

Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2024

Først publisert: 14. november 2025

Siste faglige endring: 14. november 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	5
3. Kontrollkommisjonenes saksbehandling i 2024	8
4. Kontrollkommisjonenes velferdskontroll i 2024	17
5. Statsforvalternes behandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke	20
6. Domstolsprøving av kontrollkommisjonens vedtak	23
7. Vedlegg A: Om datagrunnlaget	30
8. Vedlegg B: Tabeller	32

Sammendrag

Rapporten beskriver kontrollkommisjonenes arbeid i 2024 knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern. Det presenteres nasjonale utviklingstrekk for perioden 2016–2024 og geografisk variasjon de siste årene. Rapporten beskriver også statsforvalternes behandling og saksbehandlingstid av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke, samt domstolenes overprøving av kontrollkommisjonenes vedtak.

Fortsatt vekst i antall dokumentkontroller av vedtak om etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern (tvangsinnleggelser):

Psykisk helsevernloven gir adgang til å holde pasienter under tvungen observasjon i inntil ti dager med mulighet for inntil ti dagers forlengelse (§ 3-2) før det må tas stilling til om pasienten skal overføres til tvungent psykisk helsevern (§ 3-3).

Antall dokumentkontroller av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern har, perioden sett under ett, økt med henholdsvis 14 og 27 prosent siden 2018. Totalt antall dokumentkontroller økte med 3 prosent fra 2023 til 2024, en sterkere vekst sammenlignet med året før.

Flere tremånederskontroller og søknader om forlengelse av tvungent vern utover ett år:

Kontrollkommisjonene kontrollerer alle vedtak om tvungent psykisk helsevern etter tre måneder (§ 3-8 andre ledd). Kommisjonene må også godkjenne en eventuell forlengelse av tvungent vern utover ett år (§ 3-8 tredje ledd). Antall tremånederskontroller og søknader om årsforlengelse, som begge gir indikasjon på omfang av tvang som varer over tid, har økt siden 2017/2018 og hatt betydelig vekst i 2024 sammenlignet med året før (hhv. 8 og 18 prosent).

Flere saker som omhandler tvunget vern uten døgnbehandling (TUD):

Tvungent vern kan skje uten døgnopphold i institusjon dersom dette er et bedre alternativ for pasienten. For både tremånederskontroller og søknader om årsforlengelse har det over tid vært en endring i andelen saker som omhandler TUD.

For søknader om årsforlengelse har TUD utgjort majoriteten gjennom hele perioden siden 2016 og stod for 85 prosent av søknadene i 2024. For tremånederskontrollene ser man at TUD i begynnelsen av perioden utgjorde et mindretall, før det i mange år var en omtrentlig jevn og stabil fordeling av TUD og tvungent vern med døgnopphold. Siden 2023 (51 prosent TUD), og med fortsatt vekst i 2024 (57 prosent TUD), er tendensen over tid at TUD nå utgjør majoriteten av både tremånederskontrollene og årskontrollene.

Flere klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern, men mange klager ble trukket før behandling og stadig lavere andel får medhold:

Etter en nedgang fra 2016 til 2017, har det i perioden 2018–2024 vært en årlig økning i antall klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern. Sammenlignet med året før, økte både antall klager og antall klager som ble trukket i 2024.

Trekker man fra antall klager som ble trukket fra totalt antall klager, får man et estimat på antall behandlede klager. Fra 2023 til 2024 var det en økning i 7 prosent i antall behandlede klager. Andel klager som har blitt gitt medhold har sunket de siste årene, og var i 2024 på sitt laveste nivå i hele perioden (6 prosent av behandlede klager).

Fortsatt betydelig økning antall klager på vedtak om skjerming:

Kommisjonene behandler også klager på vedtak om skjerming, bruk av tvangsmidler og andre restriktive tiltak. Omfanget av denne typen klager har vært lite, men har med unntak av noen årlige variasjoner økt i perioden 2016–2024. For skjerming, som har hatt størst omfang, har antall klager gått opp de fire siste årene og økte i 2024 med 18 prosent sammenlignet med året før.

Kontrollkommisjonene har besøkt institusjonene, kontrollert pasientenes velferd og vært tilgjengelig for individuelle samtaler og veiledning:

Kommisjonene har kontrollert bruken av restriktive tiltak og tvangsmidler. Flere kommisjoner har varslet statsforvalteren om alvorlige forhold ved institusjonene. Det er blant annet varslet om bekymring knyttet til ferdigbehandlede pasienter som ikke kan utskrives grunnet manglende boligtilbud fra kommunen, og bruk av mekaniske tvangsmidler uten tilstrekkelig begrunnelse.

Ellers rapporterer flere kommisjoner om at økende bruk av vareteksturrogat og dom til tvungent psykisk helsevern får konsekvenser for tilbudet til andre pasienter. Det rapporteres også om utfordringer med ressurs- og bemanningssituasjonen ved flere institusjoner.

Flere klager til statsforvalteren på behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling):

Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan undersøkes og behandles uten eget samtykke (§ 4-4). Klager på tvangsbehandling skal rettes til statsforvalteren. Antall klager til statsforvalteren har økt hvert år siden 2017, og fra 2023 til 2024 økte antall klager på tvangsbehandling med 9 prosent. I de fleste klagesaker har vedtaket blitt opprettholdt av statsforvalteren (89 prosent i 2024).

Lang saksbehandlingstid hos statsforvalterne:

Saksbehandling av klager på tvangsbehandling skal prioriteres hos statsforvalteren og bør gjennomføre på fem-syv virkedager. På nasjonalt nivå har omtrent halvparten av klagen til statsforvalteren en behandlingstid på inntil én uke. Saksbehandlingstiden nasjonalt må sees i sammenheng med variasjon i saksbehandlingstiden på regionalt nivå

Stadig flere søksmål om rettslig prøving av kontrollkommisjonens vedtak:

I 2024 var det 567 søksmål som ble brakt inn for tingretten etter psykisk helsevernloven § 7-1. 561 av sakene omhandlet prøving av vilkårene om tvungent psykisk helsevern i psykisk helsevernloven § 3-3. Av disse 561 var det 225 saker som endte med dom i tingretten.

I 11 dommer (5 prosent) fikk pasienten medhold i sin begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern. 122 dommer (54 prosent) ble anket videre til lagmannsretten. Lagmannsretten avsa dom i 64 (52 prosent) av ankesakene. Av disse omgjorde lagmannsretten 5 dommer fra tingretten, ved å gi ankende part medhold i sitt krav om opphør av tvungent psykisk helsevern. Ingen 2024-saker ble fremmet til behandling i Høyesterett.

Innledning

I denne rapporten presenteres resultater fra kontrollkommisjonenes oppgaver og saksbehandling knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern i 2024. Rapporten presenterer nasjonale tall for aktivitet i 2024 og utvikling i perioden 2016–2024.

Tall fordelt på geografiske områder er vist i vedlegg. Det er i årets rapport ikke tatt høyde for at enkelte kommisjoner kan dekke flere geografiske områder, noe som innebærer at noen historiske tall for de ulike områdene kan være marginalt annerledes sammenlignet med tidligere års rapporter

Statsforvalternes behandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke omtales i et eget kapittel. I tillegg inngår et kapittel om rettslig prøving av kontrollkommisjonenes vedtak.

I rapporten omtales ulike former for tvang som er hjemlet i psykisk helsevernloven:

- Tvangsinnleggelser (tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold)
- Tvungent vern uten døgnopphold
- Tvangsbehandling med legemidler, ernæring mv. (vedtak om behandling uten eget samtykke)
- Tvangstiltak mens man er under behandling, herunder skjerming, bruk av tvangsmidler, rusmiddeltesting og beslag (restriktive tiltak)

Helseforetakenes innrapporterte aktivitetstall på bruk av tvang i psykisk helsevern til Norsk pasientregister (NPR) inngår ikke i årets rapport. Se vedlegg A om datagrunnlag.

Mål om mest mulig frivillighet i helsetjenesten

Det er en grunnleggende rettighet å bestemme over sin egen helse og hvilken helsehjelp man vil motta. I noen tilfeller settes denne retten til side gjennom lov for å ivareta liv eller helse. Helsehjelp til og omsorg for mennesker med psykiske lidelser innebærer store faglige utfordringer. Spørsmålet om behandling og omsorg også skal kunne gis i situasjoner der pasienten ikke kan eller vil samtykke er sentralt, og bruk av tvang i behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser har lange tradisjoner. For ansatte innen psykisk helsevern vil det ofte oppleves svært vanskelig å ikke kunne gi helsehjelp når det ut fra faglige vurderinger anses nødvendig. Bruk av tvang kan samtidig oppleves svært belastende for pasienten. Det er derfor ønskelig at psykiske helsehjelp i størst mulig grad skal baseres på frivillighet. Nasjonale og internasjonale erfaringer viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige råd for forebygging av bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. Rådene trådte i kraft 1. mars 2022 og skal bidra til å forebygge og redusere uønsket variasjon i bruk av tvang. Rådene er delt inn i fire områder:

- Forebygging av tvangsinnleggelser
- Institusjonenes ansvar og oppgaver ved bruk av tvang
- Tilnærminger i pasientbehandlingen
- Evaluering av tvangsinnleggelse

Kontrollkommisjonens rolle

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

Kontrollkommisjonene skal kontrollere at praksis i psykisk helsevern er i tråd med loven. Loven stiller strenge vilkår for bruk av tvang. Frivillig psykisk helsevern skal alltid prøves først, og tvang skal kun brukes når frivillighet ikke fører fram eller åpenbart ikke er mulig. Loven krever videre at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. I tillegg må pasienten få sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert eller det må være stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret (behandlingskriteriet), eller vil være til fare for seg selv eller andre (farekriteriet). Så sant det ikke er nærliggende og alvorlig fare for pasientens liv eller andre personers liv eller helse, er det i tillegg vilkår om at pasienten ikke er samtykkekompetent.

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

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene, men tvungent vern kan også skje uten døgnopphold i institusjon dersom dette er et bedre alternativ for pasienten. Ved vurderingen skal det også tas tilbørlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med (§ 3-5).

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

Oppfølging av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern

Det har de siste årene blitt bevilget ekstra penger for å styrke kontrollkommisjonene faglig. Den årlige kontrollkommisjonskonferansen for alle kommisjonenes medlemmer inkluderer nå også varaledere, og det er utviklet et e-læringskurs for alle nye medlemmer. Programmet omfatter et introduksjonsforedrag og opplæring i psykisk helsevernloven og vurdering av samtykkekompetanse.

