrerte data viste store mangler for tidsbruk. Kvalitetssikret registrering av tidsbruk burde prioriteres for å gi et mer utfyllende bilde av tvangsmiddelbruk for mekaniske

tvangsmidler og isolasjon. Registrering av type mekaniske tvangsmidler eller skadeforebyggende klær bør også registreres, synliggjøres og diskuteres.

Store regionale ulikheter for registrering av kortvarig fastholding reiser spørsmål om det er behov for å enes om en felles registreringspraksis for dette tvangsmiddelet. Andre spørsmål som melder seg i forbindelse med relativt store regionale ulikheter for forekomst av tvangsmiddelbruk, kan være om det burde foreligge formelle krav for personale som fatter vedtak etter unntaksregelen, slik som tilfelle er for faglig ansvarlig for vedtak.

Funn om hyppig tvangsbruk overfor enkeltpasienter indikerer at også sikkerhetspsykiatri bør rette fokus mot disse pasientene i arbeid med tvang. Kunnskapsutveksling mellom sykehusene kan bidra til diskusjoner om håndtering av disse pasientene som kan redusere tvangsbruk samtidig som sikkerheten til medpasienter og personale ivaretas. Her kan det også inkluderes at framtidige studier kan undersøke om ulike innleggelsesparagraf er knyttet til ulikheter i forekomst av tvangsmiddelbruk for mer utfyllende funn og tydeligere implikasjoner for reduksjon av tvang i klinisk praksis.

Det er behov for forskning som undersøker tvang fra (den sikkerhetspsykiatriske) pasientens perspektiv. Her kan kvalitative studier synliggjøre pasientenes erfaringer med tvang og utvide fagfeltets oppfatning av hva tvang er, hvordan tvang oppleves, samt hvordan tvang kan unngås. Etterlevelse av psykisk helsevernlovens krav om pasientens uttalelse i forkant av inngripende tiltak og evalueringssamtale etter bruk av tvang sett i sammenheng med forekomst av tvangsvedtak og opplevelse av tvang kan gi et bilde på omfang av opplevd tvang. -Og om økt pasientmedvirkning har sammenheng med omfang av formell og erfart tvang.

Referanser

- ACHOR, J. & IBEKWE, P. 2012. Challenges of recognition of the psychiatric aspects of intimate partner violence. *Ann Med Health Sci Res*, 2, 78-86.
- ANDERSRØD, B. V. 2022. Merete og Inger-Mari ble isolert og tvangsmedisinert – får ikke saksøke staten. *NRK*, 25.7.22.
- ARBEIDSTILSYNET. 2022. *Vold og trusler* [Online]. Available: <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/> [Accessed 23. juni 2022].
- BAK, J. & AGGERNÆS, H. 2012. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nord J Psychiatry*, 66, 297-302.
- BEGHI, M., PERONI, F., GABOLA, P., ROSSETTI, A. & CORNAGGIA, C. M. 2013. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*, 48, 10-22.
- BJØRGEN, D., STORVOLD, A., NORVOLL, R. & HUSUM, T. L. 2014. *Alternativer til tvang. Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Ressurshefte, Erfrainingskompetanse.no*.
- BLESVIK, S., RIGMOR DISETH, TONJE LOSSIUS HUSUM, RAGNFRID KOGSTAD, HEGE J. OREFELLEN & THUNE, G. H. 2006. Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge? *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 2006, 126, 1616-8.
- CHIEZE, M., HURST, S., KAISER, S. & SENTISSI, O. 2019. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
- DUXBURY, J., THOMSON, G., SCHOLE, A., JONES, F., BAKER, J., DOWNE, S., GREENWOOD, P., PRICE, O., WHITTINGTON, R. & MCKEOWN, M. 2019. Staff experiences and understandings of the RESTRRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards. *Int J Ment Health Nurs*, 28, 845-856.
- ERIKSEN, H. M., KVAMME, H. J. & ANTJE, G.-B. 2020. Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien. -En kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune. *In: SIFER* (ed.). SIFER.
- FNS TORTURKOMITÉ 2018. Concluding observations on the eight periodic report of Norway. www.nhri.no.
- FORVALTNINGSLOVEN 1967. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. Justis- og beredskapsdepartementet.
- GOODING, P., MCSHERRY, B. & ROPER, C. 2020. Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand*, 142, 27-39.
- HATLING, T. 2013. Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. *In: NORVOLL, R. (ed.) Samfunn og psykisk helse, samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2019. *Tvangsbegrensningsloven, Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*, Helse- og omsorgsdepartementet.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET. 2022. *Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter* [Online]. Available: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> [Accessed 12. juni 2022].
- HELSEBIBLIOTEKET 2017. Mekaniske tvangsmidler - bruk i psykisk helsevern. www.helsebiblioteket.no: Helsebiblioteket, Helse Bergen.
- HELSEDIREKTORATET 2021. Kontroll av tvangsbruk 2020.
- HELSEDIREKTORATET. 2022a. *Psykisk helsevernloven med kommentarer. § 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold* [Online]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med->

