



Innst. 169 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:90 S (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Trine Skei Grande og Sveinung Rotevatn om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

1. Stortinget ber regjeringen nedsette et bredt sammensatt offentlig utvalg som skal utrede bruken av tvang i hele helse- og omsorgssektoren, herunder psykisk helse, rusomsorg, demensomsorg og barnevern.
2. Stortinget ber regjeringen etablere et mer effektivt system for registrering og innrapportering av bruk av tvang i alle deler av helse- og omsorgssektoren.»

Tvangsbruken innenfor psykisk helsevern har vært dramatisk høy over lengre tid, og Norge er blant landene i Europa som har høyest andel tvangsinnlagte i institusjon. Norge fikk i 2015 refs fra Europarådet, som mener at den utstrakte bruken av ufrivillig medisiner og tvangsinnleggelse er urovekkende. Helsedirektoratets rapport «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014» viser at antall tvangsinnleggelse blant voksne har økt fra 2013 til 2014, og at det har vært en økning i antall klagesaker knyttet til bruk av tvang og tvangsinnleggelse. Rapporten viser også store og vedvarende geografiske forskjeller i tvangsbruk og tvangsinnleggelse.

Forslagsstillerne er også bekymret for IKT-systemene i sykehusene og opplæring av personale knyttet til disse. Når en stor andel tvangsvedtak ikke er journalført digitalt og blitt registrert, skaper det mange spørsmål om rutiner og kompetanse, samt at det gir en mangelfull og misvisende oversikt som grunnlag for nasjonale prioriteringer. Det gis inntrykk av å være minst tre ulike rapporteringssystemer for bruk av tvang i sykehusene i dag: ett for det digitale journalsystemet og nasjonalt pasientregister, ett manuelt og papirbasert, ett til den lokale kommisjonen og sannsynligvis i tillegg ett eller flere til både det regionale helseforetaket og til det lokale sykehusforetaket.

Forslagsstillerne mener på denne bakgrunn at det er behov for å etablere et mer effektivt system for registrering og innrapportering av bruk av tvang.

Forslagsstillerne mener videre at det er behov for en grundig gjennomgang av bruken av tvang i hele helse- og omsorgssektoren, herunder psykisk helse, rusomsorg, demensomsorg og barnevern.

Forslagsstillerne er særlig bekymret for bruk av tvang overfor barn og unge, som i enda mindre grad enn voksne har anledning til å motsette seg tvangsbruken.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruyter, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Torgeir Micaelsen og Sigmund Steinnes, fra Høyre, Sissel Knutsen Hegdal, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, Lavrans Kierulf og lederen Kari

Kjønaas Kjos, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, mener det er behov for en bred og grundig utredning av grunnlaget for og bruken av tvang i hele helse- og omsorgssektoren. Tvangsbruken innenfor psykisk helsevern har vært svært høy over lang tid, og Norge fikk refs av Europarådet i 2015 for utstrakt bruk av ufrivillig medisiner og tvangsinnleggelse. Helsedirektoratet rapporterer en økning i antall tvangsinnleggelser fra 2013 til 2014, og viser til store geografiske forskjeller. Komiteen viser til at det også er ulik praksis for registrering og rapportering av bruk av tvang, og mangelfull opplæring.

Komiteen mener det er behov for å se på bruk av tvang i hele helse- og omsorgssektoren, herunder psykisk helse, rusomsorg, demensomsorg og barnevern. Komiteen er særlig bekymret for bruk av tvang overfor barn og unge som i liten grad er i stand til å motsette seg tvangsbruk.

Komiteen mener bruk av tvang er et svært inn- gripende tiltak, hvor man risikerer å påføre pasienten krenkelser, skader og alvorlige traumer. Terskelen for bruk av tvang må derfor være høy.

Komiteen viser til at helseministeren i sitt svarbrev til komiteen datert 2. juni 2016 redegjør for de fire ulike regelverkene som omhandler bruk av tvang: ett for psykisk helse, ett for somatisk helse for demente, ett for psykisk utviklingshemmede og ett for rusmiddelavhengige. Reglene er også ulike mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Før sommeren 2016 ble det nedsatt et lovutvalg som skal utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren. Komiteen er også kjent med at innstillingene fra henholdsvis Barnelovutvalget og Rettighetsutvalget ble lagt frem høsten 2016. Det ene utvalget har sett på barneloven for å bedre rettssikkerheten for barn, og det andre utvalget har sett på grunnleggende rettigheter til mennesker med utviklingshemming.