Helsedirektoratet har etablert en ressursgruppe for kontrollkommisjonene for å sikre god og lik praksis på landsbasis. Ressursgruppen består av kommisjonsledere fra hver helseregion. Kommisjonslederne vil bistå Helsedirektoratet med normering av rutiner og praksis, samt gi faglig veiledning til kommisjoner i sin region. Det er videre laget maler for kontrollkommisjonens vedtak og brev, samt informasjon om og maler for behandling av personopplysninger. Det er også oppnevnt et eget personvernombud for kontrollkommisjonene.

Større vekt på samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven

Fra 1. juli 2017 fikk pasienten rett til inntil fem timer gratis advokatbistand ved klage til statsforvalteren på vedtak om tvangsbehandling. Fra 1. september 2017 kom det ytterligere endringer i psykisk helsevernloven med formål om å styrke pasientenes rettssikkerhet og selvbestemmelse. Den viktigste endringen var innføringen av et vilkår om manglende samtykkekompetanse for vedtak om tvungen observasjon, tvungent vern og tvangsbehandling. Dette vilkåret gjelder ikke hvis det er en nærliggende og alvorlig fare for pasientens eget liv eller andres liv eller helse.

Videre ble kravene til begrunnelse av vedtak skjerpet, det ble innført krav om vedtak der pasienten motsetter seg skjerming og krav om evalueringssamtaler etter visse vedtak etter kapittel 4.

Det er vedtatt endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv., som vil tre i kraft 1. juni 2026, jf. Prop 31 L (2024–2025) Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bedre beslutningsgrunnlag og behandling). Helsedirektoratet vil oppdatere lovsrundskriv, vedtaksmaler for tvangsvedtak og klagevedtak mv. før lovendringene trer i kraft.

Kontrollkommisjonenes saksbehandling i 2024

I 2024 rapporterte 54 kontrollkommisjoner å ha gjennomført 2237 forhåndsmeldte kontrollbesøk ved institusjonene, i tillegg til 370 uanmeldte besøk (figur 1).

I dette kapittelet beskrives kontrollkommisjonenes arbeid gjennom oversikter over kontroller av vedtak om tvang og behandling av klager på vedtak knyttet til tvang. Oversiktene viser nasjonale tall og utvikling i perioden 2016-2024. Tall fordelt på geografiske områder er vist i vedlegg.

Dokumentkontroll

Kontroll ved etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-8

Ifølge tall innrapportert fra kontrollkommisjonene ble det i 2024 utført 4 316 kontroller av vedtak om etablering av tvungen observasjon og 4 891 kontroller av vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern. Vi ser av figur 2 at antall dokumentkontroller av vedtak om tvungen observasjon har økt i perioden 2021 til 2024. Antall dokumentkontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern har økt siden 2017.

Utfall av dokumentkontroll

Etter kontrollkommisjonenes dokumentkontroll var det få tilfeller hvor vedtak om tvungent vern ikke ble videreført. Som i tidligere år opprettholdt kontrollkommisjonene vernet i nesten alle sakene (>99 prosent) i 2024 (vedlegg B, tabell v3). Dette gjaldt både vedtak om tvungen observasjon og vedtak om tvungent psykisk helsevern. Av 4 316 kontroller av vedtak om tvungen observasjon i 2024 opphørte vernet i kun to saker. Av 4 891 kontroller av vedtak om tvungent psykisk helsevern opphørte vernet i tolv saker.

Unntak fra konverteringsforbudet

Ifølge § 3-4 kan den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke ikke overføres til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern mens det frivillige vernet pågår (konverteringsforbud). Forbudet gjelder likevel ikke dersom utskrivning innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. I forbindelse med kontroll etter § 3-8 første ledd skal kontrollkommisjonen ved skriftlig redegjørelse gjøres særskilt oppmerksom på at det er truffet en beslutning om konvertering.

I 2024 mottok kontrollkommisjonene 159 redegjørelser for unntak fra konverteringsforbudet, som er det laveste antallet registrert i perioden 2016-2023 og en nedgang på nesten 40 prosent siden toppåret 2019 (figur 3).

Behandling av saker som gjelder barn over tolv år, jf. § 2-1 annet ledd

Spørsmålet om etablering av psykisk helsevern på bakgrunn av foreldresamtykke for barn som har fylt tolv år, bringes inn for kommisjonen i tilfeller der barnet selv motsetter seg innleggelsen. Det ble i 2024 registrert 73 slike saker, som er færre enn året før, men høyere enn gjennomsnittet for perioden 2016–2023 (60; tabell 1). To av sakene i 2024 medførte at vernet ikke ble etablert.

Tabell 1. Antall saker om etablering av psykisk helsevern med opphold i institusjon for barn som har fylt tolv år, der barnet ikke er enig i tiltaket. Utvikling 2016–2024.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt antall saker	49	42	65	59	56	74	58	77	73
Vernet etableres	28	21	24	28	32	36	39	34	27
Vernet etableres ikke	0	0	2	4	1	1	0	2	2
Annet	10	21	39	27	25	37	19	40	44

Etterprøving av begjæring, jf. § 2-2 fjerde ledd

Etter § 2–2 første ledd kan en person som søker psykisk helsevern, etter at den faglig ansvarlige har begjært det, samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i inntil tre uker fra etableringen av vernet. Etter § 2–2 fjerde ledd kan den faglig ansvarliges beslutning om å kreve samtykke, bringes inn for kontrollkommisjonen av pasienten, den nærmeste pårørende eller den som handler på pasientens vegne. Gjelder beslutningen barn som har fylt tolv år, og barnet selv ikke er enig i tiltaket, skal beslutningen bringes inn for kontrollkommisjonen. I 2024 behandlet kommisjonene 16 slike saker, som er det høyeste antallet siden 2018 (tabell 2). Begjæringene ble tatt til følge i 15 saker.

Tabell 2. Antall etterprøvinger av begjæring om pasientens samtykke til å være undergitt tvungent vern og utfall av kontrollkommisjonenes behandling. Utvikling 2016–2024.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Antall etterprøvinger av begjæring	16	21	28	5	5	2	12	5	16
Begjæringen tatt til følge	11	19	27	4	2	2	12	5	15
Begjæringen ikke tatt til følge	1	5	1	0	2	0	0	0	0
Annet	5	7	0	1	1	0	0	0	1

Tremånederskontroll (§ 3-8 annet ledd) og søknad om forlengelse ut over ett år (§ 3-8 tredje ledd)

Kontrollkommisjonenes kontroll etter tre måneder under tvungent psykisk helsevern

Innrapporterte tall fra kommisjonene viser en økning i antall tremånederskontroller i årene etter 2017 (figur 4). Fra 2017 til 2018 var økningen i kontroller spesielt knyttet til tvang uten døgnopphold (TUD). Det ble rapportert vekst i TUD fra svært mange kommisjoner rundt i landet. Andel TUD har vært relativt stabil i perioden 2018–2022, men hadde en svak økning til 51 prosent i 2023. Denne økningen har fortsatt i 2024, hvor TUD utgjorde 57 prosent av tremånederskontrollene.

Utviklingen i antall tremånederskontroller kan gi en pekepinn på endringer i omfang av tvang som varer over tid, men gir ikke en fullstendig oversikt over antall pasienter som har vært under tvungent psykisk helsevern i tre måneder. Utviklingen må ses i sammenheng med utviklingen i etablering av tvungent vern og i klager på etablering av tvungent vern.

Vedtak om tvungent vern som påklages før det har gått tre måneder, inngår ikke i tremånederskontrollen. Vi har ikke oversikt over hvor mange av klagenes som var fremsatt før tre måneder hadde gått. Totalt antall klager på etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern (§ 3-3 og § 3-7) har også økt de siste årene, se [kapittel 2.3 – klager på vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern](#).

Kontrollkommisjonenes behandling av søknader om forlengelse av tvungent vern utover ett år

Når det har gått ett år siden det tvungne vernet ble etablert eller siden siste årsforlengelse, er det en forutsetning for videre tvungent vern at kontrollkommisjonen samtykker til forlengelse (ettårsforlengelse). Antall saker om forlengelse av tvungent vern utover ett år gikk tilbake i 2017 og i 2018, men har økt i årene etter (figur 5). I 2024 behandlet kontrollkommisjonene 2529 saker om årsforlengelse, som er en økning på 18 prosent sammenlignet med året før.

Vi har i tidligere rapporter vist at [ettårskontrollen i større grad gjaldt innlagte pasienter \(PDF\)](#). Fra 2016 har derimot de fleste pasientene vært underlagt tvungent vern uten døgnopphold (TUD). Andel TUD økte fra 74 prosent i 2016 til 85 prosent i 2024.

Utfall av tremånederskontroller og søknad om forlengelse ut over ett år

I 2024 ble det tvungne vernet opprettholdt i 95 prosent av tremånederskontrollene ([vedlegg B: tabell v 4](#)), og det ble vedtatt forlengelse i 97 prosent av sakene om ett års forlengelse ([vedlegg B: tabell v 5](#)).

Klager på vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

Kontrollkommisjonenes rolle

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

Klager på vedtak om etablering av tvungen observasjon, jf. § 3-2

I 2024 ble det registrert 458 klager på etablering av tvungen observasjon, hvorav 290 (63 prosent) ble trukket før behandling (figur 6). Kontrollkommisjonene behandlet dermed 168 klager.

Antall klager sammenholdt med antall kontroller av vedtak om tvungen observasjon gir en estimert klageandel på 4 prosent, en andel som har vært stabil i flere år.

Kommisjonene ga medhold i 21 av de 168 klagene som ble behandlet i 2024 (12 prosent). Andelen er høyere enn i 2023, men lavere enn gjennomsnittlig andel medhold i perioden 2016–2023 (15 prosent; tabell 3).

Tabell 3. Antall klager på vedtak om tvungen observasjon og prosent medhold av behandlede klager. Utvikling i perioden 2016–2024.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Behandlede klager	147	175	170	170	188	187	194	210	168
Prosent medhold	16	21	18	14	17	9	17	8	12

Klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-3

I 2024 ble det fremsatt 3 474 klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, som er en økning på 10 prosent sammenlignet med 2023. Økningen i antall klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern fra året før var høyere enn veksten i antall vedtak om tvungent psykisk helsevern/dokumentkontroller (2 prosent). Figur 7 viser utviklingen i antall klager sammenholdt med antall vedtak om tvungent psykisk helsevern/ dokumentkontroller.

I 2024 ble 39 prosent (1 345 av 3 474) av klagene trukket før endelig behandling av kontrollkommisjonene. Dette må ses i sammenheng med at ved eventuelt avslag fra kommisjonen, kan ikke en ny klage fremmes før etter seks måneder (§ 6-4). Noen av klagene kan være trukket fordi klageren ser at saken går mot avslag. Samtidig er det grunn til å tro at en del klager trekkes fordi sykehuset meddeler at det uansett går mot en utskriving fra tvungent vern.