- kommentarer/gjennomføring-av-psykisk-helsevern#paragraf-4-8-bruk-av-tvangsmidler-i-institusjon-for-dognopphold [Accessed].
- HELSEDIREKTORATET 2022b. Tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern.
- HOLST, Ø. & KILDEN, S. 2019. Justissektoren inntog i norsk psykiatri. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 10, 29. juni 2021.
- HUI, A., MIDDLETON, H. & VÖLLM, B. 2016. The uses of coercive measures in forensic psychiatry: A literature review. In: VÖLLM, B. & NEDOPIL, N. (eds.) *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care : Legal, Ethical and Practical Challenges*. 1st 2016. ed. Cham: Springer International Publishing : Imprint: Springer.
- HUSUM, T. L., BJORNGAARD, J. H., FINSET, A. & RUUD, T. 2010. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *Bmc Health Services Research*, 10.
- HUSUM, T. L., HEM, M. H., PEDERSEN, R. & AARRE, T. F. 2017. Etske dilemmaer ved bruk av tvang. In: PEDERSEN, R. & NORTVEDT, P. (eds.) *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- HAALAND, C. F. 2015. *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015*, Oslo, Oslo Universitetssykehus.
- KALSETH, B., PEDERSEN, P. B., BREMNES, R., JOHANSEN, T. H., RØSAND, G.-M. B., MOLIN, P. K., SILLERUD, K. C., NORDAL, A., ØIESTAD, W., KÄRKI, F. U., SJØLY, M., POLESZYNSKI, K. & HERHEIM, Å. 2015. Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. In: KALSETH, B. (ed.). Oslo: Helsedirektoratet.
- KILDEN, S., EIDHAMMER, G., SELMER, L. E. & SIGURJÓNSDÓTTIR, M. 2020. Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019. En statusrapport. Gaustad.
- KLOVNING, T. 2021. Tanker om tvang. *erfaringskompetanse.no*, 17. desember 2021.
- KNUTZEN, M., BJØRKLY, S., EIDHAMMER, G., LORENTZEN, S., MJØSUND, N. H., OPJORDSMOEN, S., SANDVIK, L. & FRIIS, S. 2013. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint—A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Res*, 215, 127-133.
- LEXIN s.a. Tvang. *LEXIN Bokmålsordbok*.
- NASJONAL KOORDINERINGSSENHET 2022. *Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern*.
- NORMAN, M. G. & ÅSEBØ, S. 2016a. Høie måtte svare om tvangsbruk: – Uholdbart. *Verdens Gang*.
- NORMAN, M. G. & ÅSEBØ, S. 2016b. Kjempet for å holde tvangsloggene hemmelige. *Verdens gang*, 21.11.16.
- NORSK PSYKIATRISK FORENING 2018. *Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern*, Den norske legeforening.
- NORVOLL, R., PEDERSEN, R., PSYKISKE HELSETJENESTER, E. O. T. & SENTER FOR MEDISINSK, E. 2017. *Tvang og medvirkning i psykiske helsetjenester - pasienter og pårørendes syn og erfaringer : ressurshefte fra prosjektet 'Psykiske helsetjenester, etikk og tvang'*, Oslo, Senter for medisinsk etikk, UiO.
- NYTTINGNES, O. 2018. *Patients` Experience of Coercion in Mental Health Care*. Doctoral Dissertation, UiO University of Oslo.
- NYTTINGNES, O., RUGKÅSA, J., HOLMÉN, A. & RUUD, T. 2017. The Development, Validation, and Feasibility of the Experienced Coercion Scale. *Psychol Assess*, 29, 1210-1220.
- OPGENHAFFEN, T. & PUT, J. 2022. Means of restraint in residential care when there is no acute danger. Time for the European committee on the prevention of torture to set the standard. *International Journal of Law and Psychiatry*, 83, 101807.
- PEDERSEN, P. B., HATLING, T. & RØHME, K. 2007. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller? In: SINTEF (ed.) *SINTEF Helse*.
- PEDERSEN, R., NORTVEDT, P., RIBE, E. & KEEPING, D. 2017. *Etikk i psykiske helsetjenester*, Oslo, Gyldendal akademisk.