Komiteen har videre merket seg at helseministeren viser til evalueringen av pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A i 2013–2014, der det kom frem at reglene har bidratt til rettsklarhet, men at det er varierende kunnskap om og ferdigheter i å anvende reglene. Det antas at det fortsatt er en underrapportering av tvang, og det vises til variasjon i antall vedtak mellom kommuner og i ulike deler av helse- tjenesten. En tredjedel av kommunene hadde i 2012 ikke truffet vedtak med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Helseministeren har også bedt Helsedirektoratet i samarbeid med Helsetilsynet forbedre rapporteringssystemet for bruk av tvang i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (NESTOR).

Når det gjelder kvaliteten på tvangsdata fra psykisk helsevern, ser helseministeren alvorlig i situasjonen og behov for bedring av registrerings- og rapporteringspraksis. Han mener det er et alvorlig tankekors at den mest inngrepene og etisk mest problematiske håndteringen av pasienter i spesialisthelsetjenesten er den som blir dårligst dokumentert og som vi har minst kunnskap om omfanget av.

Under komiteens høring fremhevet Norsk psykiatrisk forening betydningen av at utvalget som skal se på tvangsbruk i psykisk helsevern, har deltakere med klinisk og forskningsbakgrunn. De viste til at innen psykisk helsevern er det en liten gruppe av pasienter som står for en stor andel av tvangsbruken, og at selv en liten forbedring vil gi store utslag. Disse pasientene er i akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger, og bør prioriteres. Rapporteringssystemet må være kompatibelt med sentrale registre, og definisjonene på hva som rapporteres må bli mer entydig. Det er utfordrende å sammenligne mellom land, fordi både lovverk og måten tjenestene er organisert på, er ulik. Det blir derfor enda viktigere å kartlegge feilkilder ved sammenligninger.

Komiteen viser til mandatet for lovutvalget som skal utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren (Østenstadutvalget). Utvalget har fått i oppdrag å foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren, samt foreslå nødvendige lovendringer for å møte behovene i dagens og framtidens helse- og omsorgstjenester. Utvalget skal også utrede forholdet til våre internasjonale forpliktelser, blant annet FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne, samt vurdere om det er behov for endringer i regelverket for å imøtekomme disse forpliktelsene. I sitt arbeid skal utvalget også se hen til tilstøtende tvangsregelverk og foreslå eventuelle endringer for å bedre mulighetene for god samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre omsorgstilbud, blant annet barnevernet. Komiteen mener det er viktig å samordne og modernisere regelverket slik at det er tilpasset nye behandlingstilbud og pasientrettigheter.

Komiteen viser imidlertid til Barneombudets erfaringer i arbeidet med prosjektet «Grenseløs omsorg» om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern, der det kom frem at utfordringsbildet for barn under offentlig omsorg er så komplekst at lovendringer og harmonisering av regelverk ikke vil være tilstrekkelig for å løse de sammensatte utfordringene. Mange unge under offentlig omsorg har svært dårlig helse, som ofte er en blanding av psykisk helse, rus og generelt redusert allmenntilstand. Komiteen mener det derfor er behov for et målrettet arbeid, parallelt med Østenstad-utvalgets arbeid, for

at barn under barnevernet skal sikres et likeverdig helsetilbud som andre barn.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet ser alvorlig på den omfattende og uriktige bruken av tvang ved norske psykiatriske sykehus som er dokumentert i media, og er fornøyd med de forslag til tiltak helseministeren presenterte i sin redegjørelse i Stortinget 7. desember 2016, hvor målet er økt rettssikkerhet og mindre bruk av tvang. Disse medlemmer er positive til at regjeringen har oppnevnt et lovutvalg som skal gjennomgå dagens tvangsregelverk i helse- og omsorgssektoren. Utvalget skal vurdere regelverkets utforming sett i forhold til fremtidens behov.

Videre viser disse medlemmer til at tvang er løftet inn i styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og at det i det reviderte oppdragsdokumentet for 2016 bl.a. ble presisert at foretakene skal levere en kort status for arbeidet med å etablere systemer som sikrer korrekte og komplette data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til Norsk pasientregister.

Like viktig mener disse medlemmer det vil være at landets sykehus skal arbeide målrettet for å heve bevisstheten om bruk av tvang, og at helseministeren, ifølge sin redegjørelse i Stortinget 7. desember 2016, vil pålegge sykehusene å gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter og brukerorganisasjoner om deres erfaringer med tvang, i alle de enheter hvor tvang utøves.