Klageomfang

Klager på vedtak om tvungent psykisk helsevern kan fremsettes inntil tre måneder etter at vernet har opphørt, og det er også mulig å klage flere ganger på samme vedtak. Dette gjør at vi ikke kan beregne

presist hvor stor andel av vedtak om tvungent vern det klages på innenfor et gitt tidsrom. Bestemmelsen om at det må gå seks måneder mellom klager, betyr at et vedtak om tvungent psykisk helsevern som hovedregel kan påklages inntil to ganger i løpet av et år.

Antall behandlede klager sett i forhold til antall vedtak om tvungent psykisk helsevern har økt de siste par årene (figur 8). I 2024 var andelen 44 prosent. Klageomfanget varierte ganske mye mellom de geografiske områdene som kontrollkommisjonene tilhører (fra 29 til 67 prosent; vedlegg B, tabell v 6).

Utfall av klager

Kommisjonene ga medhold i 6 prosent av klagene som ble behandlet i 2024. Andel medhold har gradvis gått nedover siden 2017 (figur 8). Andel av behandlede klager som i 2024 fikk medhold varierte fra 0 til 10 prosent mellom områdene som kommisjonene tilhører (figur 9).

Hvem klager?

Vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern kan påklages av pasienten selv, hans eller hennes nærmeste pårørende eller den myndighet som har framsatt begjæring. I de fleste sakene (99 prosent) var det pasienten selv som klaget ([vedlegg B, tabell v7](#)).

Klager på ikke å etablere eller opphør av vedtak om tvungent vern, jf. §§ 3-7, 3-2 og 3-3

Kommisjonene har behandlet få klager på vedtak om ikke å etablere tvungen observasjon og tvungent vern. Det har også vært relativt få klager på vedtak om opphør av tvungen observasjon og av tvungent vern.

I 2024 gikk antall klager på ikke-etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern opp med nesten 60 prosent sammenlignet med 2022 og 2023. Det var en økning i antall klager på opphør av tvungen observasjon, hvor over to tredeler av klagene ble trukket før behandling (figur 9). Antall klager på opphør av tvungent psykisk helsevern gikk ned fra 2023 til 2024.

Medholdsprosenten for denne typen klager har variert litt fra år til år (tabell 4). Fordi det er små tall, kan små endringer gi store utslag i prosent.

Tabell 4. Utfall av klager på vedtak om ikke-etablering og opphør av tvungen observasjon (TO) og tvungent psykisk helsevern (TPH). Antall behandlede klager og prosent av behandlede klager som fikk medhold. Utvikling 2016–2024.

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Vedtak om ikke-etablering av TO eller TPH	Behandlede klager	9	31	15	15	21	38	21	22	43
	Prosent medhold	11	6	13	7	5	3	14	9	2
	Behandlede klager	13	4	14	9	26	13	20	15	15

Vedtak om opphør av TO	Prosent medhold	15	25	7	22	12	38	5	20	0
Vedtak om opphør av TPH	Behandlede klager	35	32	32	40	49	49	36	48	37
	Prosent medhold	9	19	19	18	16	10	14	17	11

Hvem klager?

Vedtak om ikke-etablering eller opphør av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan påklages av pasienten selv, nærmeste pårørende eller begjærende myndighet. I de fleste av disse sakene har det vært nærmeste pårørende som har klaget (tabell 5). Det har vært få klager fra begjærende myndighet.

Tabell 5. Antall klager på vedtak om ikke-etablering og opphør av tvungen observasjon (TO) og tvungent psykisk helsevern (TPH), fordelt etter hvem som klager*. Utvikling 2016–2024.

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Vedtak om ikke-etablering av TO eller TPH	Pasient	1	25	4	3	9	15	1	14	15
	Nærmeste pårørende	7	11	13	21	24	46	39	27	52
	Begjærende myndighet	1	0	0	0	0	1	3	4	1
Vedtak om opphør av TO	Pasient	4	1	1	2	7	1	6	8	8
	Nærmeste pårørende	9	4	17	15	17	20	31	23	41
	Begjærende myndighet	1	0	1	0	0	1	1	0	0
Vedtak om opphør av TPH	Pasient	21	7	6	21	12	26	13	9	7
	Nærmeste pårørende	25	34	43	44	59	41	35	58	46
	Begjærende myndighet	0	2	2	1	0	1	1	2	1

*Tall på hvem som klager kan avvike fra totalt antall framsatte klager, da det ikke alltid er rapportert hvem som klager.

Klager på gjennomføringsvedtak (kapittel 4-vedtak)

Klager på vedtak om skjerming og bruk av tvangsmidler

Kommisjonene behandler også klager på vedtak om bruk av restriktive tiltak under gjennomføring av psykisk helsevern, herunder vedtak om skjerming, innskrenkninger i retten til forbindelse med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon, beslag, rusmiddeltesting, bruk av tvangsmidler og overføringer.

Omfanget av klager på gjennomføringsvedtak har vært lite, sett i forhold til antall vedtak og antall pasienter dette gjelder. Samlet sett har antall klager økt gjennom årene siden 2016 (figur 11). De fleste klager har gjeldt bruk av skjerming, og her har antall klager mer enn doblet seg gjennom perioden. I 2017 ble det innført regler om at det alltid skal fattes vedtak hvis pasienten motsetter seg skjerming, noe som kan ha medvirket til økningen i antall klager på skjermingsvedtak.

Antall klager på bruk av kortvarig isolasjon og korttidsvirkende legemidler gikk ned i 2023 for så å gå opp igjen i 2024. Antall klager på mekaniske tvangsmidler gikk opp sammenlignet med året før, mens antall klager på kortvarig fastholding gikk ned. På grunn av små volum kan klager fra noen få pasienter gi store utslag i denne statistikken.

Tabell 6 viser utfallet av klagene på gjennomføringsvedtak. På grunn av små tall kan medholdsprosenten endres mye med ett vedtak om medhold fra eller til. For skjerming, som hadde størst volum, fikk 19 av 400 behandlede klager (framsatte klager minus trukne klager, 5 prosent) medhold i 2024.

Tabell 6. Antall klager på gjennomføringsvedtak i 2024 og utfall av kontrollkommisjonenes behandling

	Totalt antall klager	Ikke tatt til følge	Tatt til følge	Avvisning	Trukket	Annet
Klager på vedtak om skjerming	538	371	19	3	138	8
Klager på vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen (phvl. § 4.5 annet ledd)	347	253	18	2	74	1
Klager på vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen (phvl. § 4.5 fjerde ledd)	19	18	0	0	0	1
Klager på vedtak om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon	36	25	1	1	9	1
Klager på vedtak om beslag	55	47	0	0	8	1
Klage på vedtak om rusmiddeltesting	1	0	1	0	0	0
Klager på vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler	125	79	11	3	32	2
Klager på vedtak om kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede	113	99	0	1	15	0
Klager på vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler	84	66	2	1	15	1
Klager på vedtak om bruk av kortvarig fastholding	76	62	2	0	13	1
Klager på vedtak om undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler	5	2	0	0	3	0

Klager på vedtak om innskrenket forbindelse med omverdenen (phvl. § 4A-4)	25	24	0	0	0	1
Klager på vedtak om nattelåsing av pasientrom	0	0	0	0	0	0

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

Det skal treffes vedtak ved overføring av en pasient mellom institusjoner eller overføring til annen form for tvang. Det treffes ikke vedtak ved overføring mellom ulike former for døgnopphold innen samme institusjon. Vedtak om overføring kan påklages inntil en uke etter at vedtak er fattet. Kontrollkommisjonen skal vurdere om vedtaket er urimelig, og vedtak kan vanligvis ikke iverksettes før eventuell klagesak er avgjort, med mindre umiddelbar overføring er strengt nødvendig eller det er klart at vedtaket ikke vil bli påklaget.

I 2024 ble det meldt inn 414 klager på overføring, hvorav 149 ble trukket før behandling (tabell 7). Av de 265 klagen som ble behandlet, ble 11 prosent (29 saker) tatt til følge, 5 prosent (13 saker) avvist og 5 prosent (13 saker) registrert med annet utfall. Vedtaket ble opprettholdt for 80 prosent av klagen (211 saker).

Tabell 7. Antall klager på vedtak om overføring etter § 4-10 og utfall av kontrollkommisjonenes behandling. Utvikling 2016–2024.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt antall klager	208	209	213	238	276	299	353	360	414
Klagen ikke tatt til følge	110	106	125	142	156	171	200	212	211
Klagen tatt til følge	31	26	26	23	34	34	29	26	29
Avvisning	10	6	7	5	6	6	8	8	13
Herav klager som ble trukket	51	44	45	63	63	75	101	105	149
Annet	4	8	10	19	19	11	18	11	13

Klager på vedtak ved dom på overføring til tvungent psykisk helsevern

Lovbrytere som er utilregnelige etter straffeloven § 20 annet til fjerde ledd, kan idømmes overføring til tvungent psykisk helsevern, jf. straffeloven § 62. Etter at tre ukers døgnopphold i institusjon er gjennomført, kan et eventuelt vedtak om overføring påklages til kontrollkommisjonen etter psykisk helsevernloven § 5-4. Kontrollkommisjonen prøver om vedtaket fremstår som urimelig ut fra hensynet til den domfelte, andres liv, helse og frihet, plasseringsalternativene og forholdene ellers.

I 2024 mottok kontrollkommisjonene 44 klager på vedtak om overføring etter § 5-4 (tabell 8). Fire av klagen ble tatt til følge. Antall klager har økt siden 2022.

De fleste klagen på vedtak om overføring har blitt fremsatt av domfelte selv. Dette gjaldt 34 av de 44 klagen i 2024, mens syv klager ble fremsatt av påtalemyndigheten. Fra 2022 ble det i rapporteringsskjemaet til kontrollkommisjonene eksplisitt bedt om rapportering av antall klager fremsatt av påtalemyndigheten.

Tabell 8. Antall klager på vedtak om overføring etter § 5-4 og utfall av kontrollkommisjonenes behandling*. Utvikling 2016–2024**.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt antall klager	12	11	10	9	26	10	25	36	44
Fra domfelte	7	9	7	9	24	7	18	32	34
Fra domfeltes nærmeste pårørende	3	1	1	0	1	3	0	0	3
Fra påtalemyndigheten	**	**	**	**	**	**	7	2	7
Klagen ikke tatt til følge	10	7	6	6	18	5	14	22	25
Klagen tatt til følge	0	0	1	0	2	2	4	2	4
Avvisning	1	0	0	0	1	0	1	3	1
Herav klager som ble trukket	1	3	4	2	4	2	5	7	11
Annet	1	1	0	7	1	1	0	2	3

*Tall på hvem som klager kan avvike fra totalt antall framsatte klager, da det ikke alltid er rapportert hvem som klager.