- PERLIN, M. L. 2016. International Human Rights and Institutional Forensic Psychiatry: The Core Issues. In: VÖLLM, B. & NEDOPIL, N. (eds.) *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Switzerland: Springer International Publishing.
- PSYKISK HELSEVERNFORSKRIFTEN 2011. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften). I 2011 hefte 13. Helse- og omsorgsdepartementet.
- PSYKISK HELSEVERNLOVEN 2001. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern LOV-1999-07-02-62. lovdata.no: Helse- og omsorgsdepartementet.
- RABBEN, M. B. 2020. *Humanitet, kontroll og tvang : Tvangsmiddelbruk ved kriminalasylet og Reitgjerdet sykehus. 1895 - 1978*. Doctoral, NTNU.
- REGJERINGEN.NO. 2016. *Mandat for lovutvalg som skal utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren* [Online]. Available: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tidligere-styrer-rad-og-utvalg/tvangslovutvalget/mandat-for-lovutvalg-som-skal-utrede-behov-for-endringer-i-tvangslovgivningen-i-helse--og-omsorgssektoren/id2504905/> [Accessed].
- ROBINS, L. M., LEE, D.-C. A., SIMON BELL, J., SRIKANTH, V., MÖHLER, R., HILL, K. D. & HAINES, T. P. 2021. Definition and measurement of physical and chemical restraint in long-term care: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 18, 3639.
- ROGERS, A. & PILGRIM, D. 2014. *A sociology of mental health and illness*, Maidenhead, Berkshire, England, Open University Press.
- SASHIDHARAN, S. P., MEZZINA, R. & PURAS, D. 2019. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 28, 605-612.
- SIVILOMBUDSMANNEN 2018. Besøksrapport. Sykehuset Østfold, psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering, sikkerhetspsykiatriske seksjoner. www.sivilombudet.no.
- SIVILOMBUDSMANNEN 2020. Bruk av sikkerhetsseng i norske fengsler. Temarapport 2020. www.sivilombudet.no.
- SKJELDAL, E. 2017. Forskeren forklarer: Store avvik mellom rutiner og lovgivning. *erfaringskompetanse.no*.
- SOSIALDEPARTEMENTET 1981-82. SOSIALDEPARTEMENTET ST. PRP. NR. 116 (1981—82) (TILLEGG TIL ST. PRP. NR. 130 (1980—81) OG ST. PRP. NR. 47 (1981—82)) OM ENDRING AV PROPOSISJONEN OM NEDLEGGELSE AV DRIFTEN VED REITGJERDET SYKEHUS OG OM ORGANISERINGEN AV OMSORGEN FOR SÆRLIG VANSKELIGE OG/ELLER FARLIGE SINNSLIDENDE.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ 2022. Statistikkbanken, befolkning. ssb.no.
- STEINERT, T., LEPPING, P., BERNHARDSGRÜTTER, R., CONCA, A., HATLING, T., JANSSEN, W., KESKI-VALKAMA, A., MAYORAL, F. & WHITTINGTON, R. 2010. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 889-97.
- STRAFFELOVEN 2005. Lov om straff (straffeloven). Justis- og beredskapsdepartementet.
- STURMEY, P. 2015. *Reducing Restraint and Restrictive Behavior Management Practices*. Springer International Publishing Switzerland.
- SYSE, A. 2021. Myter om tvangsbruk og tvangsregler i psykisk helsevern. *Aftenposten*, 14. november 2021.
- SZMUKLER, G. 2015. Compulsion and "coercion" in mental health care. *World Psychiatry*, 14, 259-61.
- THOMASSEN, Ø. 2015. Asylene for de sinnssyke og farlige mennene – Kriminalasylet og Reitgjerdet. In: FURSETH, E. (ed.) *Galskapens fengsel*. Trondheim: Fagtrykk Trondheim AS.
- TVANGSLOGGENE, V. 2016. *Tvangsloggene*. VG.
- WEDERVANG-RESELL, A., ÆSTRAAT, I. E., HAGA, M., KLINKENBERG, E. & BERGLUND, K. 2017. Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter. In: HELSEDIREKTORATET (ed.). Oslo: Helsedirektoratet.

