

# Bruk av tvang i psykisk helsevern

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA  
HELSETILSYNET 4/2006

FEBRUAR  
2006

Rapport fra Helsetilsynet 4/2006  
Bruk av tvang i psykisk helsevern

Februar 2006

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes elektronisk på Helsetilsynets nettsted  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

Design: Gazette  
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway  
Telefon: 21 52 99 00  
Faks: 21 52 99 99  
E-post: [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no)

# Innhold

## Del I Helsetilsynets vurdering

<b>1 Sammendrag .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Bakgrunn og innledning .....</b>	<b>12</b>
2.1 Reguleringen av tvang .....	12
2.1.1 Tvungent psykisk helsevern .....	13
2.1.2 Tvangsbehandling .....	13
2.1.3 Bruk av tvangsmidler .....	13
2.1.4 Skjerming og andre rettighetsinnskrenkninger .....	13
2.1.5 Klageordninger .....	13
2.2 Mangelfull kunnskap om bruk av tvang i psykisk helsevern .....	13
<b>3 Materiale og metode i denne rapporten .....</b>	<b>15</b>
<b>4 Helsetilsynets vurdering av resultatene .....</b>	<b>16</b>
4.1 Pasientene under tvungent psykisk helsevern .....	16
4.1.1 Hvem er pasientene under tvungent psykisk helsevern .....	16
4.1.2 Boligsituasjonen til pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern .....	17
4.1.3 Drøfting og vurdering .....	18
4.2 Behandlingstilbudet til pasienter under tvungent psykisk helsevern .....	19
4.2.1 Ønsket og faktisk behandling .....	19
4.2.2 Tvangsbehandling med legemidler .....	20
4.2.3 Bruk av tvangsmidler .....	20
4.2.4 Drøfting og vurdering .....	20
4.3 Geografisk variasjon i tvangsbruk .....	21
4.3.1 Geografisk variasjon i tvungent psykisk helsevern .....	21
4.3.2 Geografisk variasjon i tvangsbehandling med legemidler utenfor døgninstitusjon .....	21
4.3.3 Geografisk variasjon i tvangsbehandling med legemidler i døgninstitusjon ..	21
4.3.4 Geografisk variasjon i de ulike tvangsformene sett i sammenheng .....	21
4.3.5 Drøfting og vurdering .....	22
<b>5 Vurdering og konklusjon – oppfølging og anbefalinger .....</b>	<b>23</b>
5.1 Geografiske forskjeller i tvangsbruk .....	23
5.2 Avvik mellom faktisk og ønsket behandling for pasienter underlagt tvang .....	23
5.3 Kommunale helse- og sosiale tjenester for pasienter under tvunget psykisk helsevern .....	24
5.4 Rettssikkerhetsgarantier for pasienter som det anvendes tvang overfor .....	24
5.5 Bedre data om tvang i psykisk helsevern .....	24
<b>Referanser .....</b>	<b>25</b>

<b>Del II Analyse av tvang i psykisk helsevern</b>	
Rapport utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag av Helsetilsynet.....	27
<b>Tabelloversikt.....</b>	<b>30</b>
<b>Figuroversikt.....</b>	<b>33</b>
<b>1 Hovedfunn .....</b>	<b>35</b>
<b>2 Bakgrunn og innledning .....</b>	<b>39</b>
2.1 Rapportens oppbygging.....	39
<b>3 Datagrunnlag og metode .....</b>	<b>40</b>
3.1 Landsomfattende tverrsnittsregistrering november 2003 for døgnpasienter .....	40
3.1.1 Formål og metode .....	40
3.2 Landsomfattende tverrsnittsregistrering september 2004 for poliklinikkpasienter ..	41
3.2.1 Formål og metode .....	41
<b>4 Tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold.....</b>	<b>42</b>
4.1 For hvilke pasienter benyttes tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold? .....	43
4.2 Sammenligning av pasienter under tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold, med pasienter under tvingent psykisk helsevern med døgnopphold.....	44
4.2.1 Tabeller .....	45
4.3 Er det geografisk variasjon i bruk av tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold?.....	49
4.3.1 Figurer.....	50
4.4 Hva slags behandling får pasienter underlagt tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold? .....	52
4.4.1 Tabell.....	53
4.5 Hva slags bosituasjon har pasientene underlagt tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold?.....	53
4.5.1 Tabeller .....	54
4.6 Omfang/mengde av behandling til pasientene under tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	55
4.6.1 Tabell.....	56
<b>5 Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon .....</b>	<b>57</b>
5.1 Hvilke pasienter behandles med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon? .....	57
5.1.1 Tabeller .....	58
5.2 Er omfanget av tvangsmedisinering jevnt fordelt mellom de ulike poliklinikkene/ helseforetakene?.....	61
5.2.1 Figurer.....	62
<b>6 Tvingent psykisk helsevern med døgnopphold.....</b>	<b>64</b>
6.1 Hvilke pasienter legges inn til tvingent psykisk helsevern med døgnopphold? .....	64
6.1.1 Tabeller .....	65
6.2 Faktisk og ideelt behandlingstilbud for pasienter under tvingent psykisk helsevern med døgnopphold .....	69
6.2.1 Tabeller .....	69
6.3 Faktisk og ideelt botilbud til pasienter innlagt under tvingent psykisk helsevern med døgnopphold .....	71
6.3.1 Tabeller .....	72
6.4 Er lange opphold under tvingent psykisk helsevern med døgnopphold geografisk jevnt fordelt? .....	73
6.4.1 Figurer.....	74
6.5 Er det geografiske variasjoner i bruk av tvingent psykisk helsevern med døgnopphold?.....	76

6.5.1	Forskjell i befolkningsrate i antall innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold – og i andel tvangsinnlagte av alle innlagte .....	76
6.5.2	Figurer .....	77
<b>7</b>	<b>Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon .....</b>	<b>79</b>
7.1	Hva kjennetegner de pasientene det ble brukt tvangsmidler på, sammenliknet med de pasientene det ikke ble brukt tvangsmidler på? .....	80
7.1.1	Tabeller .....	81
<b>8</b>	<b>Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon .....</b>	<b>85</b>
8.1	Hvilke pasienter ble tvangsbehandlet i døgninstitusjonene, og skiller disse seg ut fra pasientene som ikke ble tvangsbehandlet? .....	86
8.1.1	Tabeller .....	87
8.2	Er omfanget av tvangsbehandling geografisk jevnt fordelt mellom helseforetaksområder? .....	90
8.2.1	Figurer .....	91
<b>9</b>	<b>Litteraturgjennomgang tvangsbehandling .....</b>	<b>94</b>
9.1	Lovverk .....	94
9.2	Metode .....	94
9.3	Aktuell litteratur .....	94
9.3.1	Hva vet vi om forekomst .....	95
9.3.2	Hvem anvendes tvangsmedisinering overfor? .....	95
	<b>Forskningsbehov – noen punkter .....</b>	<b>97</b>
	<b>Litteratur .....</b>	<b>100</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>102</b>
	Spørreskjema om pasienter i poliklinikk .....	103
	Spørreskjema om pasienter i døgninstitusjoner .....	105
	Tilleggsanalyser	
	• Geografiske variasjoner i tvangsbruk	
	• Bruk av tvangsmidler etter innleggesparagraf .....	107
1	Innledning .....	107
2	Geografiske variasjoner i tvangsbruken. Indikatorer og datagrunnlag .....	107
2.1	Sammenstilling av befolkningsbaserte rater for bruk av ulike tvangsformer på helseforetaksnivå. ....	107
2.2	Sammenstilling av opplysninger om hvor store andeler av pasienten på fortaksnivå som utsetts for ulike tvangsformer .....	108
3	Resultater – geografiske variasjoner i bruk av tvang .....	108
3.1	Geografiske variasjoner i befolkningsbaserte rater for bruk av tvang .....	109
3.2	Geografiske variasjoner i tvangsbruk ut fra behandlingsvolum .....	110
3.3	Oppsummering, geografiske variasjoner i tvangsbruken .....	111
4	Bruk av tvangsmidler etter innleggesparagraf .....	111
	<b>Baggen psykialaš deavvašvuodasuodjalusas .....</b>	<b>119</b>
	<b>English summary: Use of Compulsory Admission and Treatment in Mental Health Services .....</b>	<b>120</b>

## Tabelloversikt

Tabell 4.1	Polikliniske pasienter. Kjønnfordeling av pasientene i utvalget. I antall og prosent. ....	45
Tabell 4.2	Fordeling av diagnosegrupper hos pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig vern. I prosent.....	47
Tabell 4.3	Sivilstatus til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent. ....	47
Tabell 4.4	Bosituasjon til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent. ....	48
Tabell 4.5	Hovedinntektskilde til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig helsevern. I prosent.....	48
Tabell 4.6	Utdanning til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent. ....	49
Tabell 4.7	Behandlingstilbud til pasienter i poliklinisk behandling, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig. Hva de mottar av behandlingstilbud og hva som hadde vært ønskelig at de hadde mottatt av behandlingstilbud. I prosent.....	53
Tabell 4.8	Hva slags bolig hadde pasientene på frivillig og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingstart, og hva slags bolig mener behandlerne hadde vært ideelt. I prosent. ....	54
Tabell 4.9	Hva slags type bolig vurderer behandlerne hadde vært ideelt for de pasientene de mener ikke har en ideell bosituasjon. Antall pasienter. ....	55
Tabell 4.10	Varighet på aktuell behandlingssekvens, antall timer og konsultasjoner i registreringsperioden. Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold sammenlignet med frivillige pasienter i poliklinikk. ....	56
Tabell 5.1	Kjønnfordeling på pasientene som var blitt tvangsmedisinert utenfor institusjon. I prosent. ....	58
Tabell 5.2	Aldersfordeling på pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	58

Tabell 5.3	Fordeling av diagnoser hos pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk og de som ikke er blitt det. I prosent. Diagnosegruppene er nærmere beskrevet i kapittel 4. ....	59
Tabell 5.4	Sivilstatus til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	59
Tabell 5.5	Bosituasjon til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	60
Tabell 5.6	Hovedinntektskilde til pasienter som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med de som ikke er blitt det. I prosent. ....	60
Tabell 5.7	Utdanning til pasientene som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med pasientene som ikke er blitt det. I prosent. ....	61
Tabell 6.1	Døgnpasienter i psykisk helsevern. Utvalg og formalitet ved registreringstidspunktet, antall og prosent. ....	65
Tabell 6.2	Kjønnsfordeling for formalitet ved registreringstidspunktet. I prosent. ....	66
Tabell 6.3	Kjønnsfordeling etter henvisningsparagraf ved innleggelse. Antall. ....	66
Tabell 6.4	Fordeling av diagnosegrupper hos de innlagte pasientene og formalitet. I prosent. ....	67
Tabell 6.5	Sivilstatus til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	67
Tabell 6.6	Bosituasjon til innlagte pasientene og formalitet. I prosent. ....	68
Tabell 6.7	Hovedinntektskilde til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	68
Tabell 6.8	Utdanning til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	69
Tabell 6.9	Faktisk og ønsket behandlingstilbud etter formalitet og differanse mellom faktisk og ønskelig. I prosent. ....	70
Tabell 6.10	Tabell over oppgitte årsaker til at ikke pasienten får det ønskede behandlingstilbudet. Pasienten ønsker det ikke, vi har ikke aktuell kompetanse eller vi har ikke kapasitet. I prosent. ....	71
Tabell 6.11	Faktisk og ønskelig botilbud for pasienter og formalitet, og differansen mellom faktisk og ønskelig. I prosent. ....	72
Tabell 7.1	Kjønnsfordeling pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	81
Tabell 7.2	Aldersfordeling på pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	81
Tabell 7.3	ICD 10 hoveddiagnose til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	82

Tabell 7.4	Sivilstatus til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Sivilstatus befolkningen over 18 år .....	82
Tabell 7.5	Bosituasjon til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.....	83
Tabell 7.6	Hovedinntektskilde til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.....	83
Tabell 7.7	Utdanning til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	84
Tabell 8.1	Kjønnsfordeling på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	87
Tabell 8.2	Aldersfordeling på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	87
Tabell 8.3	Diagnose på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	88
Tabell 8.4	Sivilstatus på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	88
Tabell 8.5	Bosituasjon til pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	89
Tabell 8.6	Hovedinntektskilde på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	89
Tabell 8.7	Utdanning til pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandling og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	90

#### **Tilleggsanalyse - tabelloversikt**

Tabell 1	Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseforetaksområder 2003 eller 2004 .....	112
Tabell 2	Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder 2003 eller 2004 .....	113
Tabell 3	Korrelasjonsmatrise (Pearson's r) for variasjoner i indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne mellom helseforetaksområder. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003 og 2004 .....	114



Tabell 4	Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentandeler av pasientene. Helseforetaksområder 2003 eller 2004 .....	115
Tabell 5	Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentandeler av pasientene i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder 2003 eller 2004 .....	116
Tabell 6	Korrelasjonsmatrise (Pearson's r) for variasjoner i indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne mellom helseforetaksområder. Prosentandeler av pasientene (tvungent vern og tvangsbehandling) eller ganger per 365 oppholdsøgn (tvangsmidler). 2003 eller 2004,.....	117
Tabell 7	Innleggelsesparagraf (spesialistvedtak) for pasienter som har vært utsatt for bruk av tvangsmidler i løpet av de siste tre månedene. Pasientregistreringen blant døgnpasienter i voksenpsykiatrien 20. november 2003 .....	118

## Figuroversikt

Figur 4.1	Alderfordeling på pasienter i poliklinisk behandling underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn og under frivillig psykisk helsevern i prosent .....	46
Figur 4.2	Polikliniske pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgn, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunkt (september 2004) etter HF område og RHF område. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. ....	50
Figur 4.3	Poliklinisk behandlede pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunktet (september 2004) per HF og RHF. Prosent av polikliniske pasienter totalt. ....	51
Figur 5.1	Antall tvangsmedisinerte utenfor døgninstitusjon per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. HF og RHF område. ....	62
Figur 5.2	Tvangsmedisinerte i prosent av polikliniske pasienter totalt per HF og RHF.....	63
Figur 6.1	Aldersfordeling blant pasientene som er innlagt på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og de som er innlagt frivillig. ....	66
Figur 6.2	Varighet av opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Lengde på det tvungne psykiske helsevernet, under 3 mnd, over 3 måneder og over 1 år per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Nåværende status. HF- og RHF- område. ....	74
Figur 6.3	Prosent pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter varighet på oppholdet. Under tre mnd, over tre mnd. og over et år per HF og RHF.....	69
Figur 6.4	Tvangsrate. Innlagte pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter nåværende status. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre per HF- og RHF- område.....	77

Figur 6.5	Andel innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av alle innlagte pasienter per HF og RHF. ....	78
Figur 8.1	Antall tvangsbehandlede pasienter per 10 000 innbyggere fordelt på HF- og RHF- område. ....	91

# 1 Sammendrag

SINTEF Helse har på oppdrag fra Statens helsetilsyn i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en deskriptiv analyse av data om tvang fra pasienttellingene som for døgnpasientene ble foretatt 20. november 2003 og for polikliniske pasienter skjedde over to uker høsten 2004. Vi ønsket bedre kunnskap om de pasientene det anvendes tvang overfor i psykisk helsevern, og det er i analysen lagt særlig vekt på kjennetegn ved pasientene.

I rapportens første del gis en framstilling av utvalgte resultater, og med Helsetilsynets tilsynsmessige vurdering. Andre del er SINTEF Helses rapport "Analyser av tvang i psykisk helsevern (Husum, Pedersen og Hatling 2005) og med et eget vedlegg der data om de ulike tvangsformene er sammenstilt; "Geografiske variasjoner i tvangsbruk" og "Bruk av tvangsmidler etter innleggelsesparagraf".

SINTEF-rapporten tyder på at bruk av tvang er nært knyttet til fattigdomsproblematikk og bostedsløshet. Mer enn 40 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold har ikke egen bolig<sup>1</sup>. Dette utgjør om lag 420 personer. I tillegg er det en betydelig andel av de pasientene som har egen bolig, som etter behandlernes vurderinger ikke har egnet bolig, eller ikke en tilfredsstillende bosituasjon. Mange har for eksempel behov for mer hjelp og tilsyn i boligen enn de får.

De pasientene det blir brukt tvang overfor, enten det er tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling eller tvangsmidler, har dårligere økonomi, lavere utdanning og svakere sosial tilknytning enn de pasientene som behandles frivillig.

Undersøkelsen avdekker også store geografiske forskjeller i bruken av tvang. Forskjellene er betydelige når det gjelder alle former for tvang; tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, tvangsmedisinering utenfor døgninstitusjon, tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon og bruk av tvangsmidler. Både mellom helseforetakene og til dels også mellom helseregionene er forskjellene store.

Resultatene viser at det er større differanse mellom reelt og ønskelig behandlingstilbud for pasienter på tvang enn for frivillige, når behandlerne blir bedt om å vurdere tilbudet.

1) SINTEF-rapporten s. 35, 68

## 2 Bakgrunn og innledning

### 2.1 Reguleringen av tvang

Bruk av tvang i psykisk helsevern er regulert i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern<sup>2</sup> (psykisk helsevernloven) med forskrifter.

Undersøkelse og behandling i helsetjenesten skal i utgangspunktet være frivillig, og pasienter er gjennom pasientrettighetsloven gitt utstrakt rett til medbestemmelse og autonomi. Bruk av tvang overfor pasienter representerer på mange måter et unntak fra dette grunnprinsippet. Regelverket for tvang er omfattende, og det blir fulgt opp av kontrollkommisjoner som er spesielt opprettet for formålet. Tvangsbehandling med legemidler følges opp av Fylkesmannen. Loven regulerer alle former for tvang: Tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler.

Forsvarlig bruk av tvang omhandler flere ulike aspekter, blant annet krav til institusjon og personell, krav til gjennomføring, og krav til løpende vurdering av vedtak og av de vilkår som må være tilstede for etablering av tvangen. Det er en overordnet intensjon med loven å bidra til minst mulig bruk av tvang.

#### 2.1.1 Tvungent psykisk helsevern

Vilkåret for tvungent psykisk helsevern har ett hovedkriterium og to tilleggskriterier, jf psykisk helsevernloven § 3-3. Hovedkriteriet er at det foreligger alvorlig sinnslidelse, og det må være tilstede sammen med minst ett tilleggskriterium. Tilleggskriteriene går ut på at tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring betydelig

reduisert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret (behandlingskriteriet), eller b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for sitt eget eller andres liv eller helse (farekriteriet).

Tvungent psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt uten at det har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende. De siste årene har om lag 95 prosent av tvangsinnleggelsene vært hjemlet i behandlingskriteriet, enten alene eller sammen med farekriteriet.<sup>3</sup>

Dersom det er tvil om vilkårene for tvunget psykisk helsevern er til stede, og det trengs videre undersøkelse, er det anledning til å vedta videre undersøkelse (observasjon) i inntil 10 dager, jf psykisk helsevernloven § 3-6, jf § 3-8.

Fra 1.1.01 har det i henhold til psykisk helsevernloven vært anledning til å behandle pasienter under tvungent psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon uten forutgående institusjonsopphold. Dette erstatter den tidligere bestemmelsen om tvungent ettervern. Slik behandling forutsetter at pasienten har egen bopel, og kan omfatte pålegg om å møte til behandling, og hvis nødvendig kan pasienten hentes til behandling, eventuelt med tvang.

2) Lov 1999-07-02 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

3) Bjørngaard og Hatling: Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern i 2001-2002 SINTEF, januar 2003.

### 2.1.2 Tvangsbehandling

Psykisk helsevernloven gir anledning til å undersøke og behandle pasienter uten samtykke, jf psykisk helsevernloven § 4-4. Det er et vilkår at frivillighet er forsøkt, og at slik undersøkelse og behandling klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Det forutsettes at behandlingen med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring, eller til at vesentlig forverring unngås, men det kan ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep.

Behandling uten samtykke kan omfatte legemiddelbehandling, samtaler o.a, og kan gis til pasienter under tvungent psykisk helsevern både med og uten døgnopphold.

### 2.1.3 Bruk av tvangsmidler

Psykisk helsevernloven omfatter tre former for tvangsmidler som kan brukes i institusjon, overfor frivillig innlagte eller pasienter innlagt under tvang, jf psykisk helsevernloven § 4-8: Mekaniske tvangsmidler (belter og remmer), isolering og korttidsvirkende legemidler.