**Klager fra påtalemyndighet er ikke oppgitt eksplisitt i rapporteringen før 2022.

Kontrollkommisjonenenes velferdskontroll i 2024

Kontrollkommisjonens oppdrag

Kontrollkommisjonen skal føre kontroll med pasientenes velferd og med deres opphold ved institusjonene, jf. psykisk helsevernloven § 6-1 annet ledd og psykisk helsevernforskriften §§ 62 til 63. Som ledd i kontrollen skal kommisjonen:

- føre kontroll med bruken av restriktive tiltak, herunder gjennomgang av tvangsprotokollene.
- Undersøke om det er husordensreglement ved institusjonen og påse at dette er i overensstemmelse med gjeldende lovgivning.
- gi pasientene anledning til å fremsette klager over vedtak etter psykisk helsevernloven, og ellers ta opp forhold av betydning for pasientens opphold ved institusjonen.
- gi nyinnlagte pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern tilbud om samtale med kontrollkommisjonen.
- varsle statsforvalteren om alvorlige forhold ved institusjonen. Ellers kan kontrollkommisjonen ta forholdet opp med institusjonens ledelse eller den faglig ansvarlige for vedtak.
- føre kontroll med institusjonens beslutning om å iverksette ECT på nødrettsgrunnlag.
 - Kontrollkommisjonen skal ikke føre systematisk kontroll av samtykkekompetansen når pasient mottar ECT etter eget samtykke. Kommisjonen bør imidlertid være oppmerksom på institusjonens rutiner og praksis for kompetansevurderinger når ECT gis etter samtykke til pasient under tvungent vern, fordi det da er større risiko for at samtykkekompetansen mangler.

Kontrollkommisjonen skal så vidt mulig bistå pasientene med råd og hjelp utover dette.

Kontrollkommisjonen bør ved sine besøk som hovedregel oppsøke avdelingenes fellesarealer for pasienter, for på denne måten å gjøre seg lett tilgjengelige for samtale og for å kunne observere forholdene ved avdelingen.

Kontrollkommisjonen rapporterer om gjennomføring av kontrollene i sine årsrapporter til Helsedirektoratet.

Videre følger en oppsummering av rapportering.

Kontroll med restriktive tiltak og gjennomgang av tvangsprotokollene

Kontrollkommisjonen skal føre kontroll med restriktive tiltak som iverksettes i institusjonen, og skal forelegges og gjennomgå alle vedtak som institusjonen har fattet etter psykisk helsevernloven kapittel 4 (vedtak om gjennomføring av psykisk helsevern). Dersom vedtakene er mangelfulle, herunder utilstrekkelig begrunnet, skal kommisjonen ta dette opp med institusjonen.

Flere kommisjoner melder om mangelfulle vedtak om medisinerings og sondeernæring, blant annet manglende angivelse av vedtakets varighet.

Noen kommisjoner har avdekket at det ikke er fattet tvangsmedisineringsvedtak overfor pasienter uten samtykkekompetanse som medisineres med antipsykotika.

Noen kommisjoner rapporterer om mangelfulle eller lite dekkende begrunnelser for vedtak. Andre eksempler på funn som er påtalt, er tilbakedatering av vedtak og at personer uten vedtakskompetanse har fattet vedtak.

Varsel til statsforvalteren

I 2024 har 14 kommisjoner varslet statsforvalteren om alvorlig forhold ved institusjonene (til sammen 29 tilfeller). Eksempler på forhold det har blitt varslet om:

- Manglende vurdering av vilkår for vedtak om tvungent psykisk helsevern
- Langvarig bruk av mekaniske tvangsmidler uten tilstrekkelig begrunnelse
- Bruk av mekaniske tvangsmidler uten fortløpende vurderinger av om tiltaket var nødvendig
- Omfattende bruk av mekaniske tvangsmidler overfor mindreårig ved BUP som ikke var godkjent for tvang
- Mangelfulle skjermingsforhold
- Overføring av pasient på tross av at kontrollkommisjonen ga vedkommende medhold i klage på overføring
- Innleggelse av barn på voksenposter
- Medisinering av ikke-samtykkekompetent pasient uten vedtak
- Manglende hjemmel for og feil plassering av psykisk utviklingshemmet pasient på sikkerhetsavdeling
- Grenseoverskridende handlinger fra ansatt
- Ferdigbehandlede pasienter som ikke utskrives fra døgnpast på grunn av manglende forsvarlig boligtilbud fra kommunen
- Tilbakeholdelse av pasient på tvungent vern på døgnopphold i kommunal avdeling for demente på grunn av mangel på annet adekvat døgntilbud i kommunen
- Utfordringer med tilgang til Helseplattformen

Beslutninger om ECT med hjemmel i nødrett

Syv kommisjoner har rapportert om at pasienter er gitt ECT med hjemmel i nødrett. Kommisjonene har rapportert om at flere pasienter får flere behandlinger på dette grunnlaget.

Flere kommisjoner oppgir at de vurderer samtykkekompetansen i tilfeller der pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern, mottar ECT etter samtykke. Noen oppgir at sykehusets vurdering av samtykkekompetanse ikke er god nok.

Husordensregler og forhold av betydning for pasientens opphold ved institusjonen

Kontrollkommisjonen skal undersøke om det er husordensreglement ved institusjonen og om det er i tråd med gjeldende lovgivning.

Ingen kommisjoner har rapportert om husordensregler i strid med loven.

Kontrollkommisjonen skal ta opp forhold av betydning for pasientens opphold ved institusjonen. Kommisjonen kan ta opp mer generelle forhold eller bistå den enkelte. Kommisjonen skal også bistå pasienter med å fremsette klage.

Det rapporteres at pasienter har tatt opp velferdsmessige spørsmål med kommisjonen, blant annet strenge husordensregler, tilgang til trening, kvalitet på mat og mulighet til å røyke.

Annet

Også i 2024 rapporterer flere kommisjoner om at det er utfordringer med manglende og/eller forsinket bosetting av pasienter i kommunene, med den konsekvens at utskrivningsklare pasienter er innlagt lengre enn nødvendig i døgnpost. En kommisjon rapporterer at det er vanskelig å få pasienter videre fra regional sikkerhetsavdeling fordi lokale sikkerhetsavdelinger og langtidsposter har fullt belegg og ventelister. Det ble videre påpekt at kommunenes manglende tvangshjemler gjør at de vegrer seg for å ta imot pasienter med voldsproblematikk.

Enkelte kommisjoner peker på at bruken av varetektsurrogat og dom til tvungent psykisk helsevern er økende, og at dette får konsekvenser for tilbudet til andre pasienter. En kommisjon bemerker at pasienter på dom gir økt trykk på sikkerhetsavdeling og akuttposter, med for tidlige utskrivelser til DPS og påfølgende reinnleggelser til følge.

Noen kommisjoner melder om stadig sykere og mer krevende pasientgrupper. En kommisjon rapporterer det over tid har vært en tendens til at innlagte i alderspsykiatriske avdelinger er sykere og mer utagerende. En annen kommisjon opplyser at det ses økt voldsrisiko og at det derfor er økt behov for politibistand når pasienter oppsøkes hjemme.

En kontrollkommisjon rapporterer at barn og unge innlegges på voksenavdelinger med til dels svært syke pasienter.

Noen kommisjoner har opplyser om utfordringer med ressurs- og bemanningssituasjonen ved institusjoner. Ved en institusjon er det bare spesialist til stede enkelte uker. En annen institusjon sto i fare for nedleggelse på grunn av legemangel.

En kommisjon problematiserer dårlig bemanning og lite kompetanse ved institusjoner som TUD-pasienter bor i.

Flere kommisjoner rapporterer om utilfredsstillende bygningsmessige forhold ved institusjonene. Ved OUS meldes om gamle og nedslitte lokaler. Ved en nybygget institusjon påpekte kontrollkommisjonene flere forhold som førte til risiko for brudd på taushetsplikten, så som åpen resepsjonsløsning og mangelfull lydisolering og glassvinduer inn til samtalerom. Forholdene ble rettet opp i dialog med institusjonen. Flere kommisjoner melder at manglende lydisolering ved institusjonene er et problem.

Kommisjonene i Trøndelag og Møre og Romsdal rapporterer fortsatt om utfordringer ved bruk av Helseplattformen, herunder at det er vanskelig for kontrollkommisjonene å få oversikt over innlagte pasienter og tilgang til alle vedtak som skal kontrolleres. Bekymringer vedrørende manglende tilgang til Helseplattformen har blitt tatt opp med statsforvalteren. Ved enkelte andre institusjoner rapporteres det at innføringsfasen av Dips Arena har medført noen utfordringer, for eksempel ved at ikke alle vedtak er framlagt for kontrollkommisjonen. Ved enkelte institusjoner får kontrollkommisjonene fortsatt bare tilgang til vedtak og journaler i form av papirkopier.

Ellers rapporterer flere kommisjoner at de gjennomfører jevnlige samarbeids-/dialogmøter med ledelsen på institusjonen. Flere kommisjoner opplyser om at de yter en del juridisk veiledning og gir opplæring til faglig ansvarlige. En kontrollkommisjon har rådgitt institusjon om rammer og begrensninger for bruk av personlig verneutstyr (PVU).

Statsforvalternes behandling av klager på vedtak om behandling uten eget samtykke

Adgang til klage

Pasienter som er under tvungent vern, kan undersøkes og behandles uten eget samtykke. Dette kan kun gjøres hvis pasienten mangler samtykkekompetanse, med mindre det foreligger nærliggende fare for pasientens eget liv eller andres liv eller helse, jf. § 4-4.

Det kan ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, men det er unntak for nødvendig behandling med legemidler og strengt nødvendig tilførsel av ernæring ved alvorlig spiseforstyrrelse. Undersøkelse og behandling kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Vedtak om legemiddelbehandling uten eget samtykke kan (med noen unntak) ikke fattes før pasienten er observert og forsøkt hjulpet i minst fem døgn fra etableringen av vernet.

Klager på denne typen tvang skal rettes til statsforvalteren i den enkeltes fylke. Fra 1. juli 2017 har pasienter rett til inntil fem timer gratis advokatbistand ved slike klager.

Klageomfang

I 2024 behandlet statsforvalterne 1 972 klager på vedtak om behandling uten eget samtykke etter § 4-4. Det var 164 flere klager enn i 2023, en økning på 9 prosent (figur 12).

Disse 1 972 klagesakene i 2024 omhandlet 1973 vedtak, hvorav 1 761 (89 prosent) ble opprettholdt etter statsforvalterens vurdering ([tabell v8. vedlegg b](#)). Siden 2020 har andel vedtak som blir opprettholdt ligget mellom 87 til 91 prosent (figur 13).