- WHO. 2021. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. Available:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.
- ØVREGARD, M.-T. D. S. & LIE, A. K. 2020. Kriterier for tvangsinnleggelse - endringer fra 1848 til i dag. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 140.
- ÅSEBØ, S. & NORMAN, M. G. 2016. VG AVSLØRER: Holdes i belter i hundrevis av timer. *VG*.

Vedlegg

Vedlegg 1: Lov om psykisk helsevern, § 4-8

Vedlegg 2: Psykisk helsevernforskriften, IV

Vedlegg 3: Straffeloven, § 62

Vedlegg 4: Straffeprosessloven, § 188

Vedlegg 5: Straffeprosessloven, § 167

Vedlegg 6: Helsedirektoratet: Psykisk helsevernloven med kommentarer, § 4-8 d, Kortvarig fastholding

Vedlegg 7: Korrespondanse med NSD

Vedlegg 1: Lov om psykisk helsevern, § 4-8

§ 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold

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:

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

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke tvangsmidler som nevnt i bokstavene a og b i foregående ledd.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av den faglig ansvarlige, dersom ikke annet er fastsatt i forskrift. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende.

Kongen i statsråd gir nærmere forskrifter om bruk av tvangsmiddel.

0 Endret ved lov 30 juni 2006 nr. 45 (ikr. 1 jan 2007 iflg. res. 15 des 2006 nr. 1422).

Vedlegg 2: Psykisk helsevernforskriften, IV, §§ 24-26

IV. Tvangsmidler

§ 24. Hvilke institusjoner som kan anvende tvangsmidler

Tvangsmidler som nevnt i psykisk helsevernloven § 4-8, kan bare anvendes i institusjon som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

I akutte situasjoner kan likevel tvangsmidler anvendes overfor pasienter som er under psykisk helsevern i andre institusjoner enn de som er nevnt i første ledd. Det skal i slike situasjoner straks vurderes om pasienten bør ha opphold i godkjent institusjon. Viser det seg nødvendig å bruke tvangsmidler gjentatte ganger, skal den som har ansvaret for vernet snarest mulig søke om overføring eller innleggelse av pasienten ved en institusjon der tilstanden kan vurderes og behandles mer effektivt og om mulig uten tvangsmidler.

§ 25. Avgjørelse om bruk av tvangsmidler

Det er ikke tillatt å bruke tvangsmidler i behandlingsøyemed.

Dersom en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, kan ansvarshavende ved avdelingen fatte vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding. I slike tilfeller skal den faglig ansvarlige så snart som mulig underrettes. Dersom situasjonen gjør fortsatt bruk av tvangsmidler nødvendig, skal den faglig ansvarlige ta standpunkt til om bruken av tvangsmidler skal opprettholdes.

eo

§ 26. Gjennomføring av bruk av tvangsmidler

Bruken av tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Isolering skal maksimalt benyttes i inntil to timer av gangen. Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, skal det så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette nedtegnes.

Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn. Ved fastspenning i seng eller stol skal personellet oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig.

Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

Vedlegg 3: Straffeloven, § 62

Lov om straff (straffeloven)

Første del. Alminnelige bestemmelser

Kapittel 12. Overføring til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg

§ 62. Vilkår for å idømme overføring til tvungent psykisk helsevern

En lovbrøyer som er utilregnelig etter § 20 annet til fjerde ledd kan ved dom overføres til tvungent psykisk helsevern når denne har begått eller forsøkt å begå et lovbrudd som krenker andres liv, helse eller frihet eller kunne utsette disse rettsgodene for fare, særreaksjonen er nødvendig for å verne samfunnet, og faren for en ny og alvorlig integritetskrenkelse er nærliggende.

Overføring til tvungent psykisk helsevern kan også idømmes en lovbrøyer som er utilregnelig etter § 20 annet til fjerde ledd når denne har begått gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, særreaksjonen er nødvendig for å verne samfunnet mot slike lovbrudd, faren for nye lovbrudd av samme art er særlig nærliggende, og andre tiltak har vist seg åpenbart uhensiktsmessige.