### 2.1.4 Skjerming og andre rettighetsinnskrenkninger

Det gis også, i henhold til loven, anledning til å gjøre vedtak om skjerming eller andre rettighetsbegrensende tiltak som restriksjoner i forbindelse med omverdenen, undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon og beslag. Dette regnes ikke som tvangsvedtak, men kan påklages til kontrollkommisjonen.

### 2.1.5 Klageordninger

Alle vedtak om tvunget psykisk helsevern, bruk av tvangsmidler og rettighetsbegrensende tiltak kan påklages til kontrollkommisjonen, mens vedtak om tvangsbehandling kan påklages til fylkesmannen.

## 2.2 Mangelfull kunnskap om bruk av tvang i psykisk helsevern

Ulikheter i lovgivning, i organisering av helsetjenesten og i rapporteringssystemer, gjør det vanskelig å sammenlikne tvangsbruk mellom land, og det finnes ingen gode internasjonale oversikter over hvor mange som til enhver tid er underlagt tvungent psykisk helsevern. Det kan se ut som Norge

både har høy andel tvangsinnleggelses i forhold til innleggelses totalt, og høye befolkningsbaserte rater<sup>4,5</sup>, også i sammenlikning med de andre nordiske landene, selv om det også i Norden er store forskjeller i lovgivning. Det har i flere år vært dokumentert at det er betydelige geografiske og institusjonsvise forskjeller i omfanget av tvangsbruk i Norge.<sup>6</sup>

Statens helsetilsyn har fulgt med på bruken av tvang i psykisk helsevern blant annet gjennom SAMDATA, og hadde planlagt å utnytte de mulighetene som ligger i de pasientadministrative data som regelmessig rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Etter at det nye formatet Minste basis datasett ble introdusert i 2000 (NPR-2003 fra 2004), åpnet mulighetene seg for å få bedre kunnskap om de pasientene det anvendes tvang overfor, og for å kunne få et bedre bilde av hva forskjellene i tvangsbruk bunner i.

Institusjonene skal regelmessig rapportere komplette opplysninger om tvang til NPR: Om innleggelsesparagraf (for eksempel observasjon eller tvungent psykisk helsevern), om tvangen brukes med eller uten døgnopphold, om tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler, samtlige vedtak om skjerming og andre rettighetsinnskrenkninger, om klager og klageresultater. I tillegg skal personopplysninger, diagnoser og opplysninger om behandlingsform og behandlingsslengde rapporteres. Dette er et godt utgangspunkt for å få bedre kunnskap om de pasientene det anvendes tvang overfor.

På grunn av manglende, ufullstendig og/eller feil rapportering fra en del institusjoner, har Helsetilsynet imidlertid vurdert at dette datagrunnlaget har vært for dårlig for Helsetilsynets formål. Selv om mange av institusjonene hadde rapportert fullstendig, ble situasjonen på landsbasis oppsummert slik i Helsetilsynets tilsynsmelding for 2004:

- Det finnes ikke gode data om oppholdstider (liggetid) under tvang
- Det finnes ikke gode data om omfanget av tvangsbehandling (for eksempel med legemidler)
- Det er svært mangelfulle opplysninger om bruk av tvangsmidler som belter, isolering og korttidsvirkende legemidler, og store variasjoner mellom de institusjonene det finnes opplysninger fra.

4) Befolkningsbaserte rater: For eksempel antall per 10 000 (100 000) innbyggere.

5) Hatling, T: Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. I: Reidun Norvoll, Samfunn og psykiske lidelser. Oslo, Gyldendal, 2002

6) SINTEF Helse: Opptreppingsplanen for psykisk helse – status etter fire år. SAMDATA psykisk helsevern. Rapport 3/03, s 66. Se også Hagen og Ruud: Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003. SINTEF Helse Rapport 3/04 s 13

- Det er svært mangelfull statistikk om tvungent psykisk helsevern overfor barn og unge.<sup>7</sup>

Rapporteringen til NPR blir stadig bedre, og i 2004 har samtlige døgninstitusjoner for første gang levert data. Stadig er det likevel så mange som 16 prosent av institusjonene på landsbasis som ikke har rapportert fullstendig på hoveddiagnose, og ikke alle har rapportert fullstendig på vilkårene for tvungent psykisk helsevern.<sup>8</sup>

Til grunn for foreliggende rapport, er derfor benyttet data fra den såkalte pasienttellingen 2003 / 2004 (Til grunn for foreliggende rapport, er derfor benyttet data fra den såkalte pasienttellingen 2003/2004, utført av SINTEF Helse, jf avsnitt 3).

7) Statens helsetilsyn: Tilsynsmelding 2004.

8) Kalsø J: SAMDATA Psykisk helsevern 2004

### 3 Materiale og metode i denne rapporten

SINTEF Helse har på oppdrag fra Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en analyse av bruken av tvang i psykisk helsevern. Analysene omfatter alle former for tvang regulert i psykisk helsevernloven; tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler.

Rapporten er basert på analyse av data fra en landsomfattende tverrsnittsregistrering av pasienter i det psykiske helsevernet utført av SINTEF Helse. Denne undersøkelsen - pasienttellingen - ble gjennomført én spesifikk dag i november 2003 for døgnpasienter og over en periode på to uker i september 2004 for dagpasienter og polikliniske pasienter. Undersøkelsen er en oppfølging av tilsvarende pasientregistreringer som har vært foretatt hvert femte år siden 1979, og det er Sosial- og helsedirektoratet som har vært oppdragsgiver.<sup>9</sup>

Datasettet fra døgnavdelingene er tilnærmet komplett, det vil si at det inneholder opplysninger om alle de pasientene som var i døgnbehandling på registreringstidspunktet.

Det er registrert opplysninger om 4200 døgnpasienter i sykehusavdelinger, DPS-er og sykehjem. Av disse var 1051 pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, i institusjoner godkjent for bruk av tvang.<sup>10</sup>

Poliklinikkregistreringen omfatter ca 21 500 pasienter, og foregikk over en tøykers periode i 2004. Av disse var 600 pasienter - det utgjør 2,9 prosent - under tvungent psykisk helsevern ved behandlingens start. Det ble ikke utført purring i forbindelse med datainnsamlingen, men svarprosenten antas å være tilnærmet 100<sup>11</sup>. Pasienter som var i et behandlingsforløp, men som ikke var til be-

handling i denne perioden, vil ikke dekkes i utvalget. Dataene gir derfor opplysninger om hvor stor andel av de som mottok konsultasjon i registreringsperioden som var under tvunget vern. Det er pasientenes juridiske status ved starten av behandlingsperioden som er registrert. For beregninger av rater eller befolkningsandeler er det benyttet befolkningsstatistikk på helseforetaksnivå, hentet fra Statistisk sentralbyrå / Samdata.

Helsetilsynet ønsket utført egne analyser av dette materialet. Vi ønsket særlig mer kunnskap om kjennetegn ved de pasientene som det anvendes tvang overfor.

Det er et øyeblikksbilde vi her får, og resultatene gir ikke grunnlag for å si noe om utvikling over tid, og om i hvilken retning utviklingen går.

9) Hovedresultatene fra registreringene er publisert i to rapporter. Hagen og Ruud: Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003, SINTEF Helse, Rapport 3/04 og Gråwe et al: Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004. SINTEF Helse, juni 2005.

10) Fordelingen av pasienter på tvunget og frivillig psykisk helsevern er ikke den samme ved innleggelse som på registreringstidspunktet, ettersom en del pasienter overføres til frivillig vern etter en tid. Det er i analysene tatt utgangspunkt i status på registreringstidspunktet, se også SINTEF-rapporten s. 20.

11) Gråwe et al: Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004. Rapport SINTEF Helse Juni 2005.

## 4 Helsetilsynets vurdering av resultatene

Det er et omfattende materiale som er analysert i SINTEF's rapport. Vi vil her trekke fram, drøfte og vurdere de resultatene vi anser som de aller viktigste. I den grad det er nødvendig for drøfting og vurdering, vil også noen av resultatene bli resymert. En del av enkeltresultatene har vi imidlertid valgt ikke å kommentere nærmere, og de vil heller ikke bli gjengitt i denne delen. Se derfor rapporten fra SINTEF for den fulle dokumentasjon av resultater.

Som tilsynsmyndighet er det vår oppgave å finne fram til, avdekke og peke ut områder i sosial- og helsetjenestene der det er risiko for svikt, og eventuelt å sørge for tilsynsmessig oppfølging. Tjenesteområdene er store, tilsynsressursene begrenset, og det er derfor nødvendig å holde fokus på de områdene som er vesentlige for brukerne, der konsekvensene av svikt er alvorlige for pasientene og brukerne, og å ta særlig hensyn til at det er enkeltgrupper som har dårligere mulighet enn andre til selv å ivareta sine interesser, slik at de blir mer sårbare for svikt. Valget av temaet for denne rapporten er begrunnet ut fra en slik tilnærming, og de resultatene vi vil trekke fram og drøfte i det følgende, bekrefter aktualiteten.

Resultatene vil i en viss utstrekning bli sett i sammenheng med annen kunnskap, og vurdert i et tilsynsperspektiv, som innebærer at funnene holdes opp mot regelverket. Det er grovt sett to vurderingsgrunnlag: Om det ytes tilstrekkelige tjenester, både i omfang og type, og om de tjenestene som ytes er forsvarlige. Vi vil løfte fram ulike drøftings-tema både i forbindelse med konkrete bestemmelser i psykisk helsevernloven og i forhold til mer generelle krav og intensjoner i lovverket. Foreliggende materiale gir ikke

grunnlag for å konkludere med hensyn til om det foreligger brudd eller ikke på myndighetskravene, men resultatene kan avdekke uønskede forskjeller i praksis og gi indikasjoner på områder med fare for svikt, og på den måten angi hva som bør følges opp med videre tilsyn, og hvor.

### 4.1 Pasientene under tvungent psykisk helsevern

#### 4.1.1 Hvem er pasientene under tvungent psykisk helsevern

Før vi ser nærmere på hva som kjennetegner pasientene under tvungent psykisk helsevern spesielt, vil vi gjøre oppmerksom på at denne undersøkelsen viser at pasientene i psykisk helsevern som gruppe generelt stiller langt svakere økonomisk og sosialt enn befolkningen for øvrig. Av alle poliklinikkpasientene er det for eksempel bare 20 prosent som forsørger seg av eget arbeid, og to tredeler lever av en eller annen form for trygd. Blant døgnpasientene er det fire prosent som forsørger seg ved eget arbeid.<sup>12</sup> Utdanningsnivået er dessuten lavere og andelen enslige større enn i den øvrige befolkning.

De rundt 600 pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold utgjorde rundt 3 prosent av alle pasienter i poliklinisk behandling i registreringsperioden. 57 prosent av disse var menn, de fleste mellom 30 og 50 år gamle. Hele fire av fem hadde diagnosene schizofreni eller paranoide lidelser. Blant de frivillige poliklinikkpasientene hadde mer enn halvparten enten stemnings-/affektive lidelser eller nevrotiske lidelser, og bare rundt en av ti schizofreni eller paranoide lidelser. Det betyr at det med

12) SINTEF-rapporten s. 68



hensyn til sykdomsprofil er to ulike grupper som mottar henholdsvis frivillig og tvungent vern i poliklinikkene.<sup>13</sup>

I gruppen under tvungent vern er det hele 96 prosent som lever av en eller annen form for trygd. Det er også langt flere ugifte og aleneboere i gruppen under tvungent vern enn blant de frivillige, og pasientene under tvungent vern har et lavere utdanningsnivå enn de frivillige pasientene.<sup>14</sup>

Av de 4200 pasientene i døgnavdelingene, var 1051 pasienter (27 prosent) innlagt under tvungent psykisk helsevern. Døgnpasientene er gjennomgående yngre enn poliklinikkpasientene. Det gjelder også dem på tvang, som har en aldersprofil der noe over halvparten er mellom 18 og 39 år. Det var også her en overvekt av menn. Sosioøkonomisk kan pasientene som behandles under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold sies å ha mange av de samme kjennetegnene som dem uten døgnopphold; under 10 prosent er gift eller samboende, bare to prosent har inntekt av eget arbeid.<sup>15</sup>

Noe mange har sett og visst, er med dette for første gang dokumentert i et norsk materiale: Den gruppen mennesker som er underlagt tvungent psykisk helsevern i Norge stiller meget svakt med hensyn til utdanning, inntekt og sosial forankring og støtte, og enda svakere enn de som mottar frivillig psykisk helsevern. Som vi vil se nærmere nedenfor, har mange heller ikke egen bolig eller egnet bolig. Gruppen består av alvorlig, og ofte langvarig, syke mennesker.

#### 4.1.2 Boligsituasjonen til pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern

Bestemmelsen om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold inneholder en forutsetning om at pasienten bor i "egen bopel". Det er blant annet understreket i lovens forarbeider at et vedtak om tvang uten døgnopphold forutsetter en vurdering av om pasienten trenger døgnkontinuerlig omsorg og behandling i institusjon, eller om vernet kan ivaretas tilstrekkelig mens pasienten bor hjemme (OT.prp nr 11 (1998-99)). SINTEF's undersøkelse viser at om lag tre av fire pasienter underlagt tvang uten døgnopphold har egen bolig. De resterende har ulike døgntilbud med tilsyn dag eller natt.<sup>16</sup> Slike døgntilbud kan være betjente omsorgsboliger, sykehjem eller private institusjonstilbud. Men av pasienter med egen bolig, anser behandlerne at en tredel ikke har et adekvat botilbud. Det betyr at pasientene etter be-

handlernes syn har behov for mer oppfølging i boligen i form av tilsyn om dagen eller hele døgnet. Det kan også bety at boligen i seg selv ikke er egnet. Resultatene viser også at det er mindre sammenfall mellom ønsket og faktisk botilbud for pasientene under tvang enn for de frivillige. Dette er behandlernes vurderinger. De trenger ikke å overensstemme med hvordan pasientene selv oppfatter boligsituasjonen sin.

Mens altså de aller fleste pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, i overensstemmelse med hva loven forutsetter, har egen bolig, er situasjonen en annen for pasientene i døgninstitusjonene. Ut fra hva behandlerne opplyser, var det hele 27 prosent av alle pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern som ikke hadde egen bolig<sup>17</sup>. I tillegg har behandlerne for en del pasienter oppgitt svaralternativene åpent eller lukket døgntilbud i spesialisthelsetjenesten som permanent bolig. Siden institusjoner i spesialisthelsetjenesten ikke kan anses som bolig, må disse også anses å ikke ha egen bolig. Andelen uten egen bolig kommer opp i 43 prosent av de tvangsinnlagte, når disse er iberegnet. Tilsvarende andeler blant de frivillig innlagte er 15 prosent uten egen bolig og 12 prosent med spesialisthelsetjenesten som permanent bolig.<sup>18</sup> I absolutte tall utgjør dette ca 450 personer under tvungent vern og ca 650 frivillig innlagte som er uten egen bolig. Alt i alt fant man altså en dag i desember 2003 anslagsvis mellom 1100 og 1300 personer i døgnavdelinger i psykisk helsevern som etter behandlernes oppfatning var uten egen bolig. I tillegg vurderte behandlerne at tilbudet om tilsyn om dagen for pasienter med egen bolig var for svakt utbygget: Både for de frivillig innlagte og pasientene under tvungent psykisk helsevern var det betydelige andeler som behandlerne vurderte at det hadde vært mer ønskelig med tilsyn i egen bolig eller bolig med døgnbemanning. 28 prosentpoeng flere enn dem som faktisk hadde dette tilbudet av de tvangsinnlagte, ble vurdert å ha behov for bolig med døgnbemanning.

Resultatene bør tolkes med en viss forsiktighet. Spørsmålet i spørreskjemaet gjaldt "permanent bolig". Det kan være behandlere som har krysset av i feltet "Ikke egen bolig (bostedsløs)" for personer som midlertidig, og eventuelt mot eget ønske, bor hos venner eller familie. For eksempel er en relativt stor andel innlagte personer mellom 18 og 29 år. Mange av disse kan sies å være i en overgangsfase i livet, og det vil være

13) SINTEF-rapporten s. 47

14) SINTEF-rapporten s. 47 og 49

15) SINTEF-rapporten s. 67-68

16) SINTEF-rapporten s. 54-55

17) Det var for disse krysset av for svaralternativet "Ikke egen bolig" (bostedsløs)

18) SINTEF-rapporten s. 68

19) SINTEF-rapporten s. 71

rom for skjønn med hensyn til hvordan boligsituasjonen skal karakteriseres. ”Bostedsløs” er et begrep som drøftes internasjonalt, og som kan betegne mange ulike statusser, fra ”uten tak over hodet” via hjemløs til uten adekvat bolig, enten fordi den ikke er permanent, eller fordi den ikke tilfredsstiller nasjonale normer om størrelse osv.<sup>20</sup>

Hvordan samsvarer disse resultatene med annen kunnskap? Norges byggforskningsinstitutt gjennomførte i desember 2003 en kartlegging av bostedsløse i Norge. Antallet ble beregnet til 5200 personer på landsbasis (www.byggforsk.no). Undersøkelsen ble gjentatt i desember 2005, men resultatene foreligger ikke ennå. Byggforskningsinstituttets telling omfattet deler av populasjonen i sykehjem og langtidsavdelinger i psykisk helsevern, nærmere bestemt alle pasienter som skulle skrives ut innen to måneder og som ikke disponerte bolig å flytte til. Av de totalt 5200 bostedsløse befant 21 prosent seg i institusjon eller fengsel.<sup>21</sup> Det er derfor bare delvis overlappende grunnlag for SINTEF’s og Byggforskningsinstituttets telling.<sup>22</sup> I 2005 gjennomførte Fafo en kartlegging av udekkede bolig- og tjenestebehov blant personer med psykiske lidelser på oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet.<sup>23</sup> Kartleggingen er gjennomført i ti kommuner og ti bydeler i Oslo, og omfatter både hjemmeboende og personer som bor i (langtids) institusjon. Heller ikke dette tallgrunnlaget er det samme som i SINTEF-undersøkelsen, men det anslås et behov på landsbasis for i overkant av 800 boliger til tidligere institusjonspasienter. Et annet funn i denne undersøkelsen er at det er svært ulik praksis i kommunene for registrering av bolig- og tjenestebehov hos personer med psykiske lidelser.

Uten å kunne konkludere med noe sikkert tall, kan vi oppsummere at det er et betydelig antall personer med psykiske lidelser som har udekkede behov for bolig. I tillegg er det altså et betydelig antall som etter behandlernes vurdering burde hatt mer tilsyn. Husbankens arbeid med kommunale boligsosiale handlingsplaner tyder på at 1/3 av de bostedsløse trenger behandling eller omfattende omsorgstjenester for å kunne bo i egen bolig, 1/3 trenger bistand for å bli boende i egen bolig, mens 1/3 vil kunne klare seg selv.<sup>24</sup>

#### 4.1.3 Drøfting og vurdering

Pasientene som det anvendes tvang overfor, stiller altså svært svakt med hensyn til ut-

danning, inntekt, sosial forankring og bolig.

Den samvariasjonen mellom fattigdom<sup>25</sup> og tvang som avdekkes i denne undersøkelsen, kan være uttrykk for et gjensidig påvirkningsforhold mellom *fattigdom og sykdom*. Det finnes både nasjonal og internasjonal forskningslitteratur som viser at sosial og økonomisk fattigdom kan være medvirkende faktorer til sykdom, både kroppslig og mentalt.<sup>26</sup> Fattigdom kan også virke inn på evne og mulighet for å mestre sykdom. At påvirkningsforholdet mellom fattigdom og sykdom kan gå den andre veien, vet vi også: Små eller manglende helsemessige ressurser bidrar negativt i forhold til utdanning og yrkesliv, men også i forhold til etablering og opprettholdelse av sosiale relasjoner og sosialt nettverk, inklusive ekteskap og familie. De ulike faktorene kan forsterke hverandre gjensidig, i form av oppadgående eller nedadgående spiraler.

Et interessant spørsmål er i tillegg om det kan være mer direkte forbindelser mellom fattigdom og bruk av tvang, og mellom bostedsløshet og tvang. Gitt samme sykkelighet, kan det stilles spørsmål om sannsynligheten for at det blir anvendt tvunget psykisk helsevern øker jo dårligere pasienten scorer sosioøkonomisk; med lav utdanning, på trygd, enslig og bostedsløs? Kan det å forebygge sosial og økonomisk nød også bidra til å redusere bruken av tvunget psykisk helsevern?