Komiteen stiller seg også bak regjeringens ønske og krav om en åpenhetskultur vedrørende bruken av tvang ved behandlingsinstitusjoner innen psykiatri, rus og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Komiteen merker seg også at Legeforeningen er bekymret for at taushetsplikten ikke blir overholdt godt nok ved utlevering av opplysninger fra tvangsprotokollene, og at regjeringen av den grunn har bedt Helsedirektoratet om å sette ned en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppens mandat er å vurdere om innholdet i pasientjournaler bør omfattes av offentlighetsloven eller ikke.

Komiteen vil berømme VG for å ha løftet frem og dokumentert omstridt og ulovlig bruk av tvang, selv om dette er informasjon som burde ha fremkommet gjennom etablerte rapporteringssystemer og tilsynsorgan. Ifølge VG forekom det 4 000 tilfeller av beltelegging i 2015, fordelt på 1 200 personer. 650 av sakene er ifølge fagfolk omstridt eller ulovlig tvangsbruk. Det er registrert 60 klager, der 15 vedtak ble omgjort av kontrollkommisjonen. VG avdekket videre at tvangsbruken øker på kvelder, netter og i ferier når de faste behandlerne ikke er på jobb. Problematisk tvangsbruk er registrert ved samtlige sykehus.

Komiteen ser svært alvorlig på det som er avdekket i media, og konstaterer at det ikke er stilt spørsmål ved de resultatene som VG har dokumentert.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener det er i strid med loven å bruke tvang som resultat av mangel på kvalifisert personell på ulike tider av døgnet, uken eller året. Det å bli utsatt for tvangshandling oppleves som svært invaderende, og disse medlemmer mener det må settes inn strakstiltak slik at bruk av tvang begrenses til det som er absolutt nødvendig for å beskytte pasienten og omgivelsene.

Disse medlemmer mener arbeidet med å få på plass et elektronisk rapporteringsverktøy må prioriteres. Avvik mellom faktisk bruk av tvang og data fra Norsk pasientregister har vært kjent siden 2007. Det er svært bekymringsfullt at man etter ni år ikke har fått på plass en ferdig programvare for å registrere bruk av tvang, slik at pasient, helsepersonell og kontrollorgan har et faglig forsvarlig grunnlag for å vurdere bakgrunnen for bruk av tvang, oppfølging i etterkant og etterprøvbarehet. Det er også behov for mer entydig rapporteringspraksis.

Disse medlemmer viser til at avdelinger som har gode rutiner ved bruk av tvang kjennetegnes av høy kompetanse og lang erfaring med å håndtere vanskelige og til dels truende situasjoner på en god måte. Det er akuttavdelinger og sikkerhetsavdelinger som har flest pasienter hvor bruk av tvang vurderes, og disse medlemmer mener regjeringen bør se på tiltak for å sikre nok erfarent personell på slike avdelinger.

Komiteen viser til at mange behandlingsinstitusjoner har gode erfaringer med reduksjon i bruk av tvang, og at det er viktig at disse erfaringene viderefremmes. Kollegabasert veiledning har vist seg som en godt egnet metode for kompetanseoverføring mellom ulike institusjoner, og bør vurderes også i denne sammenhengen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet har merket seg at nedbygging av sengeplasser i psykiatrien har hevet terskelen for innleggelse, med det resultat at folk er dårligere ved innleggelse. Dermed øker risikoen for bruk av tvang. I tillegg vanskeliggjør mye gammel bygningsmasse tvangsreducerende tiltak. Disse medlemmer mener det er behov for en helhetlig gjennomgang av psykisk helsevern for å prioritere tiltak for å redusere unødvendig bruk av tvang og sikre nok ressurser til de mest alvorlig syke pasientene.

Disse medlemmer mener det bør være et mål å se på bruk av tvang overfor alle pasienter og

brukere som er under offentlig omsorg. I tillegg til psykisk helsevern gjelder det rusavhengige, barnevernsbarn, psykisk utviklingshemmede og eldre med kognitiv svikt. Østenstad-utvalget skal se på tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren, men det er behov for å harmonisere dette arbeidet med Barne lovutvalget. Barneombudet har i fagrapporten «Grenseløs omsorg» fra 2015 problematisert bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern, og manglende samsvar mellom de to lovene. Barneombudet var overrasket over omfanget av den fysiske tvangsbruken, og viste blant annet til små barn med psykiske lidelser som har blitt holdt i politigrep, jenter utsatt for seksuelle overgrep som har blitt lagt i bakken av menn, om beltelegging og reimer, fotfølging, ransaking og ekstremt rigide husregler. I rapporten beskriver barna tvangsbruken som krenkende og skremmende. Ifølge Helsedirektoratet var det 55 000 barn og unge som fikk behandling i psykisk helsevern i 2014.