Ved vurderingen av gjentakelsesfaren skal det legges vekt på det begåtte lovbruddet sammenholdt særlig med lovbrøyerens øvrige adferd, sykdomshistorie, aktuelle psykiske tilstand og forhold til rusmidler.

Overføring til tvungent psykisk helsevern kan idømmes også når utilregnelighetstilstanden har medført at lovbrøyeren var i faktisk villfarelse, jf. § 25, eller at lovbrøyeren ellers var i en tilstand som ikke er forenlig med å ha forsett.

0 Endret ved lover 29 apr 2016 nr. 7 (ikr. 1 okt 2016 iflg. res. 9 sep 2016 nr. 1045), 21 juni 2019 nr. 48 (ikr. 1 okt 2020 iflg. res. 21 sep 2020 nr. 1788).

Vedlegg 4: Straffeprosessloven, § 188

Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven)

Fjerde del. Tvangsmidler

Kap 14. Pågripelse og fengsling.

§ 188.

I stedet for fengsling kan retten treffe beslutning om forføyning som nevnt i § 181, eller om sikkerhetsstillelse ved kaasjon, deponering eller pantsettelse.

I stedet for fengsling kan retten treffe beslutning om plassering i institusjon eller kommunal boenhet. Slik plassering kan bare skje dersom institusjonen eller kommunen samtykker.

Samtykke ved beslutning etter annet ledd er likevel ikke nødvendig når siktede på fengslingstidspunktet har en sterkt avvikende sinnstilstand eller psykisk utviklingshemming og antas å være straffri etter straffeloven § 20 annet ledd bokstav a eller c, jf. tredje ledd. Vurderingen av om siktede antas å være straffri etter straffeloven § 20 annet ledd bokstav a, jf. tredje ledd må bygge på en entydig sakkyndig utredning. Det regionale helseforetaket i den siktedes bostedsregion bør få anledning til å uttale seg før beslutningen treffes. Det regionale helseforetaket avgjør ellers hvilken institusjon siktede skal oppholde seg i. Dersom siktede er psykisk utviklingshemmet, skal plassering skje i fagenheten for tvungen omsorg, jf. straffeloven § 63.

Når den siktede skal oppholde seg i institusjon eller kommunal boenhet, kan retten fastsette at den siktede skal kunne holdes tilbake der mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.

Reglene i §§ 184, 185 og 187 gjelder tilsvarende.

0 Endret ved lover 15 juni 2001 nr. 64 (ikr. 1 jan 2002), 19 juni 2015 nr. 65 (ikr. 1 okt 2015), 29 apr 2016 nr. 7 (ikr. 1 okt 2016 iflg. res. 9 sep 2016 nr. 1045), 4 des 2020 nr. 135 (ikr. 4 des 2020 iflg. res. 4 des 2020 nr. 2592).

Vedlegg 5: Straffeprosessloven, § 167

Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven)

Tredje del. Bevis.

Kap 13. Personundersøkelse og rettspsykiatrisk undersøkelse

§ 167.

Er det nødvendig for å bedømme siktedes sinnstilstand, kan retten etter at forsvarere og oppnevnte sakkyndige er hørt, ved kjennelse bestemme at han skal innlegges til undersøkelse på psykiatrisk sykehus eller annet egnet undersøkelsessted. Retten fastsetter en frist for varigheten av innleggelsen. Fristen skal være så kort som mulig og ikke overstige åtte uker. Fristen kan forlenges ved kjennelse med inntil fire uker av gangen.

Blir siktede straffet, skal oppholdet komme til fradrag i straffen etter samme regler som varetektsfengsel. Dette gjelder også når siktede uten rettens kjennelse har latt seg innlegge til undersøkelse.

0 Endret ved [lover 17 jan 1997 nr. 11](#) (ikr. 1 jan 2002 iflg. [lov 15 juni 2001 nr. 64](#)), [21 juni 2019 nr. 48](#) (ikr. 1 okt 2020 iflg. [res. 21 sep 2020 nr. 1788](#)).

Vedlegg 6: Helsedirektoratet: Psykisk helsevernloven med kommentarer, § 4-8 d, Kortvarig fastholding

Dersom man må holde en pasient for å få iverksatt de øvrige tvangsmidlene (belter, kortidsvirkende legemiddel eller isolasjon), er det ikke nødvendig å treffe et eget vedtak om kortvarig fastholding. Vedtak om et av de øvrige tvangsmidlene må altså forstås slik at det også omfatter vedtak om holding for å kunne iverksette tvangsmidlene.