Utviklingen i antall klager må sees i sammenheng med endringer i omfanget av vedtak om behandling uten eget samtykke. Tall fra NPR for perioden 2016–2022 viser at [antall pasienter med vedtak om behandling uten eget samtykke](#) gikk litt ned i 2017, men økte i årene 2018–2022. Vi har ikke tilgjengelige tall for årene 2023 og 2024.

Retten til gratis advokatbistand kan ha medvirket til en økning i antall klager etter 2017. En annen mulig medvirkende forklaring kan være skjerpede krav om tvangsbehandlingsvedtak, som også ble innført i 2017.

Figur 14 viser utviklingen i antall klager de siste tre årene, fordelt på fylke. Merk at det er et lavt antall klager i mange av fylkene. Små endringer kan derfor gi store utslag i prosent og kan reflektere tilfeldig variasjon.

Utfallet av klagebehandlingen i 2024 er vist i figur 15. For landet samlet ble 89 prosent av tvangsvedtakene stadfestet av statsforvalteren. Andelen varierte fra 76 prosent i Rogaland til 95 prosent i Troms og Finnmark. Vedtaket ble helt eller delvis endret i 5 prosent av sakene.

I seks prosent av sakene ble utfallet at vedtaket ble opphevet og at saken måtte behandles på nytt av faglig ansvarlig. Statsforvalteren har i disse tilfellene ikke vurdert om klagen skal etterkommes. Det kan først gjøres etter at faglig ansvarlig har behandlet saken på nytt.

De fleste (98 %) på behandling uten eget samtykke har vært på vedtak om tvangsmedisinering (tabell 9). I 2024 var det en økning i antall klager på både tvangsmedisinering og tvangsernæring sammenlignet med året før.

Tabell 9. Klager på tvangsbehandling etter type tiltak. Antall vedtak som er påklaget i perioden 2016–2024*.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tvangsmedisinering	1 102	1 059	1 169	1 268	1 383	1 562	1 627	1 775	1 928
Tvangsernæring	30	45	29	27	61	62	35	29	43
Annen tvang	1	4	4	8	4	0	0	4	2
Totalt	1 133	1 108	1 202	1 303	1 448	1 624	1 662	1 808	1 973

*Summen av antall vedtak kan avvike fra totalt antall klagesaker, da mer enn ett vedtak kan vurderes i samme sak.

Saksbehandlingstid

Ifølge psykisk helsevernforskriften skal statsforvalteren treffe avgjørelse i klagesaksbehandlingen uten ugrunnet opphold. Dette innebærer at sakene skal prioriteres hos statsforvalteren. I [Helsedirektoratets sakbehandlingsrundskriv til statsforvalterne](#) kap. 5, fremgår at klagesaksbehandlingen bør gjennomføres på 5–7 virkedager. Det åpnes for at klagesaksbehandlingen kan ta noe mer tid hvis pasienten har advokat.

På nasjonalt nivå har omtrent halvparten (47 prosent) av klagene til statsforvalteren en behandlingstid på inntil én uke (figur 16), en reduksjon på over 10 prosentpoeng siden 2021 (figur 17).

Saksbehandlingstiden nasjonalt må sees i sammenheng med variasjon i saksbehandlingstiden på regionalt nivå, også over tid (figur 18). Andel klager med saksbehandling innen normert tid (én uke) i 2024 varierte fra seks til 82 prosent.

Særlig lang saksbehandlingstid hos statsforvalteren for Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, som også behandlet over 36 prosent av alle klagene i 2024, har gitt store utslag på de nasjonale tallene. Med unntak av nevnte Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus, samt Nordland, hadde alle de øvrige regionene i 2024 en overvekt (>50%) av klager behandlet innen én uke.

Tid til ferdigbehandling av klagesaker med særlig lang saksbehandlingstid

Av saker i 2024 med behandlingstid angitt til fire uker eller mer, var majoriteten (99 prosent) av disse behandlet innen to måneder ([vedlegg B – tabell v9](#)). Dette var saker som lå hos hhv. statsforvalteren for Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus (166 saker), Vestland (tre saker) og Trøndelag (to saker).

Figur 18: Utvikling i saksbehandling hos statsforvalteren per region

Agder:

Innlandet:

Møre og Romsdal:

Nordland:

Rogaland:

Troms og Finnmark:

Trøndelag:

Vestfold og Telemark:

Vestland:

Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus

Domstolsprøving av kontrollkommisjonens vedtak

Innledning

Etter psykisk helsevernloven (phvl.) § 7-1 første punktum, kan kontrollkommisjonens vedtak i sak om tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern etter §§ 3 til 2, 3-3 og 3-7, bringes inn for tingretten av pasienten selv eller nærmeste pårørende etter de særlige reglene i tvisteloven (tvL) kapittel 36. Det samme gjelder kontrollkommisjonens vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. phvl. § 7-1 andre punktum.

I denne typen saker, som gjelder domstolsprøving av administrative tvangsvedtak, har domstolen en utvidet prøvingskompetanse og skal prøve alle sider av saken, jf. tvL § 36-5 (3). Søksmålet kan bare reises dersom pasienten (saksøker) har et pågående vedtak om tvang rettet mot seg, jf. tvL § 36-1 (2).

I 2024 var det 567 søksmål som ble brakt inn for tingretten etter phvl. § 7-1. I 2023 var det 512 søksmål, dvs. en økning på 55 søksmål (ca. 11 %). Helsedirektoratet har forberedt alle disse sakene på vegne av Staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet.

I 2024 hadde Helsedirektoratet prosessansvaret i 369 saker, mens Regjeringsadvokaten hadde de resterende 198 sakene. Denne fordelingen av prosessansvaret skjer iht. avtale mellom Helsedirektoratet og Regjeringsadvokaten.

Antall søksmål og utfall i tingretten

Av totalt 567 søksmål var det 561 som omhandlet prøving av vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, jf. phvl. § 3-3, jf. § 7-1 første punktum. Fire saker omhandlet prøving av vedtak om overføring til døgnopphold i institusjon, jf. phvl. § 4-10, jf. § 7-1 andre punktum. Tre av de ble hevet ved kjennelse før hovedforhandling, mens i én av sakene kom tingretten til at begjæringen om overføring tilbake til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke skulle tas til følge. To saker ble avvist fordi det var feil anlagte søksmål, jf. tvL § 36-1 (1), jf. phvl. § 7-1.

I fortsettelsen skal vi se på utfallet av de totalt 561 sakene som omhandlet prøving av vedtak om opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern, jf. § 3-3, jf. § 7-1 første punktum.

336 saker (60 %) ble hevet ved kjennelse. Av disse var det 155 av sakene hvor det tvungne vernet opphørte før/under hovedforhandling, og i 181 av sakene trakk saksøker søksmålet sitt.

Tingretten avsa dom i 225 (40 %) av sakene. Av disse var det 11 med domsslutning om at begjæringen om opphør av tvungent psykisk helsevern skulle tas til følge, og 214 med domsslutning om at begjæringen om opphør *ikke* skulle tas til følge. Det vil si at saksøker fikk medhold i sin begjæring om opphør i ca. 5 prosent av sakene hvor tingretten avsa dom.

Antall anker og utfall i lagmannsretten og Høyesterett

Lagmannsretten

Av totalt 225 dommer avsagt av tingretten, ble 122 (54 %) anket til lagmannsretten.

15 anker (12 %) ble nektet fremmet. Begrunnelsen var at lagmannsretten fant at det var klar sannsynlighetsovervekt for at anken ikke ville føre frem, jf. tvl. § 29-13.

På samme måte som før hovedforhandling i tingretten, bortfaller noen saker før ankeforhandling i lagmannsretten. Av 122 anker ble 43 (35 %) hevet ved kjennelse før ankeforhandling. 18 fordi det tvungne vernet opphørte, og 25 fordi pasienten (ankende part) trakk anken tilbake.

Lagmannsretten avsa dom i de resterende 64 av ankesakene, dvs. 52 prosent av det totale antallet anker. Av disse omgjorde lagmannsretten fem dommer fra tingretten, ved å gi ankende part medhold i sin begjæring om opphør av tvungent psykisk helsevern. I de resterende 59 dommene var lagmannsrettens domsslutning at begjæringen om opphør av tvungent psykisk helsevern ikke skulle tas til følge / anken forkastes (samme domsslutning som i tingretten). Det vil si at ankende part fikk medhold i ca. 8 prosent av ankene.

Høyesterett

Av totalt 64 dommer fra lagmannsretten, ble 23 (36 %) anket til Høyesterett. Samtlige ble anket fra pasienten, og ingen av ankene ble fremmet til Høyesterett i 2024. Begrunnelsen var at ankeutvalget mente det ikke var tilstrekkelig grunn til å få saken avgjort i Høyesterett, jf. tvl. § 30-4.

Tid fra stevning til dom

Staten forsøker å bidra til at retten berammer disse sakene raskt, og at de behandles så hurtig som hensynet til forsvarlig saksbehandling gjør mulig, jf. tvl. § 36-5 og EMK art. 5 nr. 4.

For de 226 søksmålene som endte med dom, har vi registrert hvor lang tid det tok fra saksøker tok ut stevning til dom, i hhv. tingretten og lagmannsretten.

Fra stevning til dom i tingretten, tok det i gjennomsnitt 81 dager (2 mnd. og 21 dager). Medianen er 80 dager (2 mnd. og 20 dager). I 2015 tok det til sammenligning i gjennomsnitt 82 dager (2 mnd. og 22 dager), og medianen var 79 dager (2 mnd. og 19 dager). Verdt å merke seg er at antallet dommer har økt fra 88 i 2015, til 226 i 2024 (økning på ca. 157 %)

Fra stevning til dom i lagmannsretten, tok det i gjennomsnitt 189 dager (6 mnd. og 9 dager). Medianen er 187 dager (6 mnd. og 6 dager). I 2015 tok det til sammenligning i gjennomsnitt 238 dager (7 mnd. og 28 dager), og medianen var 228 dager (7 mnd. og 18 dager).

Dommer med slutning om opphør av tvungent psykisk helsevern 2024

Begrunnelser i dommer om opphør

Av 225 gjennomførte søksmål om tvungent psykisk helsevern, endte 16 av sakene med dom om opphør av tvungent vern. Dette gjaldt elleve menn og fem kvinner.

Nedenfor følger en gjennomgang av rettens vurdering av vilkårene i § 3-3 i disse 16 sakene, med hovedvekt på de vilkårene retten fant at *ikke var oppfylt*.

Bakgrunnen for at dommene endte med opphør er varierende. I kun én sak var årsaken at grunnvilkåret ikke var oppfylt. I flertallet av sakene tar retten stilling til alle tilleggsvilkårene, men finner verken behandlingsvilkåret, farevilkåret eller kravet om manglende samtykkekompetanse til å være oppfylt. I de tilfellene forverringsalternativet ikke finnes oppfylt, skyldes det ofte usikkerhet knyttet til tidskravet, enten basert på historikken eller fordi pasienten uttaler at vedkommende vil fortsette med medisinene frivillig.