Disse medlemmer mener det er behov for økt kunnskap og oppmerksomhet på bruk av tvang overfor mennesker med demens og kognitiv svikt. Flertallet av norske sykehjem har en praksis med å låse dørene på demensavdelingene for å «skjerm» pasientene og hindre at de «stikker av». Dette kan oppleves som ekstrem frihetsberøvelse. Tvangsmedisinering er også utbredt. I lov om psykisk helsevern må tvangstiltak meldes inn til en uavhengig kontrollkomisjon, mens pasienter med demens og kognitiv svikt ikke har noen tilsvarende uavhengig kontrollmyndighet for tvangstiltak, selv om de har de samme symptomer og utfordringer. Disse medlemmer mener det er et grunnleggende prinsipp i vårt helsevesen å behandle pasienter på en likeverdig måte, og dagens praksis kan oppleves som diskriminering av en stor pasientgruppe. Det er behov for et generelt kunnskapsløft om etisk og rett bruk av tvang og med

økt vekt på pasientens integritet, involvering og selvbestemmelse.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser for øvrig til Dokument 8:23 S (2016–2017) Representantforslag om en offentlig granskning av tvangsbruk i norsk psykiatri. Målet med forslaget er å få kunnskap til å kunne gjøre de rette tiltak for å sikre pasienter gode, verdige og forsvarlige psykiatriske helsetjenester i fremtiden, og også å påvise urettmessig og eventuell lovstridig tvangsbehandling av pasienter som har vært til behandling i norsk psykiatri.

Komiteens medlem fra Venstre viser til behandlingen av Prop. 147 L (2015–2016), jf. Innst. 147 L (2016–2017), hvor det framgår at det foreslåtte lovutvalget om tvangsbruk i psykisk helsevern skal resultere i en NOU, samt at mandatet er utvidet til å innbefatte intensjonene i dette representantforslaget. På bakgrunn av dette anser representantene fra Venstre å ha fått gjennomslag i saken og vil med dette ikke fremme forslaget.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og råar Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:90 S (2015–2016) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Trine Skei Grande og Sveinung Rotevatn om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 7. februar 2017

Kari Kjønaas Kjos

leder

Ruth Grung

ordfører

VEDLEGG**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert 2. juni 2016****Dokument 8:90 S (2015-2016) Representantforslag om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren - Stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Trine Skei Grande og Sveinung Rotevatn**

Jeg viser til brev av 10. mai d.å. fra Stortingets helse- og omsorgskomite, hvor det bes om min uttalelse til Dokument 8:90 S (2015-2016) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Trine Skei Grande og Sveinung Rotevatn om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Representantforslaget lyder som følger:

1. Stortinget ber regjeringen nedsette et bredt sammensatt offentlig utvalg som skal utrede bruken av tvang i hele helse- og omsorgssektoren, herunder psykisk helse, rusomsorg, demensomsorg og barnevern.

2. Stortinget ber regjeringen etablere et mer effektivt system for registrering og innrapportering av bruk av tvang i alle deler av helse- og omsorgssektoren.

Jeg er enig med representantene i at det er behov for en bred og grundig utredning av grunnlaget for og bruken av tvang i hele helse- og omsorgssektoren. Videre er jeg også enig med representantene i at det er uløste problemer i systemet for registrering og innrapportering av bruk av tvang, som må utbedres for at kvaliteten på tvangsdata skal bli tilfredsstillende.

Reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren er i hovedsak samlet i fire regelsett. I tillegg til reglene som gjelder for bruk av tvang i tjenesteytingen til psykisk utviklingshemmede, er det gitt regler om tvang i psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A (tvungen somatisk helsehjelp til bl.a. demente) og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 (tvangstiltak overfor rusavhengige).

I dag er det registrert store geografiske forskjeller i tvangsbruken innen psykisk helsevern. Ethvert menneske har rett til frihet, personlig sikkerhet og respekt for sin fysiske og psykiske integritet. Det er et høyt prioritert mål å redusere bruk av tvang til fordel for alternative frivillige tiltak. Tvungen omsorg og behandling skal bare brukes når omstendighetene gjør det nødvendig som en siste utvei, og såfremt tiltakene er undergitt rettssikkerhetsgarantier. Regjeringen mener det er nødvendig å undersøke om

dagens tvangsregler støtter opp under disse målsettingene og prinsippene på en tilstrekkelig måte.