En så klar sammenheng mellom bostedsløshet og mangel på egnede boliger og bruk av tvang som resultatene av SINTEFs undersøkelse viser, kan videre gi grunnlag for spørre om boligtiltak i seg selv kan være et virkemiddel for å nå et mål om mindre bruk av tvang. Som vist i Fafo’s kartlegging og antydning i tittelen på rapporten ”Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på”, er det imidlertid ikke så enkelt at boliger er svaret på bostedsløshet. Som det oppsummeres i denne rapporten: ”Det grunnleggende spørsmålet er ikke hvilket boligbehov, men hvilket tjenestetilbud den enkelte har behov for.”<sup>27</sup>

SINTEF-rapporten besvarer ikke disse spørsmålene, og datamaterialet gir heller ikke grunnlag for å avdekke slike sammenhenger. Men som vi skal se under 4.2, er det så store forskjeller institusjonene og helseforetaksområdene imellom i omfanget av tvangsbruk, at de ikke kan antas bare å bero på forskjeller i sykkelighet. Sannsynligvis er det mange ulike faktorer som spiller inn

20) Jf Evelyn Dyb: Bostedsløs – posisjon på boligmarkedet eller identitet? Byggforskningsinstituttet, prosjektrapport 2005

21) Samtale med forsker ved Byggforskningsinstituttet 5. januar 2006.

22) Mens SINTEF-tallene omfatter alle pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten, omfatter Byggforsks tall bare den gruppen som er innlagt i langtidsavdelinger og som skal skrives ut i løpet av to måneder.

23) Inger Lise Skog Hansen og Siri Ytrehus: Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Fafo-rapport 494 2005.

24) www.husbanken.no

25) Begrepet fattigdom brukes her som betegnelse på generelt lavt nivå på flere levekårsvariabler, jf også St.meld nr 6 (2002-2003) Fattigdomsmeldingen.

26) For eksempel Gradientutfordringen. Handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, Sosial- og helsedirektoratet 2005.

27) Inger Lise Skog Hansen og Siri Ytrehus: Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser. Fafo-rapport 494, Fafo 2005.

samtidig, og der pasientenes totalsituasjon og grad av sosial og økonomisk forkommenthet kan være en.

I en nasjonal kartlegging av pleie- og omsorgstjenesten som NOVA har gjennomført på oppdrag fra Statens helsetilsyn, er det samlet informasjon om de enkelte tjenestemottakere og om deler av tjenestetilbudet i kommunene. Kartleggingen er gjort i et representativt utvalg på 73 kommuner. Et funn her var at de fleste tjenestemottakerne synes å få den hjelpen de har rett til og behov for, men det var enkelte grupper som systematisk ikke får dekket sitt behov for hjelp. Det gjelder tjenestemottakere som bor i egen opprinnelig bolig og mennesker med psykiske lidelser.<sup>28</sup>

I henhold til sosialtjenestelovens § 3-4, skal kommunen ”medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker”. Dette er ingen rettighetsbestemmelse på samme måte som bestemmelsen om midlertidig bolig i sosialtjenestelovens § 4-5, der det heter at ”Sosialtjenesten er forpliktet til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv”.

I denne sammenhengen er det også et tankekors at forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter ikke omfatter pasienter innlagt i det psykiske helsevern.<sup>29</sup>

Boligtiltak er et viktig satsningsområde for Opptappingsplanen for psykisk helse. Uavhengig av denne administrerte Husbanken en nasjonal satsning ”Prosjekt husløse” i perioden 2001- 2004, og det er igangsatt en nasjonal strategi ”På vei til egen bolig” for årene 2005-2007.<sup>30</sup>

Vi finner grunn til å stille spørsmål ved om kommunene i tilstrekkelig grad følger lovens krav om tjenester på dette området. Vi stiller også spørsmål om kommunenes innsats er tilstrekkelig målrettet i forhold til de gruppene som har størst behov, og om kanaliseringen av midler til kommunene gjennom for eksempel Opptappingsplanen har vært tilstrekkelig systematisk og målrettet. Men når pasienter i psykisk helsevern ikke har tilfredsstillende boligtilbud, påhviler det også spesialisthelsetjenesten et ansvar for å gjøre kommunene oppmerksom på hva som trengs. Alle pasienter i psykisk helsevern har rett på en individuell plan,

som skal beskrive nødvendig samarbeid og tiltak. I dette tilfellet, vil det omfatte en plan for boligsamarbeid med sosialtjenesten i kommunen. Vi finner derfor grunn til å spørre om spesialisthelsetjenesten i tilstrekkelig grad bidrar til nødvendig oppfølging etter utskrivning. De gode løsningene er ofte resultat av langsiktig planlegging og god samhandling mellom nivåene.

## 4.2 Behandlingstilbudet til pasienter under tvungent psykisk helsevern

### 4.2.1 Ønsket og faktisk behandling

For døgnpasientene, er det tvungne vernet i 95 prosent av innleggelsene begrunnet i det såkalte behandlingsskriteriet som tilleggs-vilkår, enten alene eller sammen med farekriteriet.<sup>31</sup> For pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er dette tilfellet i 87 prosent av vedtakene. Når behovet for å komme til med behandling ligger til grunn for vedtaket om tvungent psykisk helsevern, følger krav om faktisk å yte behandling, og om tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gi adekvat behandling, med sannsynlig effekt. Selve tilbakeholdelsen ved en døgnavdeling kan ikke betraktes som behandling.

I undersøkelsen ble behandlerne bedt om å oppgi hvilke behandlingstilbud pasientene faktisk mottar, og hvilke behandlingstilbud som etter deres vurdering hadde vært ønskelig. De vanligste behandlingstilbudene i psykisk helsevern, dvs de mest utbredte behandlingsformene, er legemiddelbehandling og individualsamtaler, deretter kommer gruppetilbud og familiesamtaler. 90 prosent eller mer av alle døgnpasienter og av pasientene under tvungent vern uten døgnopphold får legemiddelbehandling, mot 60 prosent av de frivillige poliklinikkpasientene.

Det var liten differanse mellom faktisk og ønskelig behandling for poliklinikkpasientene, men det var så lav svarprosent på dette spørsmålet, at det ikke er grunnlag for å trekke videre slutninger. For pasientene i døgnavdelingene derimot, var spørsmålet om faktisk og ønskelig behandling besvart for mer enn 90 prosent av pasientene. Resultatet er også her at tilbudene i all hovedsak er i overensstemmelse med hva behandlerne mener det burde være, både for pasientene på tvang og de frivillig innlagte. Men det avviket som fremkommer mellom faktisk og ønskelig behandlingstilbud, er likevel større for de tvangsinnlagte pasientene

28 "Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud". Rapport fra Helsetilsynet 10/2003

29) [www.lovddata.no/for/sf/ho/to-19981216-1447-0.html#1](http://www.lovddata.no/for/sf/ho/to-19981216-1447-0.html#1)

30) jf St.meld.nr 23 (2003/2004), Boligmeldingen.

31) SAMDATA psykisk helsevern 3/03.

enn for de frivillige. Spriket er størst for praktisk trening, familiesamtaler og rusbehandling. Behandlerne er bedt om å oppgi grunnene til at tilbudet ikke gis. Her mangler det også opplysninger for svært mange pasienter, men vi merker oss at det er tilfeller der grunnen oppgis å være mangel på kompetanse eller kapasitet.

#### 4.2.2 Tvangsbehandling med legemidler

Psykisk helsevernloven § 4-4 gir anledning til å undersøke og behandle pasienter uten samtykke. Det er et vilkår at slik undersøkelse og behandling skal være i pakt med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis. Behandling under tvang kan bare iverksettes dersom dette med stor sannsynlighet vil føre til helbredelse, eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen.

300 personer var blitt tvangsmedisinert og 125 tvangsbehandlet med annen type behandling (samtaler, grupper o.a.). Av pasientene under tvunget psykisk helsevern uten døgnbehandling, ble nær 90 prosent tvangsmedisinert. For disse er det nok nettopp behovet for medisinering som ligger til grunn for vedtaket om tvunget vern.

#### 4.2.3 Bruk av tvangsmidler

Det er strenge vilkår for å bruke tvangsmidler. Undersøkelsen fant at tvangsmidler var brukt overfor totalt 7 prosent av pasientene i døgnavdelingene. Korttidsvirkende legemidler var brukt overfor fire prosent, mekaniske tvangsmidler overfor tre prosent, og isolasjon overfor tre prosent. Tvangsmidler var brukt overfor flere kvinner (54 prosent) enn menn (46 prosent), og oftere overfor pasienter i yngre enn i eldre aldersgrupper.

#### 4.2.4 Drøfting og vurdering

Som det framgår av litteraturgjennomgangen om tvangsbehandling i SINTEF-rapporten, finnes det lite kunnskap om tvangsbehandling, slik det er definert i psykisk helsevernloven § 4-4, også i den internasjonale litteraturen<sup>32</sup>. Få land har data om forekomst, og det er også mangel på forskning som viser for eksempel klinisk effekt av behandling med versus uten samtykke, eller for den del effekter av tvunget psykisk helsevern.

Kravet til faglig forsvarlighet følger av en rekke myndighetskrav. Kravet retter seg både mot det enkelte helsepersonell og mot virksomhetene, og angår både den måten virksomhetene har etablert og organisert arbeid og rutiner, og håndteringen av den enkelte pasient. I de tilfellene der det er farevilkåret som er lagt til grunn for tvunget psykisk helsevern, vil selve "asylet" - dvs beskyttelsen av pasienten mot seg selv og omverden eller av omverden mot pasienten - alene kunne tenkes å være tilstrekkelig som tiltak. Er behandlingsvilkåret lagt til grunn, må det imidlertid også gis et behandlingstilbud som er faglig forsvarlig, dvs. som er adekvat og i tråd med "god praksis". Forsvarlig bruk av tvang forutsetter altså faglig forsvarlig behandling.

Dersom det blir iverksatt tvangsbehandling, skal det også sannsynliggjøres at behandlingen er virksom. Behandlingen, og den løpende evalueringen av den, dokumenteres i den enkelte pasientjournal. Vi kan derfor ikke slutte om eller i hvilken grad kravet om virksom behandling oppfylles ut fra SINTEF-undersøkelsen. Dette er et viktig spørsmål i tilsynssammenheng, men også for Sosial- og helsedirektoratet og fylkesmennene, som mottar og behandler klager på tvangsmedisinering.

At det i en del tilfeller synes å være større avstand mellom faktisk og ønsket behandling for pasienter under tvunget psykisk helsevern enn for de frivillige, er kanskje ikke så overraskende. Utgangspunktet for å etablere en god behandlingssallianse er antakelig dårligere enn for pasienter som har søkt behandling på frivillig basis. Den hyppigst oppgitte grunnen til manglende samsvar mellom ønsket og faktisk behandling er at pasientene selv ikke ønsker tilbudet. I noen tilfeller er grunnen oppgitt å være manglende kompetanse eller manglende kapasitet. Vi vet ikke hvorvidt det er den som er faglig ansvarlig for behandlingen av hver enkelt pasient som har besvart spørsmålene, eller om det er andre i personalgruppen. Det er også vanskelig å vite hva som kan rommes i uttrykket "ønsket" behandling. Er det nødvendig og anbefalt behandling – eller ønsket? Dataene gir derfor ikke grunnlag for å vurdere faglig forsvarlighet. Men de resultatene som gjelder avvik mellom ønsket og faktisk behandling og som skyldes manglende kapasitet eller kompetanse bør likevel følges opp.

### 4.3 Geografisk variasjon i tvangsbruk

Resultatene viser store geografiske variasjoner både mellom helseforetak og delvis også mellom regionale helseforetaksområder med hensyn til alle former for tvang; tvunget psykisk helsevern med døgnopphold og uten døgnopphold, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler.

#### 4.3.1 Geografisk variasjon i tvungent psykisk helsevern

Bestemmelsen om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i sin nåværende form ble gjort gjeldende med den nye psykisk helsevernloven av 1999. Det som ble introdusert med den nye loven, var anledningen til å benytte tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold uten forutgående opphold i døgninstitusjon. Pasientene kan altså henvises til denne ordningen hjemme fra.

Målt i rater ved behandlingsstart per 10 000 innbyggere over 18 år, varierte bruken av denne ordningen fra null til 3,4 per 10 000 innbyggere på landsbasis. Av de 24 helseforetaksområdene var det 10 helseforetaksområder som hadde rater på 1 per 10 000 eller mindre, mens 4 helseforetaksområder hadde mer enn 2,5 per 10 000. Målt som andeler av alle pasientene ved poliklinikkene, varierte bruken fra 0-6 prosent.<sup>33</sup>

Resultatene viste enda større variasjon i bruken av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold; fra henholdsvis 0,5 til 6,1 person per 10 000 innbyggere over 18 år i helseforetaksområdene med lavest og høyest rate. Det var altså mer enn ti ganger så mange personer innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i Asker og Bærum HF-område som i Helgeland. Målt som andeler av alle innlagte, var landsgjennomsnittet 25 prosent. De tvangsinnlagte pasientene i Asker og Bærum HF utgjorde 40 prosent av alle innlagte, og i Blefjell HF 7 prosent.<sup>34</sup>

For landet som helhet, var andelen pasienter som hadde vært innlagt under tvang i mer enn ett år 32 prosent, og 0,9 personer målt som rate per 10 000 innbyggere. Men også her var det betydelige geografiske variasjoner. Ett helseforetaksområde er på topp med 2,7 personer per 10 000 innbyggere som har vært innlagt mer enn et år, mens det i den andre enden av skalaen er et helseforetaksområde uten pasienter som har vært innlagt mer enn et år.<sup>35</sup>

#### 4.3.2 Geografisk variasjon i tvangsbehandling med legemidler utenfor døgninstitusjon

En stor andel av pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold blir tvangsbehandlet med legemidler. 85 prosent av disse, som utgjør totalt 443 pasienter, hadde en schizofrenidiagnose. Å komme til med legemiddelbehandling, er også den vanligste grunnen for å benytte tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og medisinerer anses å være en forutsetning for at pasienten kan klare seg utenfor institusjon.

Det var stor variasjon mellom helseforetaksområdene i hvor mange av pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold som var blitt tvangsmedisinert, målt i rater per 10 000 innbyggere, fra ingen i ett foretaksområde til 2,7 personer per 10 000 innbyggere i et annet.<sup>36</sup>

#### 4.3.3 Geografisk variasjon i tvangsbehandling med legemidler i døgninstitusjon

For døgninstitusjonenes del var det også relativt stor variasjon i hvor mange personer per 10 000 innbygger over 18 år som har blitt behandlet uten eget samtykke; fra 0,2 til 2. Det betyr at sannsynligheten for tvangsbehandling er ti ganger større i ett helseforetaksområde enn i et annet. Målt i hvor store andeler av pasientene som var tvangsbehandlet med legemidler siste tre måneder, var variasjonen fra tre prosent til 16 prosent.<sup>37</sup>

#### 4.3.4 Geografisk variasjon i de ulike tvangsformene sett i sammenheng

Det er altså konstatert store forskjeller i bruken av alle former for tvang. Vi ble underveis interessert i hvorvidt alle resultatene går i samme retning, eller om ulike tvangsformer brukes på forskjellig måte forskjellige steder. Det ble derfor gjennomført en tilleggsanalyse<sup>38</sup>, der resultatene knyttet til de geografiske variasjonene i tvang ble systematisert. Problemstillingen var om det er slik at helseforetaksområder med høy forekomst av en tvangsform også har høy forekomst av andre tvangsformer, eller om det foreligger substitusjonseffekter; dvs. om det er slik at det i noen områder blir anvendt mer av noen tvangsformer og mindre av andre.

33) SINTEF-rapporten s. 50-51

34) SINTEF-rapporten s. 77-78

35) SINTEF-rapporten s. 74-75

36) SINTEF-rapporten s. 62-63

37) SINTEF-rapporten s. 91-92

38) Vedlegg Tilleggsanalyser geografiske variasjoner i tvangsbruk og bruk av tvangsmidler etter innleggelsesparagraf. SINTEF Helse Notat desember 2005, s107

Hovedresultatet av denne analysen bekrefter at det er betydelige forskjeller i tvangsbruken mellom foretaksområdene. Selv om resultatene må tolkes med forsiktighet, er det ingen ting som tyder på at det er såkalte substitusjonseffekter som gjør seg gjeldende. Tvert om ser det ut til at helseforetaksområder som har høye andeler eller rater for en tvangsform, gjennomgående også har høyere andeler og rater for andre tvangsformer. Områder med høye rater og andeler for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og for tvangsbehandling med legemidler, har også høye rater og andeler for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og for tvangsbehandling med legemidler. Områder med høye rater for bruk av ett tvangsmiddel har også høye rater for bruk av et annet tvangsmiddel.

#### 4.3.5 Drøfting og vurdering

Det er altså konstatert store geografiske variasjoner i alle former for tvang: tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler.

De betydelige variasjonene i hvor mye ordningen med psykisk helsevern uten døgnopphold blir benyttet, kan indikere at nytt regelverk ikke er implementert like godt alle steder, og at det altså er forskjeller i regelverksforståelse og behandlingsskilt mellom ulike institusjoner og helseforetak. Det kan imidlertid også være andre forhold som virker inn på hvor hensiktsmessig denne ordningen betraktes. Geografisk og fysisk tilgjengelighet er en faktor, nivå og utforming på kommunale tjenester, inklusive boligtilbud, en annen.. Det å følge opp pasienter med bosted i nærheten av et DPS (poliklinikk) er for eksempel en helt annen utfordring enn å gi tilbud til pasienter som bor langt unna poliklinikken.

Det er også mange ulike forhold som påvirker behovet for og bruken av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Vi har ikke grunnlag med utgangspunkt i denne undersøkelsen for å forklare funnene, men kan peke ut noen forhold som spiller inn: ulikheter i befolkningssammensetning (flytting, alders- og kjønnsammensetning, urbaniseringsgrad) og sykdomspanorama (oppbygning av sosiale og helsemessige problemer), variasjoner i sammensetning, oppgavefordeling og kapasitet i spesialisthelsetjenestene (tilgang på kompetanse og personalressurser, plasser, organisatoriske forhold, samarbeidsforhold) og forskjeller i

utformingen av de kommunale tilbudene.

Alle disse forholdene virker sannsynligvis inn, på ulike måter. Det er likevel påvist svært store variasjoner. Det er sannsynlig at noe av forskjellen må forklares med at det er ulike holdninger til bruk av tvang, og ulik forståelse og tolkning av regelverket på ulike nivåer i helsetjenesten.

## 5 Vurdering og konklusjon – oppfølging og anbefalinger

At de pasientene som mottar tjenester fra psykisk helsevern ”på ufrivillig basis” er en svært sårbar gruppe, er ikke ny viten. Men resultatene i SINTEF Helses rapport dokumenterer at denne sårbarheten ikke bare er knyttet til tvangsanvendelsen eller utelukkende betinget av den psykiske sykdommen. Tvert imot er dette en gruppe kjennetegnet av lav utdanning, dårlig økonomi, lav sosial status, lite familietilknytning og svak sosial forankring og støtte. Denne gruppa stiller langt svakere enn befolkningen for øvrig, men også svakere enn resten av pasientpopulasjonen i psykisk helsevern, med hensyn til å ivareta egne interesser og rettigheter.

Samfunnets klageordninger passer kanskje best for velutdannede, kompetente og friske borgere. Klageordningene for tvangsbestemmelsene i psykisk helsevern er svært viktige, og kontrollkomisjonene følger situasjonen. Sammen med de rettighetene og klageordningene som gis gjennom pasientrettighetsloven, gir dette omfattende sikring av rettssikkerheten. Men den aller viktigste sikringen forvaltes av virksomhetene.

Helsemyndighetene følger situasjonen gjennom enkeltsaker som oppstår gjennom klager og annet, og gjennom en mer overordnet områdeovervåkning, for eksempel ved hjelp av statistiske data, som i denne rapporten. De resultatene vi nå har fått, gir også et perspektiv til andre kunnskapskilder. Klageatferd og klagebehandling bør vurderes lys av kunnskap om den dem ordningen gjelder. Vi vet blant annet nå mer om pasientgruppen som det anvendes tvang overfor, og dermed mer om mulige begrensninger i disse pasientenes forutsetninger for å benytte seg av eksisterende klageordninger.