I syv av sakene fra 2024 ble farevilkåret vurdert, men ikke funnet oppfylt. Her er det enten fordi faren ikke vurderes som «alvorlig» nok, eller fordi den ikke vurderes å være «nærliggende», da det legges til grunn at pasienten vil fortsette behandlingen frivillig. Ingen av sakene i 2024 ble opphevet etter helhetsvurderingen. Fire av dommene er avsagt under dissens.

Kort oppsummering av dommene

1. Oslo tingrett (Sak 24-000235)

Oslo tingrett fant at saksøker hadde en «alvorlig sinnslidelse», selv om det var tvil knyttet til diagnosen paranoid psykose, og at saksøker åpenbart manglet samtykkekompetanse. Retten fant imidlertid ikke forverringsalternativet oppfylt:

«Retten anser at saksøker ved opphør av tvangen vil oppleve en «forverring», men det er slik retten ser det usikkert både om den vil være «vesentlig» og om forverringen med «stor sannsynlighet» vil skje i «meget nær fremtid».

Retten vurderte også farevilkåret, men kom til at heller ikke dette var oppfylt. Retten begrunnet det med at tidligere hendelser i liten grad var knyttet til sykdommen, og i større grad knyttet til saksøkers fortvilte livssituasjon på tidspunktet for de ulike handlingene. Det forelå derfor ikke en reell og påregnelig fare på nåværende tidspunkt.

1. Hordaland tingrett (Sak 24-031807) – dissens

Hordaland tingrett kom til at hovedkriteriet var oppfylt, men delte seg ved vurderingen av de øvrige vilkårene.

Flertallet, bestående av rettens leder og fagkyndig meddommer, fant verken forbedring- eller forverringsalternativet oppfylt. På domstidspunktet hadde saksøker vært uten medisiner i tre måneder, uten en vesentlig endring i tilstanden verken i positiv eller negativ retning. Flertallet opplevde saksøker som

adekvat og med plausible refleksjoner rundt egen situasjon og fungering under hovedforhandlingen. På nåværende tidspunkt var det ikke observert funksjonsfall hos saksøker, til tross for tiden som var gått siden siste medisinerings.

Mindretallet mente forbedringsalternativet var oppfylt, at saksøker manglet samtykkekompetanse og at fortsatt tvang var den klart beste løsningen.

1. Trøndelag tingrett (Sak 24-083528)

Trøndelag tingrett fant grunnvilkåret klart oppfylt. Staten hadde anført forverringsalternativet, men retten fant det ikke bevist at det forelå «stor sannsynlighet» for at en vesentlig forverring ville inntre ved opphør. Pasienten viste innsikt i egen sykdom og erkjente at fortsatt medisinerings var viktig for å hindre tilbakefall av psykoselidelsen. Retten kom også til at saksøker hadde samtykkekompetanse. Farevilkåret var ikke påberopt.

1. Oslo tingrett (Sak 24-085163)

Oslo tingrett fant grunnvilkåret oppfylt. Under vurdering av forverringsalternativet kom retten til at det var stor sannsynlighet for at saksøker ville avslutte den antipsykotiske behandlingen i nær fremtid, og at det ikke var tvil om at dette ville føre til en vesentlig forverring.

Retten mente imidlertid at det *ikke* var stor sannsynlighet for slik forverring ville skje innenfor tidskravet på fire måneder. Dette baserte seg på saksøkers historikk hvor det tidligere hadde gått mellom 6–8 måneder fra seponering til nytt psykosegjennombrudd. Statens argumenter om at medisinbehandlingen hadde vart kortere i denne omgang, at konsentrasjonen av antipsykotika ved siste måling lå i nedre del av normalområdet, og at det vil gå kortere tid mellom hver forverring etter seponering, var ikke tilstrekkelig.

1. Follo og Nordre Østfold tingrett (Sak 24-094614)

Tingretten fant grunnvilkåret oppfylt, men at saksøker hadde samtykkekompetanse og at verken behandlingsvilkåret eller farevilkåret var oppfylt.

Retten mente de tidligere voldshandlingene var «alvorlige», men at de ikke skyldtes en psykotisk fungering, men heller rusinntak og uenigheter mellom pasienten og pårørende. Fare ble derfor ikke vurdert å være «nærliggende».

Videre fant retten at det ikke var «stor sannsynlighet» for en forverring da saksøker ønsket å fortsette oppholdet i psykisk helsevern institusjon med samtaler, rusbehandling og nedtrapping av medisiner over 6–12 måneder. Saksøker erkjente eget behov for medisiner ved oppblomstring av symptomer. Retten vurderte at saksøker viste en forståelse for eget sykdomsbilde, behovet for medisiner og konsekvensene av sine valg, og konkluderte med at saksøker hadde samtykkekompetanse.

1. Follo og Nordre Østfold tingrett (Sak 24-101198)

Saksøker hadde diagnosen paranoid schizofreni og tingretten var ikke i tvil om at grunnvilkåret var oppfylt. Retten var heller ikke i tvil om at saksøker ville stanse medisinerings umiddelbart ved et opphør og som følge av dette få en "vesentlig forverring". Det var imidlertid tvil om hvor raskt en slik forverring ville vise seg, og retten konkluderte med at det ikke var sannsynliggjort at forverringen ville inntre innenfor tidskravet, basert på saksøkers tidligere historikk.

Retten fant heller ikke farevilkåret oppfylt. De vurderte at det var "nærliggende" fare for at saksøker ikke ville ivareta sin egen helse, men at de tidligere handlingene ikke var så alvorlige at de kunne kategoriseres som "alvorlig fare". Når det gjaldt spørsmål om fare for psykisk skade på andre, kom retten til at dette heller ikke var oppfylt.

1. Søndre Østfold tingrett (Sak 24-153232)

Tingretten fant grunnvilkåret oppfylt da saksøker hadde diagnosen paranoid schizofreni og fremsto paranoid i retten. Staten hadde kun anført forbedringsalternativet. Retten fant det ikke oppfylt begrunnet i at saksøker har fastlåste vrangforestillinger som har vedvart gjennom hele sykehistorikken. Faglig ansvarlig uttalte at det ikke kan sannsynliggjøres at disse vrangforestillingene er tilgjengelige for systematisk psykiatrisk behandling. Forventet bedring besto av bedret psykososial fungering og bedring i saksøkers reelle livskvalitet. Retten mente dette kunne anses som en viss bedring, men ikke en vesentlig bedring.

1. Romerike og Glåmdal tingrett (Sak 24-152117) – dissens

Retten fant at grunnvilkår og behandlingsvilkår var oppfylt, og at saksøker manglet samtykkekompetanse. Saken omhandlet i hovedsak hvorvidt vilkåret i § 3-3 nr. 5 var oppfylt, nemlig kravet om at «Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg». Saksøker ble behandlet under rammene av tvang uten døgnopphold, med bosted i en kommunal bolig som av psykisk helsevern ble beskrevet som «uholdbar». I vurderingen av vilkåret i nr. 5 var det dissens, hvor flertallet fant at vilkåret ikke var oppfylt.

Flertallet begrunnet dette i at institusjonens ansvar for «tilfredsstillende behandling og omsorg», ikke bare omfattet medisineringen, men alle miljøtiltak og andre tilbud fra helsevesenet som har til hensikt å behandle sinnslidelsen.

Staten anket dommen på bakgrunn av feil rettsanvendelse, men anken ble trukket etter at saksøker kort tid senere ble innlagt med et nytt vedtak om tvungent psykisk helsevern.

1. Agder tingrett (Sak nr. 24-170970)

Agder tingrett fant at saksøker åpenbart manglet samtykkekompetanse og hadde en alvorlig sinnslidelse. Retten vurderte at behandlingen hadde hatt en stabiliserende effekt og at det ikke var tvilsomt at saksøker kom til å avslutte behandlingen og bli mer preget av sykdommen ved et opphør.

Imidlertid var det en for stor usikkerhet knyttet til tidsperspektivet for en slik forverring. Saksøkers historikk viste at det tidligere hadde gått 6–10 måneder fra avsluttet medisinbehandling til reinnleggelse. Statens argumentasjon om at saksøker isolerte seg slik at forverringen ikke fanges opp av helsevesenet, ble vurdert som plausibel, men ikke tilstrekkelig etter vilkårets beviskrav og ut fra at bevisbyrden ligger hos staten.

1. Agder tingrett (Sak 24-174213)

Agder tingrett kom til at grunnvilkåret ikke var oppfylt. Det ble anført av staten at saksøker hadde diagnosen paranoid psykose, med kun én konkret vrangforestilling om at vedkommende ikke var alvorlig somatisk syk. Saksøker på sin side mente at det manglende ønske om medisinsk behandling skyldtes religiøs overbevisning. Saksøker ble beskrevet som forbedret gjennom oppholdet. Retten fant det ikke tilstrekkelig sannsynliggjort at denne bedringen kom av behandling med antipsykotiske legemidler. Retten konkluderte på bakgrunn av dette med at en psykoselidelse ikke var dokumentert i saken.

1. Oslo tingrett (Sak 24-185043)

Oslo tingrett kom til at saksøker hadde en alvorlig sinnslidelse, men at saksøker var samtykkekompetent og ikke oppfylte farevilkåret.

Saksøker hadde tidligere forsøkt å knivstikke en person. Ut over dette hadde ikke saksøker tidligere voldshistorikk. Retten vurderte at knivangrepet uten tvil var motivert av psykoselidelsen, og at det var en klar risiko for nye voldshendelser ved nytt psykosegjennombrudd. Retten la vekt på at saksøker hadde hatt god effekt av medisinbehandlingen og at saksøker hadde vært symptomfri de siste seks månedene. Retten fant derfor at det ikke var en «nærliggende fare» for ny vold så lenge saksøker fikk behandling. Retten fant det sannsynliggjort at saksøker ville følge opp behandlingen uten rammene av tvungent vern.

Retten la også vekt på at en overføring til frivillig vern ikke medfører at alle rammer forsvinner, spesialisthelsetjenesten vil fortsatt ha behandlingsansvar for saksøker og lage en plan for videre oppfølging. Det ble også vektlagt at saksøker har vært stabil over lengre tid og at saksøker viser god innsikt i hvilke stressmomenter som kan påvirke sykdommen og eget symptombylde.

1. Borgarting lagmannsrett (Sak 24-102141)

Borgarting lagmannsrett kom til at grunnvilkåret var oppfylt og at ankende part åpenbart manglet samtykkekompetanse. Tingretten hadde funnet farevilkåret oppfylt på bakgrunn av at pasienten uten tvang ikke ville følge opp sin somatiske sykdom, noe som ville utgjøre en fare for pasientens eget liv eller helse over tid.