Erfaringer med regelverkene, gråsoner og utviklingen i helse- og omsorgstjenestene gjør at det er behov for å gå igjennom de fire regelsettene i sammenheng og utrede behov for revisjon og modernisering. Regjeringen vil derfor, som kjent, nedsette et lovutvalg før sommeren. Utvalget vil få i oppdrag å foreslå nødvendige endringer for å møte behovene i dagens og fremtidens helse- og omsorgstjenester. Reglene bør støtte opp under regjeringens målsetning om pasient- og brukerens helse- og omsorgstjeneste og legge til rette for god samhandling på tvers av ulike institusjonstyper og mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Utvalget bør vurdere behov for endringer for å tilpasse reguleringen til ulike gruppers behov, bl.a. barn og unge. Forholdet til våre internasjonale forpliktelser, blant annet FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), vil inngå i utredningen.

Jeg vil også nevne to tilstøtende utredninger som er igangsatt. Barnevernlovutvalget skal gjennomgå barnevernloven for å bedre rettsikkerheten for barna og for å gjøre loven enklere, mer forståelig og tidsriktig. Barnevernlovutvalget skal levere sin innstilling senest 15. august 2016. Det andre utvalget - Rettighetsutvalget - skal analysere og vurdere hvilke endringer som er nødvendige for å sikre oppfyllelsen av grunnleggende rettigheter til mennesker med utviklingshemming. Rettighetsutvalget skal levere sin innstilling innen 30. september 2016.

Når det gjelder tvang i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, ble det i 2013/ 2014 gjennomført en evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A. Evalueringen er foretatt av Oxford Research AS. Det fremgår av rapporten at regelverket oppleves som legitimt og i hovedsak hensiktsmessig. Reglene har bidratt til rettsklarhet, samt til økt bevissthet og refleksjon. Det er utarbeidet en rekke gode hjelpemidler for forståelsen og den konkrete praktiseringen av regelverket. Likevel viser rapporten at det blant helsepersonell er varierende kunnskap om og ferdigheter i å anvende reglene. Antall registrerte tvangsvedtak har økt etter at bestemmelsene ble innført. Det antas at dette skyldes økt oppmerksomhet rundt og kjennskap til regelverket og ikke nødvendigvis økning i den faktiske tvangsbruken. Det antas at det fortsatt er en underrapportering av tvang. Manglende kunnskap om dette er frem-

holdt som en utfordring. Det er registrert stor variasjon i antall vedtak fra de ulike kommunene og i ulike deler av helsetjenesten. En tredjedel av kommunene hadde i 2012 ikke truffet vedtak med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet Helsedirektoratet i 2014 rapporten "Kompetansesituasjonen ved bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9". Rapporten viser blant annet at verktøyet som brukes for å registrere tvang i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – NESTOR - ikke alltid gir tilstrekkelig informasjon om situasjonen som ligger bak tvangsbruken. Med bakgrunn i at NESTOR forvaltes av Helsetilsynet, har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Helsedirektoratet i samarbeid med Helsetilsynet om å vurdere tilpasninger i NESTOR, for å bidra til god informasjon om tvangsbruk, kompetanse og enhetlig registreringspraksis.

Når det gjelder kvaliteten på tvangsdata fra psykisk helsevern deler jeg representantenes vurdering av alvoret i situasjonen og behovet for bedring i registrerings- og rapporteringspraksisen. Jeg er lite tilfreds med at dette området i så liten grad har utviklet seg positivt gjennom de ti siste årene, til tross for at kvaliteten på tvangsdata har vært kontinuerlig på helsemyndighetenes dagsorden. Parallelt med nasjonale tiltak for bedre dokumentasjon av tvang, både under den første tiltaksplanen (2006) og den mer omfattende nasjonale strategien for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2010/2012-2015), er det altså fremdeles store avvik mange steder mellom faktisk bruk og det som innrapporteres til Norsk pasientregister (NPR).

Mens vi jevnlig får pålitelige statistikker over ventetider, forløpstider, fristbrudd og andre aktivitetsdata fra spesialisthelsetjenesten, vet vi ikke hvor mange mennesker som til enhver tid behandles mot sin vilje og som dermed får sin integritet og autonomi krenket på ulike måter i det psykiske helsevernet. Det er et alvorlig tankekors at den mest inngripende og etisk mest problematiske håndteringen av pasienter i spesialisthelsetjenesten er den som blir dårligst dokumentert og som vi har minst kunnskap om omfanget av. I likhet med representantene er jeg bekymret for bruken av tvang overfor barn og for den mulige underrapporteringen av omfanget her, slik det har vist seg å være på voksenområdet.