I mange tilfeller iverksettes fastholdingen i utgangspunktet ikke for å få iverksatt et av de øvrige tvangsmidlene, men det viser seg under fastholdingen at bruk av annet tvangsmiddel likevel er nødvendig. Hvorvidt det da skal fattes eget vedtak for fastholdingen i tillegg til et vedtak for det andre tvangsmidlet, må vurderes konkret, jf. ovenfor. Dersom man i utgangspunktet vurderte at fastholding var tilstrekkelig og fastholdingen har hatt noe varighet, tilsier det et separat vedtak for holding. Det er uansett viktig at man først forsøker holding om mulig og tilstrekkelig, og ikke umiddelbart iverksetter bruk av for eksempel belter. Holding vil ofte være mindre inngripende og av kortere varighet enn mekaniske tvangsmidler.

Teksten er kopiert 15.06.2022 fra lenken: [Gjennomføring av psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#)

Vedlegg 7: Korrespondanse med NSD

- NSD Personvern

02.12.2020 07:34

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 981478 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 02.12.2020, med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra NSD. HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER? Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger. VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

- M

Marita Solem Barseth

01.12.2020 20:14

Hei og beklager at respons fra meg har tatt tid. Melding fra 30.10 har havnet i søppelpost, og videre hadde jeg problemer med innlogging. Har nå gjort de endringer du ba om. Tusen takk for rask respons, og at du sendte påminnelse. Mvh Marita Solem Barseth

- N

NSD Personvern

01.12.2020 20:12

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 981478 er innsendt og mottatt.

- J

Jørgen Wincentzen

27.11.2020 10:36

Vi viser til vår melding til deg den 30.10.2020 hvor vi ber deg om å gjøre noen endringer i meldeskjemaet før vi kan vurdere prosjektet ditt. Vi ber deg om å gjøre endringene innen 1 uke, hvis ikke må vi lukke saken uten å realitetsvurdere den. Husk at du må sende meldeskjemaet i retur når endringene er foretatt.

- N

NSD Personvern

30.10.2020 11:25

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 981478 må kompletteres for at NSD kan fortsette vurderingen. Når du har gjort oppdateringene i skjemaet, må du gå til siden "send inn" og trykke "bekreft innsending". Dersom du har ytterligere kommentarer eller spørsmål kan du skrive en melding i dialogfeltet over og trykke "send melding". Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver: Hei Marita. Det ser i utgangspunktet greit ut, men anbefaler at du fjerner "Journalopplysninger" under "Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?", og heller legger til "Annet" og skriver der hvilke data det er snakk om. Slik at det er helt tydelig at det ikke er snakk om journalopplysninger.

- M

Marita Solem Barseth

30.10.2020 09:56

Takk for konstruktiv tilbakemelding, både skriftlig og over telefon 28.10.20. Sender som avtalt på tlf en kort oversikt over de endringer jeg har gjort i prosjektet. Pkt 1: Journalopplysninger er endret. Som vi snakket om på tlf, ønskes ikke opplysninger fra journal, men den enkelte avdeling sitt register over bruk av tvang etter PHL § 4-8, antall og varighet, samt antall årlige innleggelses. Det er fjernet opplysninger om innleggelsesparagraf. På bakgrunn av dette er det nå svart nei på om prosjektet vil hente inn opplysninger som vil kunne identifisere en person. Pkt 2: På bakgrunn av pkt 1 behøves ikke argumentasjon da det ikke vil behandles sensitive personopplysninger Pkt 3: Har fjernet datakilden samdata Pkt 4: Prosjektet er en masterstudie, slik at haken er nå fjernet Pkt 5: Utgår av samme grunn som pkt 1 Pkt 6: Utgår av samme grunn som pkt 1 Annet: - Har føyd til «varighet på vedtak» i prosjektbeskrivelse - Endret tekst i «utvalg 1» hvor jeg har forsøkt å presisere at datamaterialet som ønskes er antall vedtak og varighet på vedtak, og at prosjektet ikke søker eller behøver opplysninger om enkeltpersoner.

- N

NSD Personvern

30.10.2020 09:56

Kvittering på at meldeskjema med referansekode 981478 er innsendt og mottatt.