### 5.1 Geografiske forskjeller i tvangsbruk

I SINTEF Helses undersøkelse er det avdekket store geografiske forskjeller når det gjelder alle former for tvang. Det bør vurderes å gjennomføre dybdestudier av årsakene til de geografiske forskjellene. Det er ikke mulig med bakgrunn i dette materialet å angi hva som er forsvarlig bruk eller forsvarlige nivåer. Det er heller ikke mulig med utgangspunkt i tallene alene å peke ut institusjoner eller helseforetaksområder som har for stort omfang. Trolig er det både institusjoner som har for stort omfang av tvang og også institusjoner som har for lite omfang av tvang. Et lite omfang kan indikere dårlig utbygde eller utilstrekkelige tjenestetilbud. Fordi de store forskjellene *kan* tyde på vilkårlighet, vil Statens helse-tilsyn be Helsetilsynet i fylkene å følge opp resultatene, og vurdere hvor det er nødvendig med tilsynsmessig oppfølging. Men vi forutsetter også at helseforetakene selv, så vel som de regionale helseforetakene, setter seg inn i SINTEF-rapporten og resultatene der, og vurderer om det er behov for å se nærmere på praksis i egne virksomheter. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med en handlingsplan mot tvang. Et viktig tiltak i en slik handlingsplan kunne være å bidra til bedre harmonisert og riktig praktisering av regelverket om tvang gjennom diskusjoner i fagmiljøene.

### 5.2 Avvik mellom faktisk og ønsket behandling for pasienter underlagt tvang

Denne undersøkelsen gir ikke godt nok grunnlag til å vurdere den faglig forsvarligheten ved behandlingstilbudet til pasienter under tvang. Men vi forutsetter at

helseforetakene og RHF-ene er oppmerksomme på tilfeller der det ikke er samsvar mellom faktisk behandling og ønsket behandling, og særlig der avvik angis å skyldes mangel på kompetanse eller kapasitet.

### **5.3 Kommunale helse- og sosiale tjenester for pasienter under tvunget psykisk helsevern**

Gjennom å se på forhold i spesialisthelsetjenesten, har vi i denne undersøkelsen fått avdekket mulige mangler i de kommunale tilbudene, særlig knyttet til bolig.

Helsetilsynet har besluttet at tjenester til personer med psykiske lidelser skal prioriteres med sikte på landsomfattende tilsyn i 2007 eller i 2008. Det vil i den sammenheng bli vurdert om tilsynet bør ha fokus på kommunale sosial- og helsetjenester, og på boligtilbud og tjenester i tilknytning til bolig, både i lys av sosialtjenestelovens § 4-3 og Opptrappingsplanen for psykisk helse. Ett av vurderingstemaene etter dette tilsynet kan bli om det er grunnlag for ytterligere rettighetsfesting av retten til bolig. Som ledd i å forberede et slikt tilsyn, vil Helsetilsynet i 2006 innhente kunnskap og erfaringer både fra egne og eksterne kilder om tjenestene til mennesker med psykiske lidelser.

Det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser i 2003 viste at bare et fåtall av virksomhetene hadde tatt initiativ til eller hadde medvirket til individuell plan. Vi forventer at psykisk helsevern og kommunene tar i bruk individuell plan som et verktøy for oppfølging av pasienter etter utskriving fra psykisk helsevern, og i det flerfaglige samarbeidet om kronisk syke pasienter. Det er nødvendig at begge nivåer interesserer seg og tar ansvar for totaliteten av tiltak.

### **5.4 Rettssikkerhetsgarantier for pasienter som det anvendes tvang overfor**

Klageordningene i psykisk helsevernloven bør vurderes i rettssikkerhetssammenheng, og i lys av kunnskap om pasientgruppen som er avdekket i denne undersøkelsen. Sosial- og helsedirektoratet er i ferd med å slutføre en evaluering av kontrollkommissjonene. Viktige problemstillinger i denne forbindelse, bør være om vilkårene for å klage er gode nok, og om det er for få som klager. Det er for eksempel grunn til å spørre hvordan bestemmelsen i § 6-4 om at det må

ha gått minst seks måneder fra en klage er blitt avslått av kontrollkommissjonen til ny klage kan fremsettes, blir håndtert og formidlet, og hvordan den blir oppfattet av pasientene? Det bør også vurderes om det er behov for ytterligere harmonisering av klagebehandlingen som kontrollkommissjonene og fylkesmannen har ansvar for. Det er ikke sikkert at det er behov for nytt regelverk, men det bør vurderes tiltak for bedre etterlevelse.

Vi finner også grunn til å understreke at vi ikke anser klageordningen i seg selv som tilstrekkelig rettssikkerhetsgaranti på områder med svake brukergrupper. Hensynet til rettsikkerheten på dette området tilsier derfor at det bør vurderes å styrke den tilsynsfunksjonen kontrollkommissjonene utøver gjennom kontroll og etterprøving, men også at dette er et område Helsetilsynet vil følge løpende med på.

### **5.5 Bedre data om tvang i psykisk helsevern**

God dokumentasjon og gode data om alle former for tvang er omtalt innledningsvis i denne rapporten som en nødvendig forutsetning for tilsynsmyndighetenes oppfølging. I den forbindelse vil vi nevne rapporteringen fra kontrollkommissjonene som vi håper kan bli mer systematisk, og med utgangspunkt i enhetlige retningslinjer. Dette er en svært viktig kunnskapskilde i tillegg til pasientdata som virksomhetene er pålagt å rapportere til Norsk pasientregister.

Vi legger til grunn at det tas tak i situasjonen, og at aktører på ulike nivåer følger opp resultatene innen eget ansvarsområde.



## Referanser

- Bjørngaard JH, Hatling T. Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern i 2001-2002. Trondheim; SINTEF Helse, januar 2003.
- Drøpping JA. Bo- og tjenestetilbud for bostedsløse. Hvordan kommunene ivaretar sin plikt til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. FAFO-notat 2005-19. Oslo: FAFO, 2005.
- Dyb E. Bostedsløs – posisjon på boligmarkedet eller identitet? Byggeforskningsinstituttet, prosjektrapport 2005. Oslo: Byggeforskningsinstituttet, 2005.
- Gråwe et al. Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Trondheim: SINTEF Helse, Juni 2005.
- Hagen H, Ruud T. Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003. SINTEF Helse Rapport 3/04. Trondheim; SINTEF Helse, 2004.
- Hatling T. Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. I: Norvoll, R, red. Samfunn og psykiske lidelser. Oslo; Gyldendal, 2002.
- Prosjektrapport om Prosjekt bostedsløse 2001-2004. Oslo: Husbanken, 2005.
- Kalset J, red. SAMDATA Psykisk helsevern 2004: sektorrappport 2004: sammenligningsdata for psykisk helsevern. Rapport 2/05. Trondheim: SINTEF Helse, 2005.
- Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport  
Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Statens helse-tilsyn, 2003.
- Opptrappingsplanen for psykisk helse: status etter fire år. SAMDATA psykisk helsevern Rapport 3/03. Trondheim: SINTEF Helse, 2003.
- Skog Hansen IL, Ytrehus S. Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser. FAFO-rapport 494. Oslo: FAFO, 2005.
- Tilsynsmelding 2004. Oslo; Statens helse-tilsyn, 2005.



## **Del II**

# **Analyse av tvang i psykisk helsevern**

**Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet**

**Tonje Lossius Husum, Per Bernhard Pedersen og Trond Hatling**

**SINTEF Helse Rapport STF78 A005022**

**Trondheim/Oslo 3.10.2005**

## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

# Innhold

<b>Tabelloversikt</b> .....	<b>30</b>
<b>Figuroversikt</b> .....	<b>33</b>
<b>1 Hovedfunn</b> .....	<b>35</b>
<b>2 Bakgrunn og innledning</b> .....	<b>39</b>
2.1 Rapportens oppbygging .....	39
<b>3 Datagrunnlag og metode</b> .....	<b>40</b>
3.1 Landsomfattende tverrsnittsregistrering november 2003 for døgnpasienter .....	40
3.1.1 Formål og metode .....	40
3.2 Landsomfattende tverrsnittsregistrering september 2004 for poliklinikkpasienter ..	41
3.2.1 Formål og metode .....	41
<b>4 Tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold</b> .....	<b>42</b>
4.1 For hvilke pasienter benyttes tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold? .....	43
4.2 Sammenligning av pasienter under tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold, med pasienter under tvingent psykisk helsevern med døgnopphold.....	44
4.2.1 Tabeller .....	45
4.3 Er det geografisk variasjon i bruk av tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold?.....	49
4.3.1 Figurer.....	50
4.4 Hva slags behandling får pasienter underlagt tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold? .....	52
4.4.1 Tabell.....	53
4.5 Hva slags bosituasjon har pasientene underlagt tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold? .....	53
4.5.1 Tabeller .....	54
4.6 Omfang/mengde av behandling til pasientene under tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	55
4.6.1 Tabell.....	56
<b>5 Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon</b> .....	<b>57</b>
5.1 Hvilke pasienter behandles med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon? .....	57
5.1.1 Tabeller .....	58
5.2 Er omfanget av tvangsmedisinering jevnt fordelt mellom de ulike poliklinikkene/ helseforetakene?.....	61
5.2.1 Figurer .....	62

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

<b>6 Tvingt psykisk helsevern med døgnopphold</b> .....	<b>64</b>
6.1 Hvilke pasienter legges inn til tvingt psykisk helsevern med døgnopphold? .....	64
6.1.1 Tabeller .....	65
6.2 Faktisk og ideelt behandlingstilbud for pasienter under tvingt psykisk helsevern med døgnopphold .....	69
6.2.1 Tabeller .....	69
6.3 Faktisk og ideelt botilbud til pasienter innlagt under tvingt psykisk helsevern med døgnopphold .....	71
6.3.1 Tabeller .....	72
6.4 Er lange opphold under tvingt psykisk helsevern med døgnopphold geografisk jevnt fordelt? .....	73
6.4.1 Figurer .....	74
6.5 Er det geografiske variasjoner i bruk av tvingt psykisk helsevern med døgnopphold? .....	76
6.5.1 Forskjell i befolkningsrate i antall innlagte under tvingt psykisk helsevern med døgnopphold – og i andel tvangsinnlagte av alle innlagte .....	76
6.5.2 Figurer .....	77
<b>7 Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon</b> .....	<b>79</b>
7.1 Hva kjennetegner de pasientene det ble brukt tvangsmidler på, sammenliknet med de pasientene det ikke ble brukt tvangsmidler på?.....	80
7.1.1 Tabeller .....	81
<b>8 Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon</b> .....	<b>85</b>
8.1 Hvilke pasienter ble tvangsbehandlet i døgninstitusjonene, og skiller disse seg ut fra pasientene som ikke ble tvangsbehandlet? .....	86
8.1.1 Tabeller .....	87
8.2 Er omfanget av tvangsbehandling geografisk jevnt fordelt mellom helseforetaksområder?.....	90
8.2.1 Figurer .....	91
<b>9 Litteraturgjennomgang tvangsbehandling</b> .....	<b>94</b>
9.1 Lovverk.....	94
9.2 Metode .....	94
9.3 Aktuell litteratur .....	94
9.3.1 Hva vet vi om forekomst.....	95
9.3.2 Hvem anvendes tvangsmedisinering overfor? .....	95
<b>Forskningsbehov – noen punkter</b> .....	<b>97</b>
<b>Litteratur</b> .....	<b>100</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>102</b>
Spørreskjema om pasienter i poliklinikk .....	103
Spørreskjema om pasienter i døgninstitusjoner .....	105
Tilleggsanalyser	
• Geografiske variasjoner i tvangsbruk	
• Bruk av tvangsmidler etter innleggelsesparagraf .....	107
1 Innledning .....	107
2 Geografiske variasjoner i tvangsbruken. Indikatorer og datagrunnlag.....	107
2.1 Sammenstilling av befolkningsbaserte rater for bruk av ulike tvangsformer på helseforetaksnivå. ....	107
2.2 Sammenstilling av opplysninger om hvor store andeler av pasienten på fortaksnivå som utsetts for ulike tvangsformer .....	108
3 Resultater – geografiske variasjoner i bruk av tvang .....	108
3.1 Geografiske variasjoner i befolkningsbaserte rater for bruk av tvang .....	108
3.2 Geografiske variasjoner i tvangsbruk ut fra behandlingsvolum.....	110
3.3 Oppsummering, geografiske variasjoner i tvangsbruken .....	111
4 Bruk av tvangsmidler etter innleggelsesparagraf .....	111

## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

## Tabelloversikt

Tabell 4.1	Polikliniske pasienter. Kjønnfordeling av pasientene i utvalget. I antall og prosent. ....	45
Tabell 4.2	Fordeling av diagnosegrupper hos pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig vern. I prosent.....	47
Tabell 4.3	Sivilstatus til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent. ....	47
Tabell 4.4	Bosituasjon til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent. ....	48
Tabell 4.5	Hovedinntektskilde til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig helsevern. I prosent.....	48
Tabell 4.6	Utdanning til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent. ....	49
Tabell 4.7	Behandlingstilbud til pasienter i poliklinisk behandling, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig. Hva de mottar av behandlingstilbud og hva som hadde vært ønskelig at de hadde mottatt av behandlingstilbud. I prosent.....	53
Tabell 4.8	Hva slags bolig hadde pasientene på frivillig og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingstart, og hva slags bolig mener behandlerne hadde vært ideelt. I prosent. ....	54
Tabell 4.9	Hva slags type bolig vurderer behandlerne hadde vært ideelt for de pasientene de mener ikke har en ideell bosituasjon. Antall pasienter. ....	55
Tabell 4.10	Varighet på aktuell behandlingssekvens, antall timer og konsultasjoner i registreringsperioden. Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold sammenlignet med frivillige pasienter i poliklinikk. ....	56
Tabell 5.1	Kjønnfordeling på pasientene som var blitt tvangsmedisinert utenfor institusjon. I prosent. ....	58
Tabell 5.2	Aldersfordeling på pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	58

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Tabell 5.3	Fordeling av diagnoser hos pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk og de som ikke er blitt det. I prosent. Diagnosegruppene er nærmere beskrevet i kapittel 4. ....	59
Tabell 5.4	Sivilstatus til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	59
Tabell 5.5	Bosituasjon til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	60
Tabell 5.6	Hovedinntektskilde til pasienter som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med de som ikke er blitt det. I prosent. ....	60
Tabell 5.7	Utdanning til pasientene som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med pasientene som ikke er blitt det. I prosent. ....	61
Tabell 6.1	Døgnpasienter i psykisk helsevern. Utvalg og formalitet ved registreringstidspunktet, antall og prosent. ....	65
Tabell 6.2	Kjønnsfordeling for formalitet ved registreringstidspunktet. I prosent. ....	66
Tabell 6.3	Kjønnsfordeling etter henvisningsparagraf ved innleggelse. Antall. ....	66
Tabell 6.4	Fordeling av diagnosegrupper hos de innlagte pasientene og formalitet. I prosent. ....	67
Tabell 6.5	Sivilstatus til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	67
Tabell 6.6	Bosituasjon til innlagte pasientene og formalitet. I prosent. ....	68
Tabell 6.7	Hovedinntektskilde til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	68
Tabell 6.8	Utdanning til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	69
Tabell 6.9	Faktisk og ønsket behandlingstilbud etter formalitet og differanse mellom faktisk og ønskelig. I prosent. ....	70
Tabell 6.10	Tabell over oppgitte årsaker til at ikke pasienten får det ønskede behandlingstilbudet. Pasienten ønsker det ikke, vi har ikke aktuell kompetanse eller vi har ikke kapasitet. I prosent. ....	71
Tabell 6.11	Faktisk og ønskelig botilbud for pasienter og formalitet, og differansen mellom faktisk og ønskelig. I prosent. ....	72
Tabell 7.1	Kjønnsfordeling pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	81
Tabell 7.2	Aldersfordeling på pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	81
Tabell 7.3	ICD 10 hoveddiagnose til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	82

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Tabell 7.4	Sivilstatus til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Sivilstatus befolkningen over 18 år .....	82
Tabell 7.5	Bosituasjon til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.....	83
Tabell 7.6	Hovedinntektskilde til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	83
Tabell 7.7	Utdanning til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	84
Tabell 8.1	Kjønnfordeling på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	87
Tabell 8.2	Aldersfordeling på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	87
Tabell 8.3	Diagnose på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	88
Tabell 8.4	Sivilstatus på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	88
Tabell 8.5	Bosituasjon til pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	89
Tabell 8.6	Hovedinntektskilde på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	89
Tabell 8.7	Utdanning til pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandling og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	90

**Tilleggsanalyse - tabelloversikt**

Tabell 1	Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseforetaksområder 2003 eller 2004 .....	112
Tabell 2	Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder 2003 eller 2004 .....	113
Tabell 3	Korrelasjonsmatrise (Pearson's r) for variasjoner i indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne mellom helseforetaksområder. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. 2003 og 2004 .....	114



**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Tabell 4	Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentandeler av pasientene. Helseforetaksområder 2003 eller 2004 .....	115
Tabell 5	Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentandeler av pasientene i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder 2003 eller 2004 .....	116
Tabell 6	Korrelasjonsmatrise (Pearson's r) for variasjoner i indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne mellom helseforetaksområder. Prosentandeler av pasientene (tvungent vern og tvangsbehandling) eller ganger per 365 oppholdsdøgn (tvangsmidler). 2003 eller 2004,.....	117
Tabell 7	Innleggelsesparagraf (spesialistvedtak) for pasienter som har vært utsatt for bruk av tvangsmidler i løpet av de siste tre månedene. Pasientregistreringen blant døgnpasienter i voksenpsykiatrien 20. november 2003 .....	118

## Figuroversikt

Figur 4.1	Alderfordeling på pasienter i poliklinisk behandling underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn og under frivillig psykisk helsevern i prosent .....	46
Figur 4.2	Polikliniske pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgn, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunkt (september 2004) etter HF område og RHF område. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. ....	50
Figur 4.3	Poliklinisk behandlede pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunktet (september 2004) per HF og RHF. Prosent av polikliniske pasienter totalt. ....	51
Figur 5.1	Antall tvangsmedisinerte utenfor døgninstitusjon per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. HF og RHF område. ....	62
Figur 5.2	Tvangsmedisinerte i prosent av polikliniske pasienter totalt per HF og RHF.....	63
Figur 6.1	Aldersfordeling blant pasientene som er innlagt på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og de som er innlagt frivillig. ....	66
Figur 6.2	Varighet av opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Lengde på det tvungne psykiske helsevernet, under 3 mnd, over 3 måneder og over 1 år per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Nåværende status. HF- og RHF- område. ....	74
Figur 6.3	Prosent pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter varighet på oppholdet. Under tre mnd, over tre mnd. og over et år per HF og RHF.....	69
Figur 6.4	Tvangsrate. Innlagte pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter nåværende status. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre per HF- og RHF- område.....	77

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Figur 6.5	Andel innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av alle innlagte pasienter per HF og RHF. ....	78
Figur 8.1	Antall tvangsbehandlede pasienter per 10 000 innbyggere fordelt på HF- og RHF- område. ....	91

## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

# 1 Hovedfunn

## Geografiske forskjeller når det gjelder bruk av tvang

Det er store geografiske forskjeller når det gjelder all bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge. Både når det gjelder bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, tvangsmedisinering utenfor døgninstitusjon, tvungent psykisk helsevern med døgn og bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon er det store forskjeller mellom helseforetakene og til dels også mellom de regionale helseforetakene.

## Bostedsløse

En stor del av pasientene (43 prosent) som er innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold har ikke egen bolig. Behandlerne mener også at en stor del av pasientene under tvungent psykisk helsevern både uten og med døgnopphold ikke har en egnet bosituasjon. Det er særlig mer hjelp og tilsyn i boligen som savnes etter behandlernes mening.

## Kjønnsforskjeller

Det er flere menn enn kvinner som det blir brukt tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold overfor. Menn er også i flertall når det gjelder bruk av tvangsbehandling både utenfor og i døgninstitusjon. Det brukes imidlertid oftere tvungen observasjon og tvangsmidler i døgninstitusjon overfor kvinner.

## Sosiale og økonomiske forskjeller

Pasientene som det benyttes tvungent psykisk helsevern og annen type tvangsbehandling overfor, skårer dårligere på sosiodemografiske variabler som inntekt, utdanning og boforhold enn de pasientene som behandles frivillig. Dette kan tyde på at bruk av tvang henger sammen med fattigdomsproblematikk og bostedsløshet.

## Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

- Av de i alt 21 527 pasientene som ble behandlet poliklinisk i september 2004, var 2,9 prosent underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold da behandlingen startet. I registreringsperioden var to prosent fortsatt under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.
- For 87 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, var det tvungne vernet begrunnet med "behandlingskriteriet". For 33 prosent av pasientene var det tvungne vernet uten døgnopphold begrunnet med "farekrite-

riet". Noen av pasientene hadde begge kriteriene som begrunnelse for vernet.

- Det var flere menn enn kvinner som var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Hovedtyngden av personene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var mellom 30 og 50 år og hadde fått en schizofreni-diagnose (81 prosent). De fleste bodde alene og var uføretrygdet.
- Behandlingstilbudet til pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold besto i hovedsak av medisiner og samtaler. Så godt som samtlige av pasientene, henholdsvis 94 og 91 prosent

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

mottok medisiner og samtaler. En fjerdedel mottok i tillegg familiesamtaler. For 15 og åtte prosent av pasientene, inngikk også praktisk trening og gruppebehandling som en del av behandlingen. Av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold bodde 73 prosent i egen bolig uten tilsyn. De resterende pasientene bodde i ulike typer botilbud med tilsyn enten på dag eller døgn. Tre prosent bodde i tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette dreier seg sannsynligvis om boliger som ligger under DPS. Behandlerne i poliklinikkene mente også at en tredjedel av pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke hadde adekvat botilbud. Det var særlig mer oppfølging i egen bolig som behandlerne mente savnes, enten tilsyn på dagen eller hele døgnet.

- Differansen mellom reelt og ønskelig behandlingstilbud var større for pasienter på tvungent psykisk vern uten døgnopphold enn for de frivillige pasientene. Det var spesielt mer familiesamtaler, praktisk trening og rusbehandling som ble ønsket for disse pasientene. Dette antyder at dette er pasienter med store og sammensatte vansker, som vurderes til å ha behov for sammensatte behandlingstilbud. Så langt kan en derfor ikke si at DPS-utbyggingen er i stand til å imøtekomme denne pasientgruppens behandlingsbehov i tilstrekkelig grad.
- Lengden på aktuell behandlingssekvens var lengre for pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold enn for de frivillige pasientene. For pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold hadde aktuell behandlingssekvens vart gjennomsnittlig i to år, mens den for de frivillige pasientene hadde vart i 13 mnd. Et fåtall pasienter trekker imidlertid snittet opp. Hvis man i stedet benytter medianen (verdi som deler pasientene i to like store grupper) som mål, finner vi at halvparten av pasientene på tvungent psykisk helsevern hadde hatt en behandlingstid på 16 måneder eller mer, mot syv måneder for de frivillige behandlede pasientene.
- Det var stor variasjon mellom helseregionene i hvor mange pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Variasjonen var fra Helse-region Nord hvor det var 0,4 person per 10 000 innbygger som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold; til

Helseregion Øst som hadde 1,3 personer per 10 000 innbygger under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Landsgjennomsnittet var 1,2 person per 10 000 innbygger underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Mellom helseforetakene var variasjonen fra ingen personer under tvungent psykisk vern uten døgnopphold i Finnmark HF-område til 2,6 personer underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold per 10 000 innbygger i Ullevål og Aker HF-område.

### Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon

- Behandlerne svarte at 443 pasienter hadde blitt behandlet med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon i løpet av behandlingen. Dette utgjør 2,1 prosent av alle de polikliniske pasientene.
- Av disse hadde 85 prosent fått schizofrenidiagnose. Nesten to tredjedeler var over 40 år gamle. Så godt som samtlige var trygdet (98 prosent) og det var et flertall menn blant pasientene som var blitt tvangsmedisinert.

### Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

- Det var 4200 pasienter innlagt i døgninstitusjon i psykisk helsevern ved tverrsnittregistreringen 20. november 2003. Av disse var 25 prosent innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Av disse var 58 prosent menn og 42 prosent kvinner, og over halvparten av pasientene var mellom 18 og 39 år gamle.
- Et oppsiktsvekkende funn er at hele 27 prosent av pasientene innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold oppgis å ikke ha egen bolig. Hvis man tar med de pasientene som det oppgis for at de ikke har annen bolig enn behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten, kommer antallet opp i 43 prosent. Dette kan bety at så mange som 43 prosent av pasientene innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold reelt sett var bostedsløse. Dette utgjorde 452 personer. Tar vi også med de frivillige pasientene blir tallet 31 prosent av hele populasjonen eller 1302 personer. Dette er tanke-

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

vekkende idet sosialtjenesteloven stadfester at alle som har behov for det, har rett til hjelp med å bo i hjemkommunen sin. På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at det å legge en person inn i en døgninstitusjon kan være en måte å imøtegå problematikken med bostedsløshet på. På denne måten kan det også tilsløre hvor mange bostedsløse mennesker det egentlig finnes.

- Behandlerne mente også at 28 prosent flere enn det som var tilfelle av de tvangsinnlagte hadde behov for bolig med døgntilsyn. Det tilsvarende tallet for bolig med tilsyn på dagen var at 13 prosent flere tvangsinnlagte burde hatt det.
- Det ser ut som at både for de tvangsinnlagte og de frivillig innlagte pasientene var behandlingstilbudet omtrent slik behandlerne mente at det burde være. Det var imidlertid større avvik mellom faktisk og ønskelig behandlingstilbud for de tvangsinnlagte pasientene. Størst var avviket når det gjaldt praktisk treningsopplegg, familiesamtaler og rusbehandling. Flere av de tvangsinnlagte pasientene burde hatt tilbud om disse behandlingformene i følge behandlerne. Dette er betenkelig idet det tvungne psykiske vernet oftest begrunnes i behov for behandling.
- Det var stor geografisk variasjon når det gjelder hvor mange personer per 10 000 innbygger som var innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Variasjonen var fra 0,5 person i Helgeland HF-område til 6,1 personer i Asker og Bærum HF-område. Gjennomsnittet for hele landet var at tre personer per 10 000 innbygger var innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.
- Det var også store geografiske forskjeller når det gjaldt lengde på opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Variasjonen var fra Asker og Bærum HF hvor 2,7 personer per 10 000 innbygger hadde vært innlagt under tvungent psykisk helsevern mer enn et år, til Blefjell HF område som ikke hadde noen pasienter tvangsinnlagt mer enn et år. Helseregion Sør RHF hadde generelt få personer per 10 000 innbygger innlagt til lange opphold under tvungent psykisk vern, mens Helse Vest RHF ser ut til å ha hatt flest personer innlagt med lange opphold (over ett år). På landsbasis hadde

0,9 personer per 10 000 innbygger vært innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold over ett år. Dette utgjorde 32 prosent av pasientene som var innlagt under tvungent helsevern 20. november 2003.

### Tvangsmidler i døgninstitusjon

- I populasjonen var det blitt brukt tvangsmidler overfor syv prosent av de 4200 innlagte pasientene i løpet av de siste tre månedene forut for registreringen. Korttidsvirkende legemidler var blitt brukt overfor fire prosent, mekaniske tvangsmidler overfor tre prosent og isolasjon overfor tre prosent.
- I motsetning til de andre tvangsvariablene som oftere var blitt benyttet overfor menn enn kvinner, var det her flere kvinner som det var blitt benyttet tvangsmidler overfor.

### Tvangsbehandling i døgninstitusjon

- Blant pasientene som var blitt tvangsbehandlet var det flere menn, yngre, ugifte og uføretrygdede enn blant de som ikke hadde blitt tvangsbehandlet. De to gruppene hadde relativt likt utdannelsesnivå, men flere hadde schizofrenidiagnose og flere var bostedsløse hos de som var blitt tvangsbehandlet. Det var også færre som hadde egen bolig uten tilsyn blant de tvangsbehandlede. Jevnt over er dette en gruppe pasienter som er svakere og mer sårbar på de fleste områder enn pasientene som ikke hadde blitt utsatt for tvangsbehandling.
- Det var relativt stor variasjon i hvor mange personer som var blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger mellom helseforetaksområder og mellom de regionale helseforetaksområdene. Variasjonen var fra Helgeland HF-område med 0,2 personer per 10 000 innbygger som hadde blitt tvangsbehandlet til Bergen HF-område hvor to personer per 10 000 innbygger hadde blitt tvangsbehandlet. Asker og Bærum og Førde HF-område ligger også høyt med 1,7 personer som hadde blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger. Helseregion Vest RHF skiller seg generelt ut blant Helseregionene med 1,7 person utsatt for tvangsbehandling per 10 000 innbygger. De fire andre helseregionene ligger lavere og relativt

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

likt med en spredning fra 0,7 personer til 1 person tvangsbehandlet per 10 000 innbygger.

- Det var i denne populasjonen 125 pasienter som var blitt tvangsbehandlet med annet enn legemidler. Disse er også ujevnt geografisk fordelt. Bergen og Fonna HF-område skiller seg ut med litt over en person per 10 000 innbyggere. Helseregion Vest ligger også sammenlagt høyere på antall tvangsbehandlede per 10 000 innbyggere enn de fire andre Helse-regionene. På landsbasis ble 0,36 person per 10 000 innbygger tvangsbehandlet med annet enn legemidler.

### Kunnskapsbehov

- De betydelige geografiske forskjellene i forhold til alle tvangsformer påvist i denne rapporten, og i tidligere rapporter fra SINTEF helse om tvang, har det innen rammen av dette prosjektet ikke vært ønskelig å analysere nærmere. Med tanke på utforming av den framtidige helsepolitikken på dette området, og målet om lik rett til helsetjenester, er det etter vår vurdering et behov for dybdestudier av årsakene til disse forskjellene.
- Tilsvarende er det også et behov for økt kunnskap om årsaker til, og konsekvensene av, at de ulike tvangsformene anvendes. Hva er eksempelvis de kliniske og øvrige årsaker til overføring fra tvungen psykisk helsevern med døgn til uten døgn, og hvordan vurderer brukere, behandlere og 1. linjetjenesten denne overgangen? Her er det behov for forløpsstudier.

## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

## 2 Bakgrunn og innledning

Helsetilsynet har behov for kunnskap om alle formene for tvang, det vil si tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmidler. Helsetilsynet er gjennom en prosess gjort kjent med andre prosjekter som SINTEF Helse har om temaet tvang i det psykiske helsevernet. Det var fra Helsetilsynets side ønskelig at SINTEF Helse kunne gjøre en egen analyse av pasientkjenetegn ved tvangsbruk ved hjelp av det allerede innsamlede materialet fra pasienttellingene gjennomført 20. november 2003 (døgnpasienter) og høsten 2004 (polikliniske pasienter).

Prosjektleder og prosjektmedarbeidere har vært i flere møter med Helsetilsynet og samarbeidspartnere våren og høsten 2005 for å diskutere rapportens oppbygging og detaljeringsgrad.

### 2.1 Rapportens oppbygging

I kapittel 3 redegjøres for rapportens metode og datagrunnlag.

Rapportens empiriske del er bygget opp slik at den tar opp lovverkets fem ulike hovedtyper av tvangsbruk hver for seg:

- Kapittel 4 – Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold
- Kapittel 5 – Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon
- Kapittel 6 – Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold
- Kapittel 7 – Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon

- Kapittel 8 – Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon

Hvert kapittel er bygd opp som følgende:

- Introduksjon om lovgrunnlaget
- Kommentarer og oppsummering av tabeller og figurer
- Sammenligning av ulike pasientgrupper
- Tabeller og figurer

I teksten under hvert enkelt tvangsområde vil pasienter som det var blitt brukt tvang overfor bli sammenlignet med de pasientene det ikke var blitt brukt tvang overfor. Sammenligning av andre grupper pasienter, slik som pasienter behandlet med tvang i døgninstitusjon sammenlignet med pasientene behandlet med tvang utenfor døgninstitusjon vil bli gjort i eget avsnitt. Demografiske tall for hele befolkningen fra Statistisk Sentralbyrå er satt inn i tabellene med demografiske variabler der det er naturlig.

I kapittel 9 gjennomgås kort litteratur om tvangsbehandling. Litteratur om tvungent psykisk helsevern og tvangsmidler er gjennomgått i tidligere SINTEF rapporter/-publikasjoner (Hatling et al. 2002a, Pedersen et al. 2004a, Hatling et al. 2002b, se også Hatling 2002).

## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

### 3 Datagrunnlag og metode

For analysene benyttes to datakilder:

Den primære datakilden er den landsomfattende tverrsnittsregistreringen av pasienter i det psykiske helsevernet. Denne tellingen ble siste gang gjennomført én spesifikk dag i november 2003 for døgnpasienter og over en periode på to uker i september 2004 for dag og polikliniske pasienter. Disse dataene kjennetegnes av stor grad av kompletthet i registrering og i dekning. Disse dataene dekker imidlertid bare de pasientene som var inne til behandling på ett tidspunkt. Pasienter med langvarige opphold og behandlingsforløp vil dermed ha større sjanse for å inkluderes i dette materialet, noe som er viktig å ha in mente ved tolkning av resultatene.

For analyser av befolkningsandel benyttes befolkningsstatistikk på Helseforetaksnivå, hentet fra Statistisk sentralbyrå/ Samdata.

Forklaring på noen begreper som brukes:

**Gyldig N:** Antallet svar på det aktuelle spørsmålet.

**Missing - N:** Antall spørreskjemaer hvor det aktuelle spørsmålet ikke er svart på.

**Total N:** Størrelsen på hele populasjonen.

**Befolkningsrate:** Befolkningsrate er hele tiden beregnet som antall personer per 10 000 innbyggere over 18 år per helseforetak og regionalt helseforetaksområde. Raten for hele landet er også beregnet.

**Formalitet:** I teksten vil uttrykket formalitet noen ganger bli brukt. Pasientens formalitet henviser til hvilken juridisk paragraf pasienten behandles under.

**Benevnelse på de som blir behandlet i psykisk helsevern:** I denne rapporten vil benevnelsene pasient og person bli brukt om hverandre.

**Benevnelsene HF og RHF:** Henviser til helseforetak og regionalt helseforetak.

#### 3.1 Landsomfattende tverrsnittsregistrering november 2003 for døgnpasienter

##### 3.1.1 Formål og metode

Denne kartleggingens målsetting er å skaffe til veie opplysninger om pasientene i døgninstitusjoner i psykisk helsevern for voksne, samt belyse om døgntilbudene i psykisk helsevern for voksne synes å være tilpasset de behov som pasientene har ut fra behandlernes vurderinger.

Registreringen er en oppfølging av tilsvarende pasientregistreringer foretatt med fem års mellomrom siden 1979. Fordi registreringsskjema og undersøkelsens øvrige design bygger på de foregående pasienttellingerne, kan resultatene fra de ulike registreringene sammenholdes direkte. En kan dermed si noe om endringer i pasientsammensetning og psykisk helsevern generelt i løpet av de siste 20 år. Fordi opplysningene er anonymiserte, kan en imidlertid ikke si noe om de endringer som har skjedd med den enkelte pasient.

Registreringen ble gjennomført i praksis ved at behandlerne fylte ut et registreringsskjema for hver enkelt pasient som var innlagt på registreringstidspunktet 20. november 2003. Selv om registreringen nødvendigvis må ha tatt noe tid, er det pasientens juridiske status på registreringsdagen som



## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

skulle registreres. Det vil si om pasientene var under tvungent eller frivillig psykisk helsevern. Det er ikke registrert navn, personnummer eller andre personidentifiserbare opplysninger.

Etter flere skriftlige og muntlige purrerunder hadde SINTEF Helse mottatt utfylte skjema fra samtlige døgninstitusjoner innen utgangen av mars 2004. I den grad institusjonene har levert skjema for alle sine pasienter per 20. november 2003, omfatter undersøkelsen derved samtlige pasienter som var innlagt på registreringstidspunktet. Dette utgjør en hel populasjon.

Etter at registreringsskjemaene var mottatt ved SINTEF Helse ble opplysningene lest inn optisk. Det ble utført omfattende feilsjekking for å finne og rette opp skjema som åpenbart var feilaktig fylt ut, eller som var blitt gjenstand for feillesing under dataregistreringen. Dette gjaldt svært få skjema.

Det foreligger opplysninger om i alt 4 243 døgnpasienter. I henhold til SAMDATA Psykisk Helsevern for 2003 var det 5 296 senger ved utgangen av 2003. Dette skulle tilsi en beleggsprosent på 80 prosent. I et samleskjema som institusjonene sendte inn sammen med registreringsskjema for å angi status den 20. november 2003, fremgikk det imidlertid at et flertall av institusjonene oppga å ha færre senger i drift enn hva som ble innrapportert til Statistisk Sentralbyrå ved utgangen av året. Differansen skyldes trolig ulik definisjon av hva som er operative senger, noe som igjen henger sammen med vurderingen av hvor god bemanningen skal være før en døgnplass blir definert som å være i operativ drift på et tidspunkt. Ut fra institusjonenes egen angivelse av antall døgnplasser i drift på registreringstidspunktet, antas beleggsprosenten høyere enn 80 prosent, og tallmaterialet som presenteres i denne rapporten antas å omfatte praktisk talt samtlige døgnpasienter.

På registreringstidspunktet var antall registrerte døgnpasienter ved sykehusavdelinger 2 371, ved DPS-er 1 440, og ved sykehjem 389, i alt 4 200 døgnpasienter. Det ses i denne sammenheng bort fra pasienter under privat forpleining.

## 3.2 Landsomfattende tverrsnittsregistrering september 2004 for poliklinikkpasienter

### 3.2.1 Formål og metode

Kartleggingens målsetting var å skaffe til veie opplysninger om pasienter som mottar behandling ved institusjoner og poliklinikker i det psykisk helsevernet for voksne, samt belyse hvordan tilbudene er tilpasset pasientenes behov (basert på behandlernes vurdering). Det ble utført en tilsvarende undersøkelse av poliklinisk behandling i 2000 og det ble lagt særlig vekt på å kunne sammenligne dataene med data fra undersøkelsen i 2004. Opplysningene er anonyme og man kan derfor ikke si noe om individuelle endringer.

Alle offentlig godkjente poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne i Norge ble tilsendt et spørreskjema. En oversikt over disse ble gitt av Sosial- og helsedirektoratet. Et annet spørreskjema ble sendt til alle privatpraktiserende med driftstilskudd (avtalespesialister) i landet. Oversikter over avtalespesialistene ble gitt av det enkelte RHF og av Den Norske Lægeforening og Norsk Psykologforening.

Registreringen ble gjennomført ved at behandlerne fylte ut et registreringsskjema for hver pasient de behandlet eller undersøkte i løpet av to uker i september 2004. Selv om utfyllingen av skjemaet kunne ta en del tid, var det pasientenes juridiske status på tidspunktet for behandlingskontakten i registreringsperioden som skulle skåres. Studien var vurdert ikke meldepliktig eller konsekvenspliktig av Personvernombudet for forskning fordi det ikke ble registrert navn, personnummer, adresse, bostedskommune eller andre direkte eller indirekte identifiserbare personopplysninger.

Totalt mottok SINTEF 21 527 registreringsskjemaer fra poliklinikkene. Det ble ikke utført noen form for purring i forbindelse med datainnsamlingen. Etter at registreringsskjemaene var mottatt ved SINTEF Helse, ble opplysningene "lest" optisk og overført til en database. Skjemaer som ikke kunne leses optisk på grunn av feilaktig eller upresis utfylling, ble punchet manuelt. Noen få skjemaer mottatt etter 1. april 2005 ble ikke med i undersøkelsen.

## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

# 4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Fra 01.01.01 har det i henhold til psykisk helsevernloven vært anledning å behandle pasienter under tvungent psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon uten forutgående døgnopphold.

### § 3-1. Psykisk helsevernloven av 1999 - Hva tvungent vern kan omfatte

*”Tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette formål. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.*

*Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Tvungent psykisk helsevern kan da gis mens pasienten har opphold på egen bopel og kan bare omfatte pålegg ovenfor pasienten om fram møte til behandling. Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.”*

Ved tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold må kriteriene for tvungent vern være oppfylt:

### § 3-3. Vilkår for tvungent psykisk helsevern

*Tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten*

*a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller*

*b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse*

*Tvungent psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.*

*Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.”*

Denne muligheten erstatter den tidligere ordningen med tvungent ettervern. Den største forskjellen er at pasienten kan behandles under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på poliklinikken uten forutgående innleggelse i døgninstitusjon. Ettersom dette er en ny mulighet er det stort behov for kunnskap om bruk av tvungent psykisk helsevern i poliklinikkene. Den landsomfattende poliklinikkregistreringen kan bringe ny kunnskap inn i denne sammenhengen, ettersom pasientdata levert til NPR ennå ikke er av en slik kvalitet at det er mulig å studere dette nærmere (Pedersen, Bjørngaard og Hatling 2004). En deskriptiv analyse fra poliklinikkregistreringen er utgitt i en egen rapport medio 2005 (Gråwe et al. 2005).