Jeg oppfatter at de regionale helseforetakene også ser alvoret i dette. Når det imidlertid ikke har lyktes å oppnå vesentlige bedringer etter så mange års oppmerksomhet rundt problemet, er det viktig at vi starter med å gå nøye igjennom hva som er de konkrete barrierene for endring.

Som representantene selv nevner må helsepersonell registrere og rapportere tvangsvedtak i flere

systemer (i pasientjournal, til kontrollkommisjon, i pasientadministrativt system - noen steder i papirbaserte protokoller). Departementet kjenner også til at det i Helse Sør-Øst er blitt avdekket at det er ikke er sammenfall mellom tallene i det lokale elektroniske systemet i sykehusene og tallene som kan hentes ut i NPR. Dette skal ha medført lavere antall registrerte vedtak i NPR enn antallet som er registrert lokalt. Årsaken er av registreringsteknisk karakter. Systemleverandøren (DIPS) er oppmerksom på avviket og det opplyses om at feilretting vil bli gjort i juni. Eksempelet illustrerer at problemet bak de usikre og feilaktige tvangstallene er sammensatt, og at det trolig både har tekniske og organisatoriske årsaker. Andre faktorer kan dreie seg om ulik vedtakspraksis fra sted til sted, knyttet til usikker og/eller varierende lovforståelse, og i hvilken grad institusjonene følger rapporteringsmalen til NPR.

Departementet har løftet problemstillingen inn i styringsdialogen med de regionale helseforetak og med Helsedirektoratet. Direktoratet/Norsk pasientregister vurderer muligheten for en mer korrekt datafangst gjennom oppfølgingen av helseforetakene. Departementet har ellers gått igjennom problemstillingen med de regionale helseforetakene og utfordret dem på å synliggjøre egne tvangstall. Alle foretakene gir prioritet til arbeidet og har igangsatt tiltak for å styrke rapporteringen. I Helse Sør-Øst har bl.a. styret enstemmig vedtatt at datakvalitet i tilknytning til bruk av tvang innen psykisk helsevern skal ha et særskilt fokus i regionen. I Helse Vest er det opprettet et eget regionalt prosjekt med tiltak på ulike nivåer som ledd i foretakets oppfølging. Jeg kan også nevne at det planlegges ny versjon av DIPS Arena som innebærer at alle tvangsvedtak registreres i én felles tvangsmodul. En pilot skal utprøves i 2016 og full implementering er planlagt i 2017. Den nye løsningen ventes å gi betydelig forenkling og forbedring av registreringsarbeidet.

Før jeg kan ta stilling til hva som bør gjøres med selve systemet for registrering og rapportering av tvangsdata ber jeg om forståelse for at departementet i samråd med Helsedirektoratet må vurdere i hvilken grad de grepene som nå tas i regionale helseforetak kan bidra til å løse identifiserte hindringer og innenfor hvilken tidshorison. Generelt er det viktig å få fullført analysen av hele problemkomplekset før det eventuelt besluttes større endringer i systemene. Rutiner og praksis for registrering er selvsagt mulig å endre parallelt med at vi gjør nødvendige undersøkelser av de strukturelle forutsetningene.

Jeg forventer derfor nå at helsepersonell får nødvendig veiledning og støtte i å registrere tvang riktig i de eksisterende systemer. Videre forutsetter jeg at alle aktører som er involvert i dataregistrering, -rapportering og -oppfølging gjør nødvendige interne

prioriteringer og tar medansvar for at vi raskest mulig får gjennomført en komplett og korrekt nasjonal registrering av bruk av alle former for tvang i psykisk helsevern. Tiden er overmoden for at pasienter, pårørende, klinikere, helseledere, politikere og samfunnet får vite hvor mye tvang som brukes i norsk helsetjeneste.

Til slutt vil jeg nevne at det 6. juni skal avholdes møte i departementet hvor representanter fra fag-, bruker- og pårørendemiljøene er invitert til å drøfte hva det er behov for av videre innsats for å få ned bruken av tvang i det psykiske helsevernet. Jeg vil der benytte anledningen til å utfordre forsamlingen på også å komme med forslag til hvordan kvaliteten på tvangsdata kan bli bedre.