Lagmannsretten mente det ikke var en «nærliggende fare» for eget liv eller helse. De vurderte at det var troverdig at ankende part ville følge opp behandling for den somatiske sykdommen frivillig. De la også vekt på at pasienten ville bli fanget opp dersom vedkommende skulle bli så dårlig at det igjen var grunnlag for tvungent vern, og at vedkommende tidligere, til en viss grad hadde klart å følge opp somatisk behandling, også i perioder uten antipsykotisk medisinering.

1. Borgarting lagmannsrett (24-10346) – dissens

Borgarting lagmannsrett kom under dissens (3–2) til at farevilkåret ikke var oppfylt.

Retten var enig i at de dokumenterte hendelsene med vold og trusler nådde opp til terskelen for «alvorlig fare». Dissensen knyttet seg til spørsmålet om fare ville være «nærliggende» ved et opphør av vernet. Flertallet la vekt på tidsmomentet og viste til pasientens forklaring om at ville fortsette å ta antipsykotika hos sin fastlege. Historikken viste at det fra avsluttet medisinering til forverring og påfølgende fare, kunne ha gått opptil ti måneder. Flertallet uttalte at det er uklart hvor lang tid det vil ta før pasienten nå avslutter medisinbehandlingen, og konkluderte under tvil med at det ikke var sannsynliggjort at tvungent vern var nødvendig for å hindre en nærliggende fare.

Mindretallet mente farevilkåret var oppfylt.

1. Gulating lagmannsrett (sak 24-185285)

Gulating lagmannsrett kom til at ankende part hadde en alvorlig sinnslidelse. Det avgjørende spørsmålet for tilleggsvilkårene, var hva som ville skje dersom tvangen opphørte.

Lagmannsretten la vekt på ankende parts forklaring hvor vedkommende ønsket å fortsette med medisiner, og fant da at frivillighet var mulig. I tillegg ble det vektlagt at ankende part til tross for daglig rusbruk, hadde fulgt opp avtaler og at atferden for øvrig underbygget at vedkommende kom til å søke hjelp ved behov. Skulle ankende part likevel slutte med medisiner og bli dårligere, vil dette raskt kunne fanges opp.

1. Frostating lagmannsrett (Sak 25-005771)

Frostatting lagmannsrett var ikke i tvil om at grunnvilkåret var oppfylt, men retten fant verken det anførte forverringsalternativet eller farevilkåret oppfylt. I tråd med ankende parts forklaring, la retten til grunn at vedkommende ville avslutte medisinbehandlingen ved et opphør. Basert på ankende parts historikk, mente lagmannsretten at det ikke var stor sannsynlighet for at forverring vil inntreffe innenfor tidskravet.

I vurderingen av farevilkåret gjennomgikk retten flere risikovurderinger som var gjort av ankende part de siste årene, blant annet HCR-20-vurderinger. Disse vurderingene konkluderte med at risikoen for vold var høy dersom vedkommende ble utskrevet umedisinert. Lagmannsretten stilte seg imidlertid kritisk til grunnlaget for disse vurderingene.

Videre vektla retten at ankende part ikke hadde vært involvert i nye alvorlige voldshendelser etter 2022, at ankende part i avdeling konsekvent var beskrevet som rolig, og at det ikke var rapportert nye voldshendelser i periodene hvor vedkommende var umedisinert eller hadde høyt alkoholforbruk.

Når det gjaldt risiko for psykisk skade hos andre, vurderte retten at ankende part, til tross for at vedkommende ved forverring kunne oppleves som skremmende og utgjøre en påkjenning for både nærstående og andre, ikke hadde en atferd fra de siste årene som var tilstrekkelig til at det forelå en konkret og påregnelig fare for alvorlig psykisk skade hos andre.

Staten anket dommen til Høyesterett, og ba om opprettholdelse av vernet frem til rettskraftig dom i saken, men anken ble ikke tillatt fremmet for Høyesterett.

1. Borgarting lagmannsrett (Sak 25-14514) – dissens

Borgarting lagmannsrett kom under dissens (4–1) til at forverringsalternativet ikke var oppfylt.

Lagmannsretten som helhet mente pasienten utvilsomt ville slutte å ta antipsykotisk medisin dersom tvangen ble opphevet. Flertallet kom likevel til at det etter en prognosevurdering, var for usikkert hva som ville skje med ankende part ved avsluttet medisinering. Flertallet la vekt på at det ikke fantes tidligere erfaringer med hvordan ankende part ville reagere på å slutte med antipsykotika. De viste til at ankende part ikke hadde hatt pauser i medisineringen siden den ble startet i 2021.

Faglig ansvarlig bekreftet at vurderingen av forverring var mer usikker for ankende part enn for andre pasienter fordi dette var første behandling. Videre la de vekt på at ankende part nå hadde stabile rammer i livet, med bolig, verge og gjenopprettet kontakt med familie. Dette tilsa at en forverring ville ta lengre tid, og lettere bli fanget opp av omgivelsene.

Mindretallet la avgjørende vekt på vurderingene til faglig ansvarlig og erfaringer fra tilsvarende pasientgrupper, og fant slik forverringsalternativet oppfylt.

Vedlegg A: Om datagrunnlaget

De viktigste formålene med rapporten er å vise utvikling i antall kontroller som kommisjonene utfører, endringer i behandling av klager og utfallet av disse. Det er ikke hensiktsmessig å publisere tallene for den enkelte kommisjon, da det ofte vil være en arbeidsdeling mellom kommisjonene innen samme område. Eksempelvis kan en kommisjon ha oppsyn med DPS-ene og en annen kommisjon ha oppsyn med sykehusene. Ettersom tvangen særlig utøves ved sykehusene, vil vi på denne måten få et skjevt bilde.

Etter vår gjennomgang antas opplysninger om kontroller av etablering av tvungent vern og klagene på disse vedtakene å være rimelig komplette. Kompletthet på innrapportering av klager og bruk av ulike typer tvangsmidler under behandling er krevende å vurdere, da det er små tall fra hver enhet, og det kan være tilfeldige og reelle variasjoner mellom enheter og over tid. Størst usikkerhet knytter det seg til tallene for klager på vedtak om restriktive tiltak etter psykisk helsevernloven kapittel 4, som vedtak om skjerming og vedtak om bruk av tvangsmidler.

Siden 2008 har det vært elektronisk innrapportering av dataene fra kontrollkommisjonene til Helsedirektoratet. Data fra kommisjonene har i varierende grad vært komplette gjennom årene, og dette gjelder spesielt antall dokumentkontroller. Fra 2016 rapporterte kommisjonene på et nytt og mer brukervennlig rapporteringssystem. Dette har forhåpentligvis bidratt til økt kompletthet og kvalitet på dataene. Likevel har det også etter 2016 vært delvis mangelfull rapportering fra enkelte kommisjoner. Dette er håndtert ved å bruke tall fra forrige år eller fra alternativ kilde (NPR) for å kunne presentere nasjonale og regionale utviklingstall (se under).

I tidligere rapporter har vi lettere kunnet avdekke feil i innrapportering av dokumentkontroller ved etablering av tvungen observasjon ved å sammenholde tallene med innrapporterte aktivitetstall fra helseforetakene til NPR. I årets og fjorårets rapport har vi ikke hatt anledning til dette, da NPR-tall for bruk av tvang i psykisk helsevern i 2023 og 2024 ikke er tilgjengelige. Årsaken er en omlegging av dette registerområdet ved Folkehelseinstituttet, som har medført behov for ytterligere bearbeiding og kvalitetssikring av datagrunnlaget før det kan benyttes til statistiske formål.

Merk at en pasient kan gjennom en sammenhengende periode under tvang både ha vedtak om tvungen observasjon og etter observasjonsperioden få vedtak om tvungent psykisk helsevern. I tillegg kan en sammenhengende periode under tvang starte med innleggelse, men senere omgjøres til tvang uten døgn. Tallene fra kontrollkommisjonene gir ikke informasjon om slike overganger eller hvor mange personer som har vært under tvang.

Korrigeringer:

Rapporten ser på utvikling i perioden 2016–2024. For årene 2016–2018 mangler data om dokumentkontroll ved etablering av tvungent vern/tvungen observasjon fra kommisjonene ved Lovisenberg. Vi benytter her i stedet tall fra NPR. Dette gjelder også tall for kontrollkommisjonen Østfold 1 på grunn av mangler i rapporteringen. I 2019 og 2020 rapporterte alle på dokument-kontrollen.

Kontrollkommisjonen for Sykehuset Namsos har ikke rapportert for 2021 og 2022. For denne kommisjonen benytter vi tallene fra 2020 som estimat for aktiviteten i disse årene. Kontrollkommisjonen for Sentral fagenhet for tvungen omsorg ved St. Olavs hospital rapporterte for første gang i 2021 og er inkludert i tallgrunnlaget fra og med dette året. Kommisjonen rapporterer besøk ved institusjonen og behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven kapittel 4.

Kontrollkommisjonen Sørlandet Sykehus Arendal II har ikke hatt tilstrekkelig tilgang på dokumentasjon av arbeidet i 2022. For denne kommisjonen er tall fra 2021 brukt som estimat for antall dokumentkontroller av vedtak om tvungen observasjon og vedtak om tvungent psykisk helsevern i 2022.

I figur 3, som viser antall tremånederskontroller fordelt etter om pasienten er under tvungen døgntbehandling eller tvungent vern uten døgnoophold, avviker fordelingen i 2020 og 2021 noe fra tallene i årsrapporten for 2021. Dette skyldes feil i rapporteringen som ble avdekket og korrigert i forbindelse med gjennomgangen av datagrunnlaget for 2022.

Vedlegg B: Tabeller

Tabell v 1. Kontroll av vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern innrapportert av kontrollkommisjonene i perioden 2020-2024, fordelt på region

	År	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet
Vedtak om tvungent psykisk helsevern	2020	2,579	874	392	306	4,151
	2021	2,600	1,002	438	332	4,372
	2022	2,802	1,048	409	339	4,598
	2023	2,948	1,027	456	367	4,798
	2024	3,078	1,064	401	348	4,891
Vedtak om tvungen observasjon	2020	2,328	1,030	386	322	4,066
	2021	2,232	935	451	333	3,951
	2022	2,375	956	499	383	4,213
	2023	2,296	866	533	426	4,121
	2024	2,517	887	508	404	4,316

Tabell v 2. Antall dokumentkontroller i 2023 og 2024 og unntak fra konverteringsforbudet. Nasjonalt og fordelt på region og geografisk område som kommisjonene dekker.