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Rapporteringen fra den landsomfattende poliklinikkregistreringen viser hvor mange pasienter som mottok poliklinisk behandling over en periode på to uker i september 2004. Pasienter som er under et behandlingsforløp, men som ikke var til behandling i poliklinikken i denne perioden, vil ikke dekkes i dette utvalget. Dette gjelder for eksempel pasienter som ikke møtte til behandling eller som ikke hadde time i perioden. Vi kan derfor ikke si eksakt hvor mange som til enhver tid er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, kun andelen av de som mottok konsultasjon i registreringsperioden. Til gjengjeld er dette det eneste nasjonale datagrunnlaget som kan si noe om pasientene som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette er også den første kartleggingen om bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i Norge.

I spørreskjemaet som ble sendt ut til behandlere ved poliklinikkene ble det brukt noen uttrykk som her blir definert nærmere. Spørreskjemaet ligger i vedlegget.

**Behandlingsstart:** Tidspunktet da aktuell behandlingssekvens startet. Med andre ord når pasientens behandling startet på poliklinikken. Gjennomsnittlig varighet for aktuell behandlingssekvens var to år for pasienter behandlet under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og 13 måneder for pasienter behandlet under frivillig psykisk helsevern.

**Registreringsperioden:** Tidspunktet viser til de 14 dagene i september 2004, da behandlerne fylte ut spørreskjemaer for alle pasientene de behandlet i perioden. Det er også denne perioden det refereres til når formuleringene i spørreskjemaet etterspør: "NÅ".

**Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold:** Dette er den mest korrekte formuleringen og er den som for det meste vil bli brukt. For å forenkle språket i rapporten noe, vil dette noen ganger refereres til som: "tvang uten døgn" eller "tvungent vern uten døgn".

## 4.1 For hvilke pasienter benyttes tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

### *Antall pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold*

Vi har data fra 21 527 polikliniske konsultasjoner i løpet av registreringsperioden på 14 dager på landets DPS-er i september 2004. I spørreskjemaet som ble sendt til behandlerne på DPS-ene, ble disse spurt om pasienten var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold da behandlingen startet og om pasienten var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i registreringsperioden (begrepene er forklart over).

Behandlerne oppga at 600 pasienter var under tvungent psykisk helsevern ved behandlingens start, og at 410 var underlagt tvungent psykisk vern under registreringsperioden. Dette utgjør henholdsvis 2,9 og to prosent av alle pasientene som mottok poliklinisk behandling i registreringsperioden. Dette betyr antagelig at en del av de 600 pasientene som var underlagt tvungent psykisk helsevern ved behandlingens begynnelse etter hvert har blitt overført til frivillig psykisk helsevern. Det tvungne helsevernet uten døgnopphold må begrunnes overfor kontrollkommisjon hver tredje måned, på lik linje med tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Hvis behovet for det tvungne psykiske helsevernet faller bort, eller vernet ikke fører frem, vil det bli opphevet etter en periode.

Hvis det ikke er opplyst om annet, kommer vi til å bruke de 600 pasientene som var underlagt tvungent psykisk helsevern ved behandlingens start som grunnlag for analysene. Dette for å få størst mulig populasjon og mest mulig informasjon om hvilke pasienter det er som blir underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

### *Juridiske kriterier for opprettelse av det tvungne psykiske helsevernet*

I tillegg til det såkalte hovedkriteriet om at pasienten må være alvorlig sinnslidende for at det skal være anledning å bruke tvungent psykisk helsevern, må ett eller begge av to tilleggskriterier være oppfylt. De to tilleggskriteriene er det såkalte "behandlingskriteriet" og "farekriteriet". For 87 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, var det tvungne helsevernet begrunnet med "behandlingskriteriet". For 33 prosent av pasientene var det tvungne helsevernet begrunnet med

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

”farekriteriet”. Noen av pasientene hadde begge kriteriene som begrunnelse for helsevernet.

### *Hvor ble pasientene henvist fra?*

Blant pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern ved behandlingsstart, var 74 prosent henvist fra psykiatriske døgnavdelinger. Ytterligere to prosent var henvist fra politi, fengsel eller rettsvesen forøvrig. Seksti prosent hadde vært innlagt ved døgnavdeling i løpet av det siste året. Samlet sett var nær 90 prosent enten henvist fra døgnavdeling, eller de hadde vært innlagt ved døgnavdeling i løpet av det siste året. Ikke alle som har blitt henvist fra døgnavdeling trenger imidlertid å ha vært innlagt, ettersom de kan ha blitt henvist videre til poliklinikken. Denne andelen vil likevel være lav. Andel av pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold som ikke har en fortgående innleggelse i døgninstitusjon kan dermed anslås til 10-15 prosent, og endringene i lovverket synes dermed også å ha endret klinisk praksis noe. Hvorvidt dette er en generell trend eller er geografisk skjevfordelt kan vi imidlertid ikke si noe om. Her trengs det flere analyser og oppfølging av hvordan det nye lovverket har endret praksis.

### *Pasientenes kjønn og alder*

Av pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var 55 prosent menn og 45 prosent kvinner. I populasjonen av frivillige polikliniske pasienter var kjønnsfordelingen 62 prosent kvinner og 38 prosent menn.

Aldersmessig var pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold gjennomgående eldre enn de frivillige pasientene. De fleste pasientene (57 prosent) som var underlagt tvungent psykisk vern uten døgnopphold var mellom 30 og 50 år gamle. Bare 17 prosent av pasientene på tvang uten døgn var under 30 år.

Pasientene som ble underlagt tvungent helsevern uten døgnopphold var i hovedsak pasienter med schizofreni og paranoide lidelser. Disse diagnosegruppene utgjorde til sammen 81 prosent av pasientene. Pasienter med tilsvarende diagnoser utgjorde bare 13 prosent av de frivillige pasientene. Det kan derfor se ut som at med muligheten for tvungent helsevern får man gitt behandling/oppfølging til en gruppe pasienter som i liten grad benytter seg av polikliniske helse tjenester på frivillig basis.

### *Sosiodemografiske opplysninger*

Pasientene som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var gjennomgående svakere stilt når det gjelder noen utvalgte sosioøkonomiske faktorer enn pasientene under frivillig psykisk vern. Hele 71 prosent var ugifte og 74 prosent bodde alene mot 41 og 35 prosent av de frivillige pasientene. Også økonomisk var pasientene under tvungent helsevern svakere stilt enn de frivillige. Majoriteten av disse pasientene (72 prosent) var uføretrygdet mot 20 prosent av de frivillige. Til sammen levde 96 prosent av pasientene som ble behandlet under tvungent helsevern uten døgn av en trygdeordning mot 71 prosent av de frivillige pasientene. At så mange som to tredjedel av de frivillige pasientene også levde av en type trygdeordning er overraskende høyt, og antyder at pasientene som er til behandling på poliklinikkene generelt er svakt stilt både når det gjelder psykisk helse og økonomi. Pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold har også gjennomgående lavere utdanning enn de frivillige pasientene.

Oppsummert var den typiske pasient som var underlagt tvungent psykisk vern uten døgn en mann mellom 30 og 50 år med schizofrenidiagnose som bodde alene og var uføretrygdet.

## **4.2 Sammenligning av pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, med pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold**

Vi har opplysninger om til sammen 600 pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og 1051 pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

Det var tre prosentpoeng flere kvinner blant de tvangsinnlagte enn pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Aldersfordelingen har en litt annen profil for de innlagte pasientene under tvang enn pasientene under tvang på poliklinikkene. Mens 47 prosent av de innlagte på tvang var mellom 30 og 50 år gamle, var 57 prosent av pasientene under tvang utenfor institusjon i samme aldersgruppe. Pasientene som behandles under tvungent helsevern på poliklinikkene ser altså ut til å være noe eldre enn de tvangsinnlagte pasientene. Det var særlig de yngste fra 18 til 29 år, som i større grad behandles med tvang i døgninstitusjon.

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Den store forskjellen når det gjelder hvilken diagnose de respektive pasientgruppene har, er at andelen pasienter med schizofrenidiagnoser var høyere hos pasientene under tvungent psykisk vern uten døgn enn med døgn. Utenfor institusjon var andelen pasienter under tvang med schizofrenidiagnoser 81 prosent, blant de tvangsinnlagte var den 68 prosent.

Når det gjelder sosiodemografiske opplysninger var pasientene under tvang i døgninstitusjon gjennomgående en svakere gruppe enn pasientene under tvang utenfor døgninstitusjon. En svært betenkelig forskjell er at mens det blant pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold oppgis at bare en prosent av pasientene var bostedsløse, var det tilsvarende tallet for de tvangsinnlagte pasientene 27 prosent. Tar man med pasientene hvor det oppgis at de

kun har tilbud i spesialisthelsetjenesten som permanent bolig var andelen bostedsløse blant de tvangsinnlagte oppe i 43 prosent. Det kan på bakgrunn av dette stilles spørsmål ved om et døgn tilbud i spesialisthelsetjenesten brukes som en løsning på bostedsløshet og at mange kunne flyttet ut hvis de hadde fått et tilrettelagt botilbud i kommunen.

### 4.2.1 Tabeller

#### *Kjønn*

Antall og kjønnsfordeling på pasientene ved behandlingsstart, under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og under frivillig behandling. I den siste kolonnen er alle pasientene som var til behandling på poliklinikkene i registreringsperioden.

Tabell 4.1

*Polikliniske pasienter. Kjønnsfordeling av pasientene i utvalget. I antall og prosent.*

		<i>Tvang uten døgn</i>	<i>Frivillige</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>
Menn	Antall	325	7724	8 049
	Prosent	55	38	39
Kvinner	Antall	269	12 456	12 725
	Prosent	45	62	61
	<b>Gyldig N</b>	<b>594</b>	<b>20 180</b>	<b>20 774</b>
	Missing - N	6	89	753
Hele populasjonen	<b>Totalt N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>

#### *Alder*

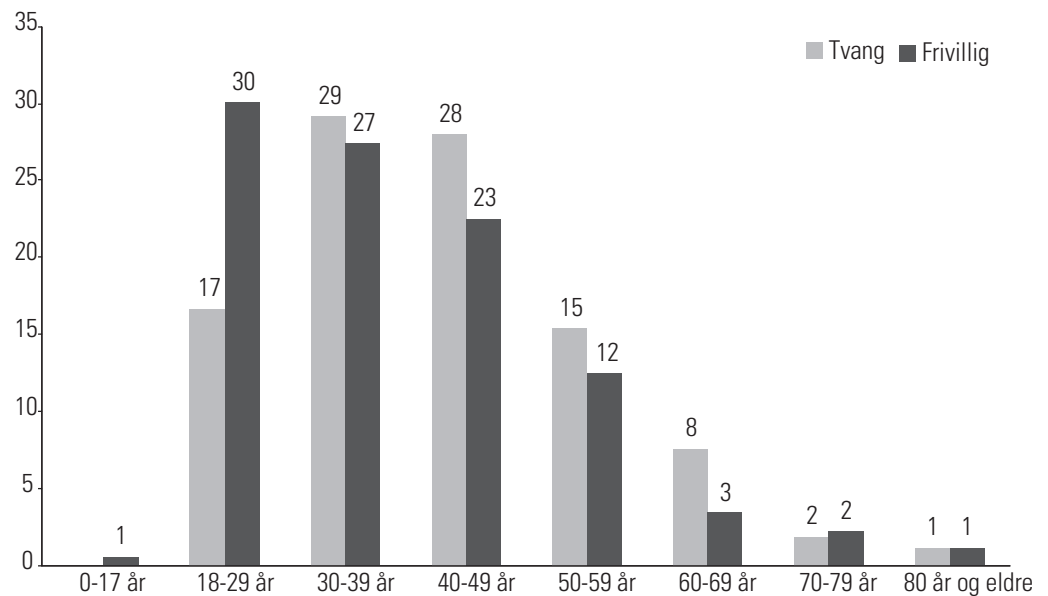
De lyse søylene viser spredningen i aldersgrupper for pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. De mørke søylene viser spredningen i alder for pasientene som var under frivillig poliklinisk behandling. Det var 600 pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingsstart av de til sammen 21 527 pasientene som var til poliklinisk behandling i registreringsperioden.

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Figur 4.1

Aldersfordeling på pasienter i poliklinisk behandling underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn (lyse søyler) og under frivillig psykisk helsevern (mørke søyler) i prosent. Gyldig  $N=20\ 787$ , Missing -  $N=740$ . Diagnose.



Behandlerne ble bedt om å angi hoveddiagnose basert på diagnoseklassifiserings-systemet ICD-10. De fulle betegnelser for hovedkategoriene i ICD-10 under hovedkapittel F er:

F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser

F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer

F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser

F30-F39 Affektive lidelser (stemningslidelser)

F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser

F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer

F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne

F70-F79 Psykisk utviklingshemming

F80-F89 Utviklingsforstyrrelser

F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder

F99 Uspesifisert psykisk lidelse

Benevnelsene som anvendes i tekst og tabeller i dette kapitlet refererer seg til disse hoveddiagnosegruppene, selv om benevnelsene er forkortet noe. De fire siste kategoriene (F70-F99) er i dette kapitlet slått sammen til en kategori med betegnelsen "andre lidelser".

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Tabell 4.2

*Fordeling av diagnosegrupper hos pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig vern. I prosent.*

	<i>Tvungent vern</i>	<i>Frivillige</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>
Organiske lidelser	1	2	2
Rusvansker	2	7	7
Schizofreni og paranoide lidelser	81	13	15
Stemmings og affektive lidelser	11	34	34
Nevrotiske lidelser	1	26	25
Atferdsyndromer knyttet til fys. faktorer	0	3	3
Personlighetsforstyrrelser	2	12	11
Andre lidelser	1	4	4
Totalt prosent	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>540</b>	<b>17 225</b>	<b>17 765</b>
Missing - N	60	3 044	3 762
<b>Total N:</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>

## Sosiodemografiske opplysninger

*Sivilstatus*

Tabell 4.3

*Sivilstatus til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent.*

	<i>Tvungent vern</i>	<i>Frivillig vern</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>	<i>Befolkningen</i>
Ugift	71	41	42	31
Samboende/ gift	10	41	40	50
Enke/ enkemann	3	3	3	8
Separert/ skilt	17	15	15	11
Registrert partnerskap	0	0	0	0
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>595</b>	<b>20 189</b>	<b>20 784</b>	
Missing - N	5	80	743	
<b>Total N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>	

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Bosituasjon*

Tabell 4.4

*Bosituasjon til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent.*

	<i>Tvungent vern</i>	<i>Frivillig vern</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>
Alene	74	35	36
Alene med barn	2	10	9
Med ektefelle/ samboer	7	19	19
Med ektefelle/ samboer og barn	2	21	21
Med andre voksne	12	12	12
Uten fast bopel	1	1	1
Annet	0	0	0
Ukjent	3	2	2
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>594</b>	<b>20 158</b>	<b>20 752</b>
Missing - N	6	111	775
<b>Total N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>

*Hovedinntektskilde*

Tabell 4.5

*Hovedinntektskilde til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig helsevern. I prosent.*

	<i>Tvungent vern</i>	<i>Frivillig vern</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>
Lønnet arbeid	3	20	20
Forsørget	0	3	3
Arbeidsledighetstrygd	0	1	1
Syke-/rehab. penger	14	32	32
Attføringspenger	3	9	8
Alderspensjon	4	4	4
Uførepensjon	72	20	21
Sosialstønad	4	5	5
Annet	1	5	5
Ukjent	0	1	1
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>594</b>	<b>20 141</b>	<b>20 735</b>
Missing - N	6	128	792
<b>Total N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>



## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

## Utdanning

Tabell 4.6

Utdanning til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent.

	Tvungent vern	Frivillig vern	Poliklinikk totalt	Befolkningen
Eksamen fra universitet eller høyskole	14	20	20	24
Videregående skole	41	46	46	56
Grunnskole	40	32	32	20
Ikke fullført grunnskole	4	2	2	(*)
Total	100	100	100	100
Gyldig N	582	19 850	20 432	
Missing - N	18	419	1 095	
Total N	600	20 269	21 527	

\*) ikke angitt

### 4.3 Er det geografisk variasjon i bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

Vi vil i dette avsnittet undersøke om omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var jevnt fordelt mellom de ulike poliklinikkene/helseforetakene, eller om dette er en tvangsform som benyttes ulikt rundt i landet. Dette vil i tilfelle kunne tolkes som en indikasjon på i hvilken grad lovverket praktiseres ulikt. Vurderinger av omfang må sees i forhold til størrelsen på befolkningen i området. Registreringen ved poliklinikkene inneholder imidlertid ikke informasjon om pasientenes bosted. Vi har derimot informasjon om ved hvilken poliklinikk pasientene ble behandlet. I det store flertallet av tilfellene vil pasientene bli behandlet ved en poliklinikk i det helseforetaksområdet han/hun er bosatt. Vi gjør derfor neppe noen stor feil når vi beregner befolkningsbaserte rater ut fra poliklinikkens plassering snarere enn pasientens bosted.

Figur 4.2 viser antall innbyggere under tvungent psykisk helsevern uten døgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, henholdsvis ved behandlingsstart og på registrerings-tidspunkt, fordelt etter helseforetaksområde<sup>1</sup>. Behandlerne som har fylt ut spørreskjemaet ble spurt om pasienten var underlagt tvungent psykisk vern uten døgn da behandlingen startet og om pasienten var underlagt tvungent psykisk vern uten døgn i registreringsperioden. I figuren er foretaksområdene sortert etter stigende tvangsrate ved behandlingsstart. Som det framgår av figuren var det betydelige variasjoner mellom foretaks-

områdene, fra ingen bruk av tvungent vern i Finnmark, til rater på om lag det dobbelte av landsgjennomsnittet i Ullevål/Aker og i Telemark foretaksområder.

Figur 4.3 viser hvor mange av pasientene som var under tvungent psykisk vern uten døgnopphold totalt av alle pasientene ved det enkelte HF<sup>2</sup>. Her er det også stor variasjon i hvor hyppig tvungent psykisk vern ble benyttet. Andelen pasienter under tvang da behandlingene startet, varierer fra ingen i Finnmark til seks prosent ved Sørlandet HF. At det gjennomgående var flere pasienter som var under tvungent psykisk vern da behandlingene startet enn i registreringsperioden skyldes sannsynligvis at en del pasienter skrives ut fra institusjon til tvungent psykisk vern ute, men at dette vernet oppheves etter en viss tid. Lovverket er slik at behandlerne må begrunne videreføring av det tvungne psykiske vernet hver tredje måned. Som ved all begrunnelse for å bruke tvungent psykisk vern skal det også utenfor institusjon være det meste hensiktsmessige alternativet ut i fra en helhetsvurdering av pasientens situasjon.

Det var også stor variasjon mellom Helse-regionene i hvor mange pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Variasjonen var fra Helseregion Nord hvor det var 0,4 person per 10 000 innbygger som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold til Helseregion Øst som hadde 1,3 personer per 10 000 innbygger under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (landsgjennomsnittet var 1,2 person per 10 000 innbyggere).

1) Ved behandlingens start var det 600 personer per 10 000 innbygger per HF- og RHF- område som var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Av disse har vi opplysning om behandlingssted (HF) for 589 personer. Dette utgjør 1,7 personer per 10 000 innbyggere på landsbasis. I registreringsperioden var 410 personer per 10 000 innbygger per HF- og RHF- område underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Av disse har vi opplysning om behandlingssted (HF) for 399 personer. Dette utgjør 1,2 personer per 10 000 innbyggere på landsbasis.

2) Ved behandlingens start har vi opplysning om formalitet for 20 869 pasienter. Vi mangler kjennskap til formalitet for 658 pasienter, og vi mangler kjennskap til behandlingssted for 502 personer. For hele landet var 2,9 prosent av alle de poliklinisk behandlede pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingens start. I registreringsperioden har vi opplysning om formalitet for 20 828 pasienter. Vi mangler kjennskap til formalitet for 699 pasienter, og vi mangler kjennskap til behandlingssted for 502 personer. For hele landet var 2,0 prosent av alle de poliklinisk behandlede pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i registreringsperioden.