- N

NSD Personvern

06.10.2020 11:36

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 981478 må kompletteres for at NSD kan fortsette vurderingen. Når du har gjort oppdateringene i skjemaet, må du gå til siden "send inn" og trykke "bekreft innsending". Dersom du har ytterligere kommentarer eller spørsmål kan du skrive en melding i dialogfeltet over og trykke "send melding". Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver: Hei Marita. Vi har noen kommentarer til ditt meldeskjema før vi fortsetter vurderingen av prosjektet. 1. Vi ber om at du laster opp en oversikt over variablene som skal hentes ut fra journalen under "Journalopplysninger" på siden "Utvalg 1". 2. Argumentasjonen under "Journalopplysninger" bør utbedres. Ulempen er høyere i et personvernperspektiv, ettersom svært sensitive personopplysninger nå skal behandles av flere enn det som er intendert når de er journalført. Det at opplysningen tas ut fra journalen innebærer altså en vesentlig ulempe for utvalget ditt, når de heller ikke informeres om dette. 3. Slik vi

forstår datakilden "Annet" så er dette snakk om offentlig aggregert statistikk over tvangsbruk, og slik sett ikke opplysninger som kan kobles til enkeltpasienter. Dersom det er tilfellet kan du fjerne denne datakilden. 4. På siden "Tillatelser" har du haket av for "Godkjenning fra egen ledelse til intern kvalitetssikring (helsepersonelloven § 26)". Dersom formålet med dette prosjektet er en masteroppgave ved NTNU, og du ikke er ansatt ved disse institusjonene, er det tvilsomt at dette prosjektet er intern kvalitetssikring. Du har heller ikke lastet opp et oppdragsdokument. Dersom formålet med studien er en masteroppgave ved NTNU (uavhengig om eventuelle funn kan brukes til andre formål), så kan du fjerne dette krysset. 5. Utlevering av disse opplysningene vil imidlertid kreve dispensasjon fra taushetsplikt. Dersom formålet med prosjektet er forskning (masteroppgave), må du søke om dispensasjon fra REK. Det gjør du via rekportalen.no/#/calls ved å trykke på "Dispensasjon fra taushetsplikt annen forskning". Du må videre hake av for "Dispensasjon fra taushetsplikten fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)" på siden "Tillatelser" og laste opp godkjenning når det foreligger. 6. Ettersom disse journalopplysningene anses som særlig sensitive, og at de skal behandles uten samtykke. Vil en behandling av disse opplysningene til forskningsformål med all sannsynlighet utløse krav om en mer omfattende "personvernkonsekvensutredning" (DPIA). Vi anbefaler derfor at du tar kontakt med din veileder og undersøker om dette er noe vi skal gjøre i et studentprosjekt. Vi minner om at det vil ta en del lenger tid å gjøre en slik vurdering, og at det stilles strengere krav til hvordan opplysningene lagres og brukes. Videre vil det trolig også ta tid å få behandles en søknad om dispensasjon fra taushetsplikten. Du bør derfor sammen med din veileder gjøre en vurdering av om dette er realistisk med tanke på tidsbruk i en masteroppgave. Vi minner også om at det er obligatorisk for studenter å dele prosjektet med veileder. Dette kan du gjøre ved å trykke på "Del prosjekt" oppe til venstre i meldeskjema. Hvis du da velger "Inviter bruker" kan legge til mailadresse til de du ønsker å dele prosjektet med, samt administrere tilganger ("Kan redigere" gir mulighet til å endre meldeskjema), pass på at mailadressen er riktig stavet. Merk at de vil også ha tilgang til en eventuell "Datahåndteringsplan" og til å se meldingsdialogen, de har imidlertid ikke mulighet til å sende meldinger til oss. Bruk gjerne denne meldingsdialogen dersom du har spørsmål angående tilbakemeldingen. Jeg anbefaler også at du gir en lyd når du har lastet opp variabelliste. Fortrinnsvis før du sender inn skjema på nytt. Det kan hende at det vil måtte gjøres øvrige endringer i meldeskjema. Dersom det er ønskelig er det også mulig å ta eventuelle spørsmål over telefon. Mvh
Jørgen Wincentzen, Rådgiver

- N

NSD Personvern

16.09.2020 10:22

Kvittring på at meldeskjema med referansekode 981478 er innsendt og mottatt.



NTNU

Kunnskap for en bedre verden