	Tvungen observasjon		Tvungent psykisk helsevern		Unntak fra konverteringsforbudet	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Nasjonalt						
Landet	4,121	4,316	4,798	4,891	177	159
Per helseregion						
Helse Sør-øst	2,296	2,517	2,948	3,078	100	93
Helse Vest	866	887	1,027	1,064	47	38
Helse Midt-Norge	533	508	456	401	17	19
Helse Nord	426	404	367	348	13	9
Per geografisk område						
Akershus	357	409	698	847	2	5
Bergensregionen	422	378	488	501	43	22
Fonna-regionen	117	134	120	113	1	4
Innlandet	255	225	203	229	17	16
More og Romsdal	200	224	124	118	1	4
Nord-Trøndelag	57	45	74	69	0	0
Nordlandsområdet og Helgeland	173	163	185	182	9	6
Oslo	286	340	646	624	17	19

Ostfold	272	454	282	313	4	4
Sogn og Fjordane	35	34	59	51	3	3
Sorlandet	377	352	202	207	10	5
St Olavs-området	276	239	258	214	16	15
Stavanger-regionen	292	341	360	399	0	9
Telemark	167	182	108	162	9	10
UNN-området og Finnmark	253	241	182	166	4	3
Vestfold	176	161	294	301	14	8
Vestre Viken	406	394	515	395	27	26

Tabell v 3. Antall dokumentkontroller i 2024 og utfall i prosent, fordelt på region og geografisk område som kommisjonene dekker.

Dokumentkontroller TO				Dokumentkontroller PHV			
Antall kontroller	Utfall i prosent			Antall kontroller	Utfall i prosent		
	Andel opprettholdes	Andel opphører	Andel annet		Andel opprettholdes	Andel opphører	
4,316	100	0	0	4,891	100	0	C
2,517	100	0	0	3,078	100	0	C
887	100	0	0	1,064	100	0	C
508	100	0	0	401	100	0	C
404	100	0	0	348	100	0	C
Per geografisk område							
454	100	0	0	313	100	0	C
409	100	0	0	847	99	1	C
340	100	0	0	624	100	0	C
225	100	0	0	229	98	2	C
394	100	0	0	395	100	0	C
161	100	0	0	301	100	0	C
182	100	0	0	162	100	0	C
352	100	0	0	207	100	0	C
341	100	0	0	399	100	0	C
134	100	0	0	113	100	0	C
378	100	0	0	501	100	0	C
34	100	0	0	51	100	0	C
224	100	0	0	118	100	0	C
239	100	0	0	214	99	1	C

45	100	0	0	69	100	0	C
163	100	0	0	182	99	1	C
241	100	0	0	166	100	0	C

Tabell v 4. Etterprøving av tvungent psykisk helsevern etter tre måneder i 2024. Antall, utfall og andel pasienter på tvungent vern uten døgnopphold, fordelt på region og geografisk område som kommisjonene dekker.

Etterprøving av tvungent psykisk helsevern etter tre måneder					
Region	Antall etterprøvinger	Herav andel TUD (%)	Utfall i prosent (%)		
			Andel opprettholdes	Andel opphører	Andel annet
Nasjonalt					
Landet	1,092	57	95	3	2
Per helseregion					
Helse Sør-øst	629	59	97	2	1
Helse Vest	285	52	88	8	4
Helse Midt-Norge	79	61	100	0	0
Helse Nord	99	61	97	3	0
Per geografisk område					
Ostfold	68	37	100	0	0
Akershus	125	81	91	4	5
Oslo	129	53	98	1	1
Innlandet	42	40	98	2	0
Vestre Viken	117	64	100	0	0
Vestfold	44	82	95	2	2
Telemark	42	57	95	5	0
Sorlandet	62	37	98	2	0
Stavanger-regionen	74	45	99	1	0
Fonna-regionen	40	62	95	5	0
Bergensregionen	159	54	80	13	8
Sogn og Fjordane	12	42	100	0	0
More og Romsdal	23	78	100	0	0
St Olavs-området	43	49	100	0	0
Nord-Trøndelag	13	69	100	0	0
Nordlandsområdet og Helgeland	48	73	100	0	0
UNN-området og Finnmark	51	49	94	6	0

Tabell v 5. Behandling av søknader om forlengelse av tvungent psykisk helsevern utover ett år i 2024. Antall, utfall og andel pasienter på tvungent vern uten døgnopphold, fordelt på region og geografisk område som kommisjonene dekker.

	Behandling av søknader om forlengelse av tvungent psykisk helsevern utover ett år				
	Antall etterprøvinger	Herav andel TUD (%)	Utfall i prosent (%)		
			Andel opprettholdes	Andel opphører	Andel annet
Nasjonalt					
Landet	2,529	85	97	2	1
Per helseregion					
Helse Sør-øst	1,514	87	97	2	1
Helse Vest	553	79	98	2	1
Helse Midt-Norge	257	80	98	2	0
Helse Nord	205	93	96	3	0
Per geografisk område					
Ostfold	82	82	90	10	0
Akershus	274	92	98	1	1
Oslo	387	83	98	1	1
Innlandet	96	79	100	0	0
Vestre Viken	312	93	98	1	2
Vestfold	137	79	97	3	0
Telemark	94	94	96	4	0
Sorlandet	132	89	92	5	3
Stavanger-regionen	181	76	99	1	0
Fonna-regionen	64	69	98	2	0
Bergensregionen	272	81	97	2	1
Sogn og Fjordane	36	94	97	3	0
More og Romsdal	77	96	100	0	0
St Olavs-området	148	70	100	0	0
Nord-Trøndelag	32	84	88	12	0
Nordlandsområdet og Helgeland	86	97	99	1	0
UNN-området og Finnmark	119	91	94	5	1

Tabell v 6. Antall klager, andel medhold og indikator på klageomfang i 2022-2024, fordelt etter kommisjonenes geografiske tilhørighet.

--	--	--	--	--

Område	Antall klager TPH totalt			Antall behandlet			Antall medhold			Andel klager av alle vedtak om TPH		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Ostfold	89	105	171	88	95	107	10	13	6	31	34	34
Akershus	542	475	468	194	277	244	9	11	9	27	40	29
Oslo	527	492	507	294	312	326	7	5	8	46	48	52
Innlandet	77	94	109	60	81	82	0	5	6	37	40	36
Vestre Viken	192	257	255	143	158	144	7	8	4	34	31	36
Vestfold	228	222	268	148	143	139	5	7	7	62	49	46
Telemark	67	73	82	40	35	51	15	9	2	30	32	31
Sorlandet	158	146	147	106	100	91	9	5	4	59	50	44
Stavanger-regionen	221	236	351	150	170	227	7	11	3	41	47	57
Fonna-regionen	59	67	69	42	25	37	14	8	0	49	21	33
Bergensregionen	390	436	440	239	251	268	5	4	4	47	51	53
Sogn og Fjordane	37	30	43	19	14	31	5	0	10	22	24	61
More og Romsdal	44	53	47	43	47	43	5	4	2	41	38	36
St Olavs-området	193	198	201	122	130	134	5	5	5	51	50	63
Nord-Trøndelag	53	59	83	29	32	46	14	9	4	45	43	67
Nordlandsområdet og Helgeland	112	123	113	55	55	62	9	9	10	35	30	34
UNN-området og Finnmark	76	100	120	59	71	97	5	10	5	32	39	58
Landet	3,065	3,166	3,474	1,831	1,996	2,129	7	7	6	40	42	44

Tabell v 7. Behandling av klager på vedtak om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern i 2024, jf. § 3–3 og § 3–7. Antall, hvem som klager og utfall av klager, fordelt på region og geografisk område som kommisjonene dekker.

	Antall klager	Hvem klager?		Utfall				
	Totalt	Pasient	Pårørende	Ikke tatt til følge	Tatt til følge	Avvist	Annet	Klager er trukket
<i>Nasjonalt</i>								
Landet	3,474	3,426	42	1,734	121	120	170	1,345
<i>Per helseregion</i>								
Helse Sør-øst	2,007	1,984	20	943	81	85	96	823
Helse Vest	903	887	16	469	19	32	63	340
Helse Midt-Norge	331	327	1	177	10	0	10	108
Helse Nord	233	228	5	145	11	3	1	74
<i>Per geografisk område</i>								
Ostfold	171	170	1	97	6	0	0	64
Akershus	468	467	1	165	22	19	47	224

Oslo	507	502	5	276	27	23	14	181
Innlandet	109	108	1	76	5	1	2	27
Vestre Viken	255	245	7	129	6	4	5	111
Vestfold	268	265	3	81	10	29	19	129
Telemark	82	82	0	47	1	3	0	31
Sorlandet	147	145	2	72	4	6	9	56
Stavanger-regionen	351	341	10	237	6	1	4	124
Fonna-regionen	69	69	0	32	0	5	0	32
Bergensregionen	440	437	3	178	10	23	55	172
Sogn og Fjordane	43	40	3	22	3	3	4	12
More og Romsdal	47	47	0	15	1	0	0	4
St Olavs-området	201	200	1	124	7	0	4	67
Nord-Trøndelag	83	80	0	38	2	0	6	37
Nordlandsområdet og Helgeland	113	113	0	54	6	2	1	51
UNN-området og Finnmark	120	115	5	91	5	1	0	23

Tabell v 8. Klager til statsforvalteren på vedtak om behandling uten eget samtykke, fordelt på fylke. Antall saker og vurderte bestemmelser (vedtak) i 2023 og 2024, endring i antall saker fra 2023 og utfall av behandlingen som andel av alle vurderte bestemmelser.

Fylke	Antall saker		Endring i antall saker fra 2023 til 2024		Antall vedtak		Utfall saker behandlet i 2024		
	2023	2024	Antall	%	2023	2024	Stadfestet	Opphevet: tilbakes. ny beh.	Endret helt eller delvis
Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus	702	714	12	2	704	715	652	15	48
Innlandet	58	76	18	31	58	76	65	10	1
Vestfold og Telemark	137	156	19	14	137	156	145	9	2
Agder	84	116	32	38	84	116	102	11	3
Rogaland	164	190	26	16	164	190	144	31	15
Vestland	281	338	57	20	281	338	312	11	15
Møre og Romsdal	60	47	-13	-22	60	47	40	7	0
Trøndelag	187	174	-13	-7	187	174	153	9	12
Nordland	35	59	24	69	35	59	51	6	2
Troms og Finnmark	100	102	2	2	100	102	97	4	1
Landet	1808	1972	164	9	1810	1973	1761	113	99

Tabell v 9. Antall saker hos statsforvalter i 2024 med behandlingstid angitt til fire uker eller som er behandlet innen to måneder.

--	--	--

Statsforvalter	Antall klager med behandlingstid angitt til fire uker eller mer	Antall behandlet innen to måneder
Østfold, Buskerud, Oslo og Akershus	166	165
Vestland	3	2
Trøndelag	2	2