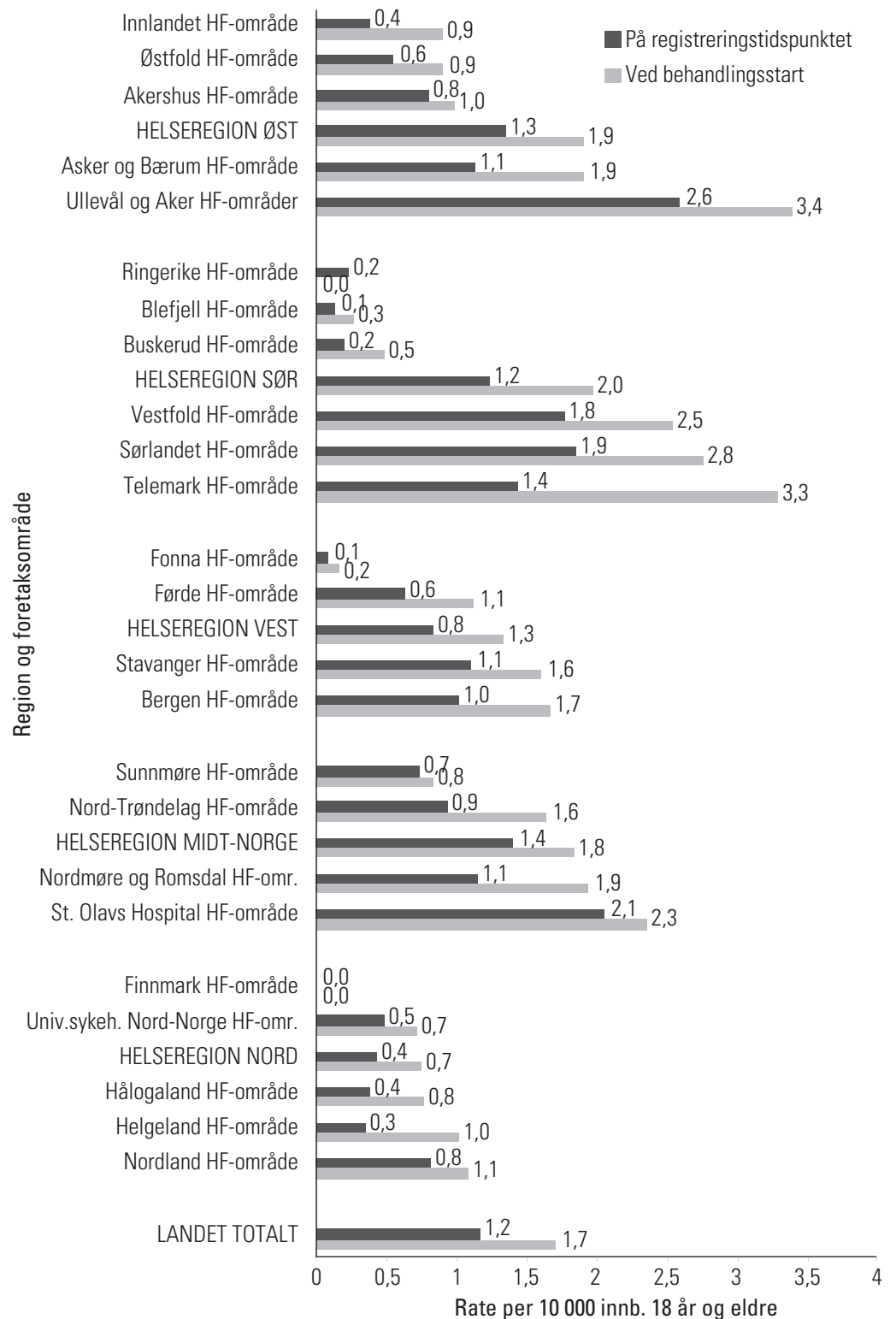
## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

### 4.3.1 Figurer

Figur 4.2

Polikliniske pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgn, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunkt (september 2004) etter HF område og RHF område. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.

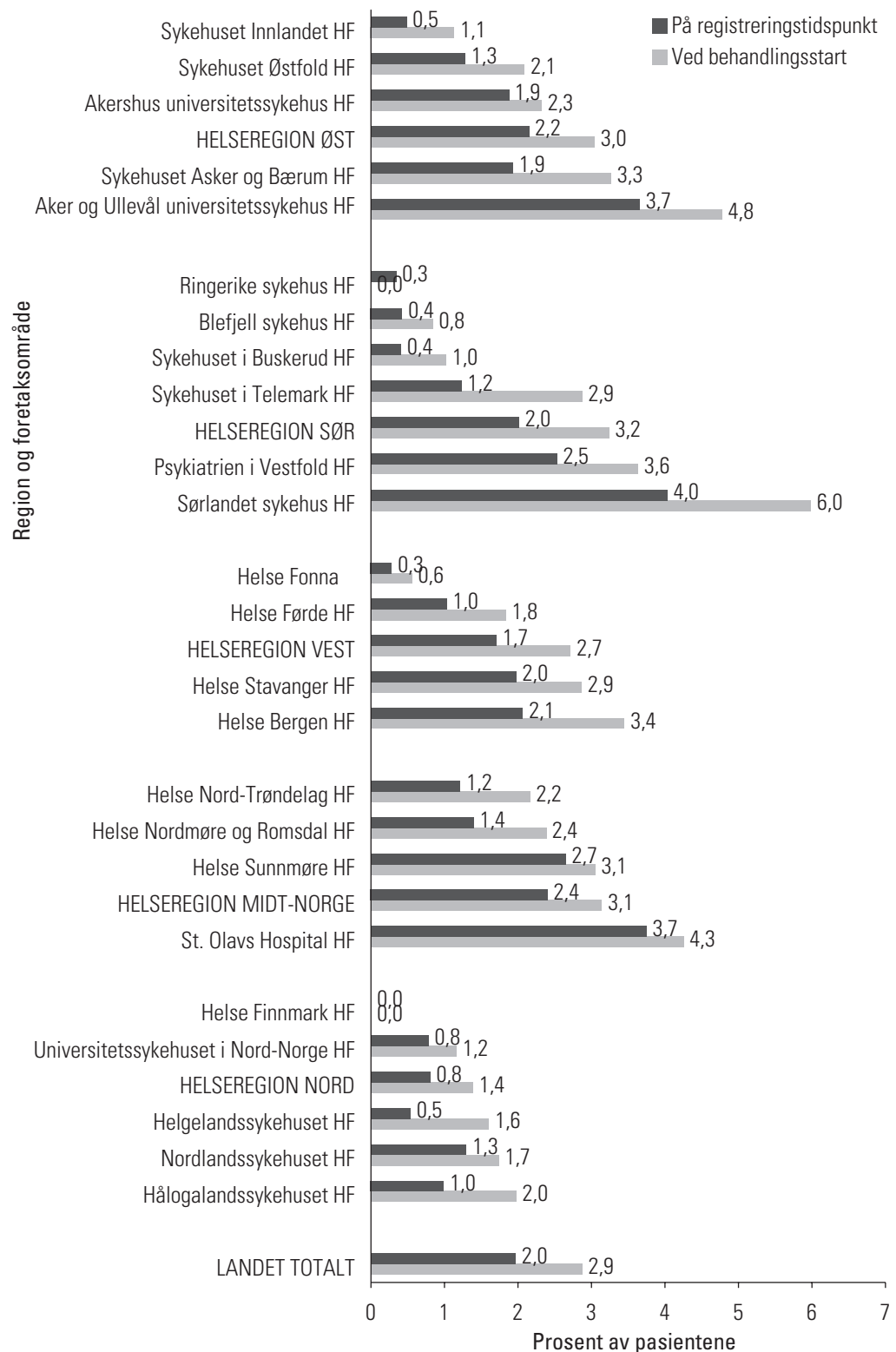


**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Figur 4.3

Poliklinisk behandlede pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunktet (september 2004) per HF og RHF. Prosent av polikliniske pasienter totalt.



## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

### 4.4 Hva slags behandling får pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

En begrunnelse for å benytte tvungent psykisk helsevern uten døgn kan være å sikre at pasienten får en tettere oppfølging og et bredere behandlingstilbud. Ettersom det hele tiden skal være mer hensiktsmessig å behandle pasienten under tvang enn frivillig, kan det argumenteres for at det bør være høyere krav til hvilket tilbud disse pasientene tilbys. Pasientgrunnlaget som er brukt er de 600 pasientene som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold da behandlingen startet og de 20 269 frivillig behandlede pasientene på poliklinikkene. Det er også viktig å huske at dette er hva behandlerne mener hadde vært ideelt behandlingstilbud og sier ikke noe om hva pasientene hadde ønsket selv.

Registreringsskjemaet inneholdt spørsmål om seks ulike typer behandlingsformer som brukes innen psykisk helsevern. Det ble spurt om følgende behandlingsformer:

- Behandling med medisiner
- Samtaler med behandler
- Gruppebehandling
- Samtaler der pasientens nærmeste deltar
- Treningsopplegg
- Behandling for rusproblemer
- Annet

Behandlerne skulle krysse av hvorvidt pasienten faktisk mottok disse oppførte behandlingsformene samt om det var ønskelig at pasienten skulle få denne formen for behandling<sup>3</sup>.

#### *Behandlingstilbudet til pasientene på tvungent psykisk vern uten døgnopphold*

Behandlingstilbudet til pasientene på tvungent psykisk vern uten døgnopphold besto i hovedsak av medisiner og samtaler. Så godt som samtlige av pasientene mottok medisiner (94 prosent) og samtaler (91 prosent). En fjerdedel mottok i tillegg familiesamtaler. For 15 og åtte prosent av pasientene, inngikk også praktisk trening og gruppebehandling som en del av behandlingen.

#### *Hvordan skiller dette seg fra pasientene som mottar frivillig behandling?*

Behandlingstilbudet til begge pasientgrupper besto i all hovedsak av samtaler og medisiner. Pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold mottok oftere medisiner som behandling enn de frivillige pasientene (94 mot 62 prosent). De frivillige pasientene mottok imidlertid mer gruppebehandling, mens pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgn mottok oftere familiesamtaler og praktisk trening. Praktisk trening kan i dette tilfellet dreie seg om botrening og trening i praktiske ferdigheter. Det er særlig pasienter med langvarige og sammensatte vansker som kan ha behov for slik opplæring og trening. I begge gruppene mottok nesten alle pasientene (90 prosent) samtalebehandling. Pasientene på tvang mottok gjennomgående et bredere behandlingstilbud bestående av flere elementer enn de frivillige. Dette er også i tråd med forventningene, ettersom dette sannsynligvis dreier seg om de pasientene med størst og mest sammensatte vansker.

#### *Hvor stor var differansen mellom faktisk og ønskelig behandlingstilbud?*

Alt i alt var det ikke så veldig stor differanse mellom hva pasientene mottok av behandling og hva behandlerne mener hadde vært ønskelig at de mottok. For så mange som 13 000 av pasientene har heller ikke behandlerne eksplisitt svart på hva som hadde vært ønskelig behandlingstilbud. Dette kan tolkes som om de fleste pasientene stort sett mottar det behandlingstilbudet som behandlerne vurderer var det optimale. En annen hypotese er at det ønskede behandlingstilbudet ikke finnes, og at behandlerne derfor ikke har det med i vurderingen. At det er ønsket for 97 prosent av pasientene på tvang at de skal bruke medisiner, kan tyde på at en hovedårsak for å velge tvungent psykisk helsevern er å sikre at pasienten bruker medisiner.

Differansen mellom reelt og ønsket behandlingstilbud var imidlertid større for pasienter på tvungent vern uten døgn enn for de frivillige. Det var spesielt mer familiesamtaler, praktisk trening og rusbehandling som ønskes for disse pasientene. Det ser imidlertid ut som om DPS-enes behandlingstilbud i all hovedsak består av samtaler og medisiner, og så langt kan en derfor ikke si at DPS-utbyggingen er i stand til å imøtekomme denne pasientgruppens behandlingstilbud i tilstrekkelig grad.

3) Avkrysning kun ved "faktisk" ble tolket som om pasienten hadde behov for og mottok denne formen for behandlingsform. Kryss kun ved "ønskelig" ble tolket som om pasienten hadde behov for og ikke fikk denne behandlingen. Ingen avkrysning kan tolkes som om ingen av disse behandlingsformene var aktuelle for pasienten, men dette er en usikker tolkning og disse ble derfor fjernet fra analysen.

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

**4.4.1 Tabell**

Tabell 4.7

*Behandlingstilbud til pasienter i poliklinisk behandling, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig. Hva de mottar av behandlingstilbud og hva som hadde vært ønskelig at de hadde mottatt av behandlingstilbud. I prosent.*

	Frivillig psykisk vern			Tvungent vern uten døgn		
	Faktisk	Ønskelig	Differanse	Faktisk	Ønskelig	Differanse
Medisiner	62	68	-6	94	97	-3
Samtale	90	91	-1	91	93	-2
Gruppe	17	25	-8	8	15	-7
Familiesamtale	14	20	-6	24	34	-10
Praktisk trening	8	14	-6	15	24	-9
Rusbehandling	7	10	-3	6	15	-8
Annet	8	11	-3	13	17	-3
<b>Gyldig N</b>	<b>19 870-19 883</b>			<b>589</b>		
Missing - N	399-386			11		
<b>Total N</b>	<b>20 269</b>			<b>600</b>		

Total poliklinikk: Gyldig N=20 459-20 472, Missing - N=1248 – 1261, Total N=21 527.

#### 4.5 Hva slags bosituasjon har pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

Behandlerne ble bedt om å oppgi hvilket bo- eller døgntilbud pasientene faktisk hadde og hvilket tilbud som ble vurdert som ønskelig. Forskjell mellom faktisk botilbud og ønskelig botilbud, antyder at pasienten er vurdert å trenge et annet tilbud en det vedkommende faktisk har på registreringstidspunktet. Samlet sett kan dette gi en indikasjon på hvilke botilbud som bør bygges i kommunene for å imøtekomme disse pasientenes behov. Det kan være flere årsaker til at en pasient blir vurdert å ikke ha en ideell bosituasjon. Det er ikke sikkert at det ideelle botilbudet var tilgjengelig i kommunen, men det kan også være at pasientens og behandlerens vurdering av hva som hadde vært det ideelle botilbudet ikke var sammenfallende.

Mange av pasientene under tvungent psykisk vern kan kanskje ikke klare seg helt alene i en egen bolig. Det er spesielt tilbud om bolig med tilsyn enten på dagtid eller hele døgnet som er fremsatt som en forutsetning for at en del pasienter skal kunne klare seg utenfor døgninstitusjon. Dette er pasienter som har langvarige og sammensatte

vansker. Skillet mellom hva som er behandling, omsorg, hjelp og støtte til denne gruppen pasienter kan være diffus og vanskelig å definere. Noen av disse pasientene kan ha relativt varige hjelpebehov. Ettersom hvor mye hjelp en person får i boligen sin kan være avgjørende for hvor godt vedkommende klarer seg utenfor døgninstitusjon har vi spurt om hvilken type bolig pasientene har, hvilken type bolig behandlerne mener hadde vært bedre og beregnet differansen mellom reelt og ønskelig botilbud. Vi har også gjort en egen analyse av hvilken type bolig som vurderes som mer egnet for de pasientene hvor det var sprik mellom reelt og ideelt botilbud.

#### *Hva slags botilbud har pasientene under tvungent psykisk vern uten døgn?*

Om lag tre fjerdedeler av pasientene under tvungent psykisk vern uten døgn bodde i egen bolig. De øvrige pasientene bodde i ulike typer botilbud med tilsyn enten på dagtid eller hele døgnet. Tre prosent bodde i tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette dreier seg sannsynligvis om boliger under DPS.

#### *Hva hadde vært et bedre botilbud i følge behandlerne?*

Behandlerne i poliklinikkene mente at cirka

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

en tredjedel av pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke hadde et adekvat botilbud. Det er særlig mer oppfølging i egen bolig behandlerne mener mangler, enten med tilsyn om dagen eller hele døgnet. Beregninger viser at av de 600 pasientene som var under tvungent psykisk vern uten døgn, mente behandlerne at 135 ikke hadde adekvat botilbud, mens 94 personer som bodde i egen bolig burde hatt tilsyn på et høyere nivå. Det er viktig å huske at dette er pasienter under tvungent psykisk helsevern, og at det ofte kan dreie seg om pasienter som ikke selv ønsker hjelp eller behandling, selv om behandlerne mener at de burde hatt det. Analyse på individnivå viser at behandlerne mener at 15 prosentpoeng for mange pasienter bodde i egen bolig, 12 prosentpoeng av pasientene

burde hatt mer tilsyn og at fem prosentpoeng flere av pasientene under tvungent psykisk vern burde hatt bolig med døgnbemanning.

*Hvordan var deres botilbud sammenlignet med de frivillige pasientene?*

Analysen på individnivå viser at 23 prosent av pasientene under tvang uten døgn har avvik mellom reelt og ideelt botilbud sammenlignet med syv prosent av de frivillige pasientene. Det vil si at det er større sprik mellom hva som er faktisk og hva som er ønskelig hos pasientene under tvungent psykisk helsevern. Om lag en tredjedel (34 prosent) av pasientene under tvungent vern uten døgn blir faktisk vurdert av behandlerne til å ikke ha en ideell bosituasjon, mot syv prosent av de frivillige pasientene.

### 4.5.1 Tabeller

Tabell 4.8

*Hva slags bolig hadde pasientene på frivillig og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingstart, og hva slags bolig mener behandlerne hadde vært ideelt. I prosent.*

Type bolig	Frivillige			Tvungent vern uten døgn		
	Faktisk	Ideelt	Differanse	Faktisk	Ideelt	Differanse
Egen bolig uten tilsyn	89	88	1	73	57	15
Egen bolig med tilsyn	3	5	-2	12	24	-12
Bolig med døgnbemanning	2	2	-1	7	13	-5
Døgntilbud i spes. helsetj.	1	1	0	3	4	0
Annet	6	3	3	5	3	2
Total	100	100		100	100	
<b>Gyldig N</b>	<b>19 506</b>			<b>587</b>		
Missing - N	763			13		
<b>Total N</b>	<b>20 269</b>			<b>600</b>		

Total poliklinikk: Gyldig N=20 093, Missing - N= 1434, Total N= 21 527

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Tabell 4.9

*Hva slags type bolig vurderer behandlerne hadde vært ideelt for de pasientene de mener ikke har en ideell bosituasjon. Antall pasienter.*

Faktisk botilbud	Ønsket botilbud					Totalt
	Egen bolig uten tilsyn	Egen bolig med tilsyn	Bolig med døgn-tilsyn	Spesialisthelsetj.	Annet	
Egen bolig uten tilsyn	0	65	23	5	1	94
Egen bolig med tilsyn	1	0	7	1	1	10
Bolig med døgnbemanning	1	2	0	2	0	5
Døgntilbud i spes.helsetj.	0	4	6	0	0	10
Annet	6	9	1	0	0	16
Total	8	80	37	8	2	135

Dette er de 135 pasientene på tvang hvor det er avvik mellom reelt og ønskelig botilbud. I kolonnen til venstre er det botilbud de hadde ved registreringspunktet, og bortover mot høyre er hva slags botilbud behandlerne mener hadde vært mer egnet. Den største gruppen er de 94 pasientene som bor i egen bolig, og som behandlerne mener trenger et høyere omsorgstilbud. Av disse blir 65 personer vurdert til å trenge bolig med tilsyn på dagen, og 23 personer blir vurdert til å ha behov for bolig med døgnbemanning.

### 4.6 Omfang/mengde av behandling til pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Ettersom tvangsvedtaket for de fleste pasientene (87 prosent) var begrunnet med behandlingskriteriet, burde det være skjerpede krav til kvalitet og omfang på behandlingen som gies til pasientene under tvungent psykisk vern.

For å få en oversikt over omfanget av behandling som de polikliniske pasientene mottar, ble behandlerne spurt om å oppgi hvor lenge den aktuelle behandlingssekvensen hadde vart, og hvor mange konsultasjoner/ samtaler pasienten hadde mottatt i registreringsperioden. Behandlerne ble også spurt om hvor mange timer behandling pasienten hadde mottatt i registreringsperioden. Spørsmålene som ligger i vedlegget gjelder altså både antall samtaler i registreringsperioden og hvor mange timer behandling pasienten hadde mottatt i samme periode.

Lengden på aktuell behandlingssekvens var lengre for pasientene under tvungent vern uten døgn enn for de frivillige. For de under tvungent vern uten døgn hadde aktuell behandlingssekvens vart i to år, mens den for de frivillige pasientene hadde vart i 13 mnd. Noen få pasienter trekker imidlertid snittet opp. Hvis vi heller regner ut medianen får vi

16 måneder for pasientene på tvungent vern uten døgn, og syv måneder for de frivillige.

Det var ellers liten forskjell på omfanget på behandlingen til de frivillige pasientene og de under tvungent psykisk vern uten døgnopphold målt i antall konsultasjoner i registreringsperioden. Begge gruppene hadde mottatt gjennomsnittlig 3,3 og 3,4 konsultasjoner i registreringsperioden på to uker. De frivillige pasientene hadde imidlertid mottatt 2,7 timer behandling i denne perioden, mens de på tvungent vern uten døgn hadde mottatt gjennomsnittlig 2,3 timer behandling. Det vil si at begge gruppene mottok 1-2 konsultasjoner i uken, men at konsultasjonene var noe lengre for de frivillige pasientene.

#### 4.6.1 Tabell

Behandlerne svarte på hvor lenge den aktuelle behandlingen hadde vart, hvor mange samtaler/ konsultasjoner pasientene hadde i registreringsperioden og hvor mange timer behandling pasientene hadde mottatt i registreringsperioden. Det er beregnet både gjennomsnitt og median, det siste fordi noen få pasienter trekker gjennomsnittet opp. Her blir de 600 pasientene som var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn ved behandlingens start sammenlignet med de 21 120 frivillige behandlede pasientene.

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Tabell 4.10

*Varighet på aktuell behandlingssekvens, antall timer og konsultasjoner i registreringsperioden. Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold sammenlignet med frivillige pasienter i poliklinikk.*

<i>Gjennomsnittlig:</i>	<i>Frivillige</i>	<i>Tvungent vern</i>
Aktuell behandlingssekvens varighet til nå (antall mnd) Gjennomsnittstid:	13 mnd	24 mnd
Aktuell behandlingssekvens varighet til nå (antall mnd) Median:	7 mnd	16 mnd
Antall konsultasjoner/oppmøter i registreringsperioden	3,4 ganger	3,3 ganger
Hvor mange timer behandling mottar pasienten i løpet av registreringsperioden?	2,7 timer	2,3 timer



## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

## 5 Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon

I Psykisk helsevernloven av 1999 § 4-4 gis det anledning til å undersøke og behandle pasienter uten samtykke.

### § 4-4 i Psykisk helsevernloven av 1999 - Behandling uten samtykke

*Pasient under tvungent psykisk helsevern som beskrevet i § 3-1, kan uten samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.*

*Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.*

*Undersøkelse og behandling uten samtykke 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. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten samtykke.*

*Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjen-*

*nomføres når det med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår forverring av sykdommen.*

*Den faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke. Vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke skal nedtegnes uten opphold. Vedtak etter paragrafen her kan påklages til fylkeslegen av pasienten og hans eller hennes nærmeste.*

Med bakgrunn i data fra poliklinikkregistreringen kan vi si hvor mange personer som ble behandlet med legemidler uten samtykke enten ved behandlingens start eller ved registreringstidspunktet.

### **5.1 Hvilke pasienter behandles med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon?**

Behandlerne har svart at 443 pasienter hadde blitt behandlet med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon enten ved behandlingens start eller ved registreringstidspunktet. Se kapittel 4 for definisjon av de ulike tidspunktene.

#### *Kjønn, alder og diagnose*

Litt over halvparten av pasientene som hadde blitt behandlet med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon var menn. Pasientene som var blitt tvangsmedisinert var gjennomgående eldre enn poliklinikkpopulasjonen sett under ett. Nesten to tredjedeler av pasientene som var blitt tvangsmedisinert var over 40 år gamle. Mens andelen pasienter med schizofrenidiagnose underlagt tvungent psykisk helsevern uten

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

døgnopphold totalt var 61 prosent, var andel pasienter med schizofrenidiagnose som hadde blitt tvangsmedisinert 85 prosent. Med andre ord var det i hovedsak pasienter med schizofrenidiagnose som ble behandlet med legemidler uten samtykke.

lavere hos pasientene som var blitt tvangsmedisinert enn blant pasientene som ikke var blitt tvangsmedisinert utenfor døgninstitusjon. Sammenlignet med hele befolkningen var pasientene som var blitt utsatt for tvangsmedisinering oftere enslige, trygdede og med lavere utdanning.

*Sosiodemografiske forhold*

Som for pasienter under tvungent psykisk vern generelt, bodde over 70 prosent alene og var ugift. Opp imot 98 prosent levde av en type trygdeordning, bare to prosent hadde lønnet arbeid. Tilsvarende tall for pasientene som ikke var blitt tvangsmedisinert, var at 36 prosent levde alene og 20 prosent hadde lønnet arbeid. Utdannelsesnivået var litt

**5.1.1 Tabeller**

Pasientgrunnlaget som er analysert her er hele tiden de 443 pasientene som hadde blitt eller ble tvangsmedisinert og som var underlagt tvungent psykiske vern uten døgnopphold.

Tabell 5.1

*Kjønnfordeling på pasientene som var blitt tvangsmedisinert utenfor institusjon. I prosent.*

<i>Kjønn</i>	<i>Ikke tvangsmedisinert</i>	<i>Tvangsmedisinert</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>
Menn	39	54	39
Kvinner	62	46	61
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 821</b>	<b>439</b>	<b>21 260</b>
Missing - N	263	4	267
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>

*Alder*

Tabell 5.2

*Aldersfordeling på pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent.*

<i>Alder</i>	<i>Ikke tvangsmedisinert</i>	<i>Tvangsmedisinert</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>	<i>Befolkningen</i>
0-17 år	1	0	1	
18-29 år	30	18	30	17
30-39 år	28	26	27	21
40-49 år	23	31	23	19
50-59 år	13	16	13	18
60-69 år	4	7	4	11
70-79 år	2	3	2	9
80 år og eldre	1	1	1	6
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 821</b>	<b>439</b>	<b>21 260</b>	
Missing - N	263	4	267	
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>	

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Diagnose*

Tabell 5.3

*Fordeling av diagnoser hos pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk og de som ikke er blitt det. I prosent. Diagnosegruppene er nærmere beskrevet i kapittel 4.*

<i>ICD 10 hoveddiagnose</i>	<i>Ikke tvangs- medisinert</i>	<i>Tvangs- medisinert</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>
Organiske	2	1	2
Rus	7	3	7
Schizofrenier og paranoide lidelser	14	83	16
Stemmings-/affektive lidelser	34	11	34
Nevrotiske lidelser	26	1	25
Adferdssyndromer	3	0	3
Personlighetsforstyrrelser	12	2	11
Andre lidelser	4	1	3
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>17 696</b>	<b>411</b>	<b>18 107</b>
Missing - N	3 388	32	3 420
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>

## Sosiodemografiske opplysninger

*Sivilstatus*

Tabell 5.4

*Sivilstatus til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent.*

<i>Sivilstatus</i>	<i>Ikke tvangs- medisinert</i>	<i>Tvangs- medisinert</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>	<i>Befolkningen</i>
Ugift	42	71	42	31
Gift/ Samboende	41	12	40	50
Enke/enkemann	3	3	3	8
Separert/skilt	15	15	15	11
Registrert partnerskap	0	0	0	0
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 807</b>	<b>440</b>	<b>21 247</b>	
Missing - N	277	3	280	
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>	

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Bosituasjon*

Tabell 5.5

*Bosituasjon til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent.*

<i>Bosituasjon</i>	<i>Ikke tvangs- medisinert</i>	<i>Tvangs- medisinert</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>
Alene	36	71	36
Alene med barn	9	1	9
Med ektefelle/samboer	19	6	19
Med ektefelle/samboer og barn	21	4	21
Med andre voksne	12	12	12
Uten fast bopel	1	2	1
Ukjent	2	4	2
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 778</b>	<b>440</b>	<b>21 218</b>
Missing - N	306	3	309
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>

*Hovedinntektskilde*

Tabell 5.6

*Hovedinntektskilde til pasienter som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med de som ikke er blitt det. I prosent.*

<i>Hovedinntektskilde</i>	<i>Ikke tvangs- medisinert</i>	<i>Tvangs- medisinert</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>
Lønnet arbeid	20	2	20
Forsørget	3	1	3
Arbeidsledighetstrygd	1	0	1
Syke-/rehab.penger	32	16	32
Attføringspenger	8	3	8
Uførepensjon	20	69	21
Alderspensjon	4	5	4
Sosialstønad	5	3	5
Annet	5	2	4
Ukjent	1	0	1
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 762</b>	<b>439</b>	<b>21 201</b>
Missing - N	322	4	326
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

## Utdanning

Tabell 5.7

*Utdanning til pasientene som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med pasientene som ikke er blitt det. I prosent.*

<i>Utdanning</i>	<i>Ikke tvangsmedisinert</i>	<i>Tvangsmedisinert</i>	<i>Poliklinikk totalt</i>	<i>Befolkningen</i>
Universitet eller høyskole	20	17	20	24
Videregående skole	46	40	46	56
Grunnskole	32	39	32	20
Ikke fullført grunnskole	2	3	2	(*)
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 436</b>	<b>426</b>	<b>20 862</b>	
Missing - N	648	17	665	
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>	

\*) Ikke angitt

### 5.2 Er omfanget av tvangsmedisinering jevnt fordelt mellom de ulike poliklinikkene/ helseforetakene?

Hvordan de 443 pasientene som var blitt tvangsmedisinert fordeler seg per HF og RHF vises i figurene nedenfor. Figur 5.1 viser hvor mange pasienter som var blitt behandlet med legemidler uten samtykke per 10 000 innbygger i HF- og RHF-området. Figur 5.2 viser hvor stor andel (prosent) av de polikliniske pasientene i hvert HF og RHF som hadde blitt behandlet med legemidler uten samtykke.

Det var stor variasjon mellom HF- og RHF-

områder i hvor mange som var blitt tvangsmedisinert utenfor døgninstitusjon per 10 000 innbyggerer. Variasjonen var fra ingen i Ringerike HF og Sykehuset Buskerud HF til 2,7 personer per 10 000 innbyggere i Ullevål og Aker HF. Gjennomsnittet for hele landet var 1,3 person per 10 000 innbyggere.

Også når det gjelder hvor stor andel av pasientene i det enkelte HF som ble tvangsmedisinert var variasjonen stor, fra ingen i Ringerike HF og Sykehuset Buskerud HF til 3,9 prosent ved Sørlandet sykehus HF. Landsgjennomsnittet var 2,1 prosent av alle pasientene.

## Del II

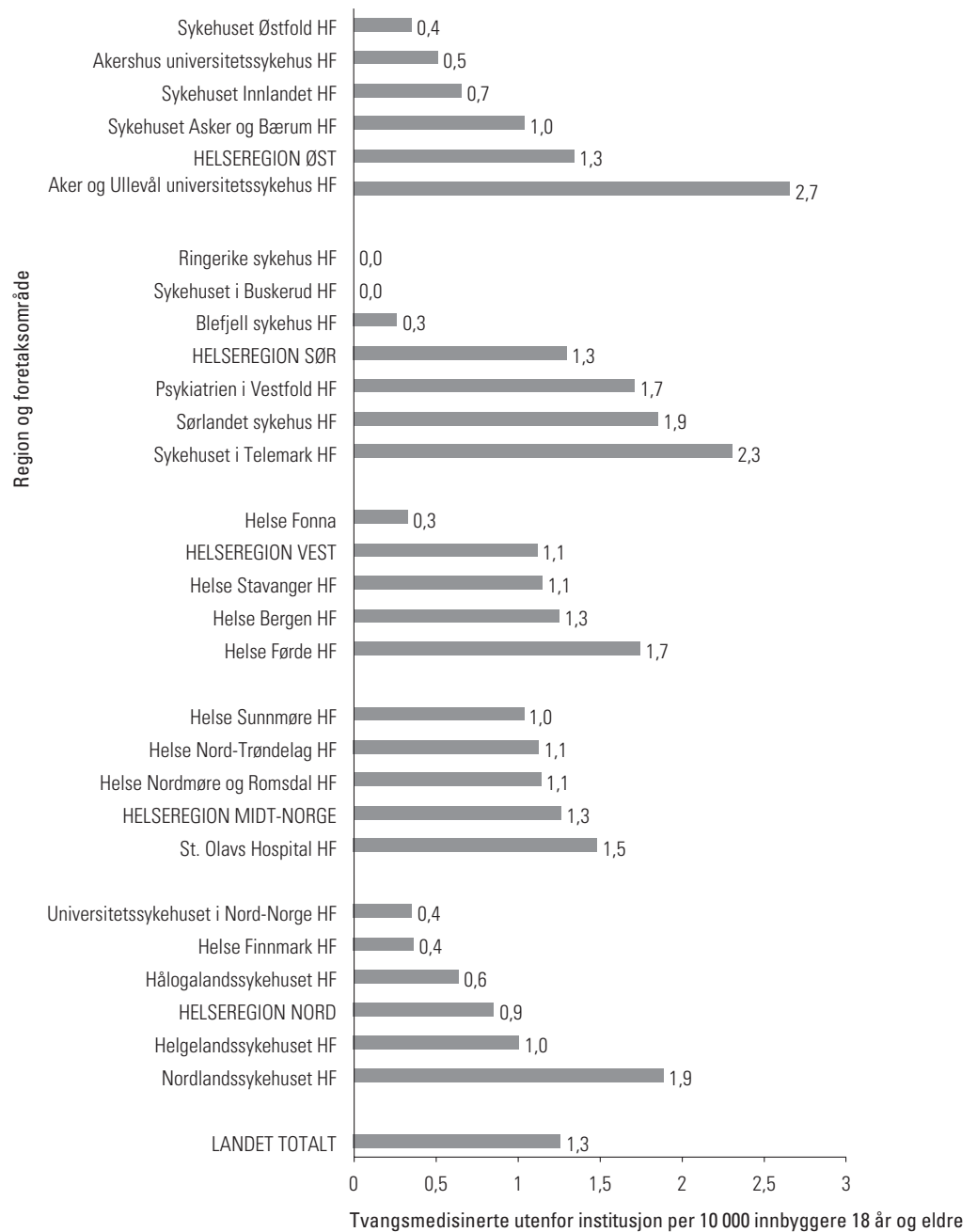
Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

### 5.2.1 Figurer

Figur 5.1

Antall tvangsmedisinerte utenfor døgninstitusjon per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.  
HF og RHF område.

Gyldig  $N=432$ , Missing -  $N=11$ , Total  $N=443$ .

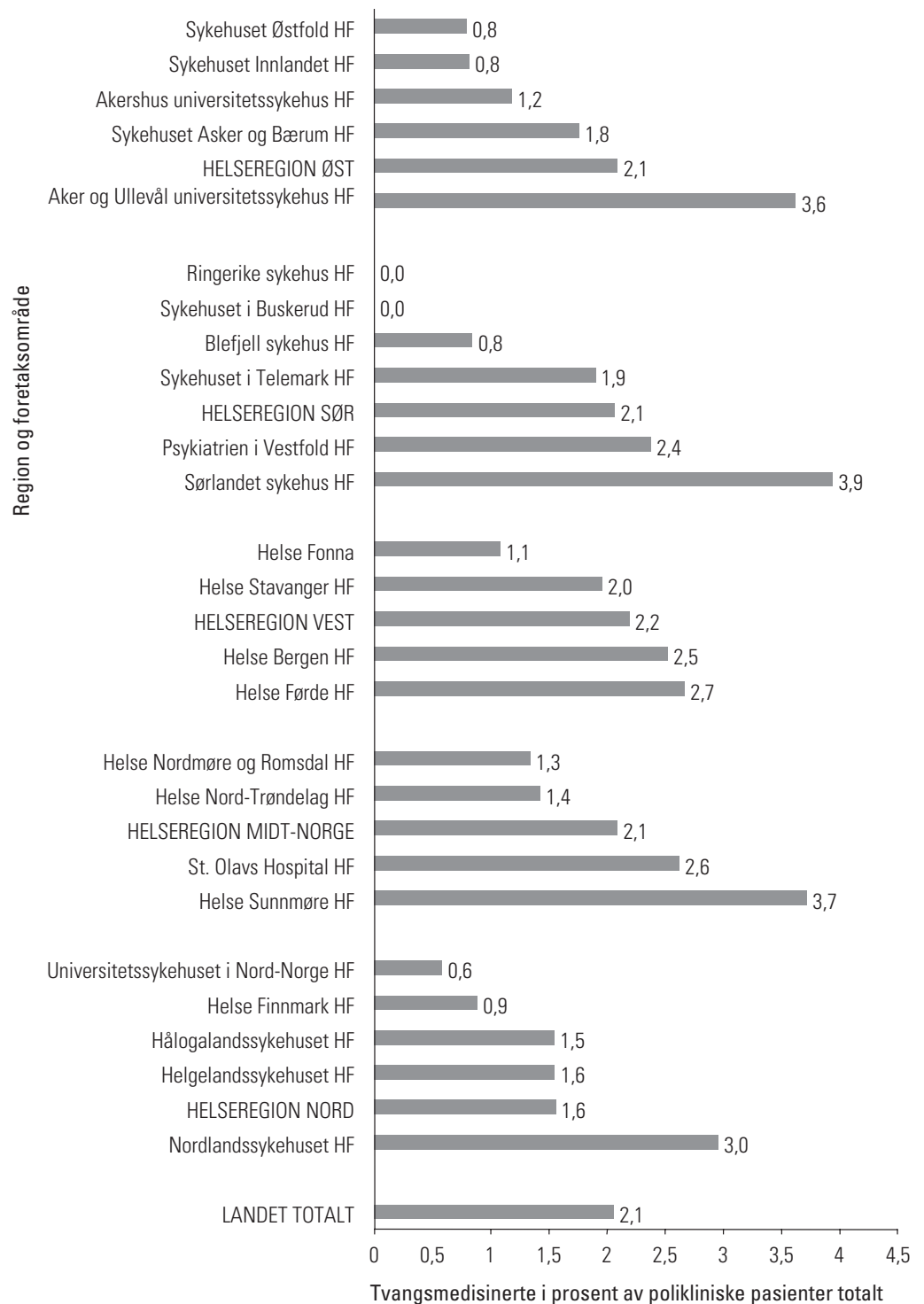


**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

**Figur 5.2**

Tvangsmedisinerte i prosent av polikliniske pasienter totalt per HF og RHF. Gyldig N: 21 007, Missing - N= 520.



## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

# 6 Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold er hjemlet i § 3-1 psykisk helsevernloven. Vi viser her til lovgjennomgangen i kapittel 4.

I spørreskjemaet som ble sendt ut til behandlere ved døgninstitusjonene ble det brukt noen uttrykk som her blir definert nærmere. Spørreskjemaet er vedlagt.

**Innleggingstidspunktet:** Tidspunktet da pasienten ble innlagt.

**Registreringsdagen:** 20. november 2003: Tidspunktet viser til dagen da behandlerne fylte ut spørreskjemaer for alle pasientene som var innlagt. Det er også dette tidspunktet det refereres til når formuleringene i spørreskjemaet etterspør: "NÅ".

**Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold:** Dette er den mest korrekte formuleringen og er den som for det meste vil bli brukt. For å forenkle språket i rapporten, så vil dette noen ganger refereres til som: "tvang med døgn" eller "tvungent vern med døgn".

**Formalitet:** I teksten vil uttrykket formalitet noen ganger bli brukt. Pasientens formalitet henviser til hvilken juridisk paragraf pasienten behandles under.

**Benevnelse på de som blir behandlet i psykisk helsevern:** I denne rapporten vil benevnelsene pasient og person bli brukt om hverandre.

## 6.1 Hvilke pasienter legges inn til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?

*Utvalg, juridisk formalitet, kjønn, alder og diagnose*

I dette utvalget er det registrert data fra totalt 4200 innleggelse i psykisk helsevern. Dataene er fra tverrsnittskartleggingen av alle pasienter innlagt i psykisk helsevern 20. november 2003. Denne kartleggingen eller pasienttellingen har vært utført av SINTEF hvert femte år siden 1979. Informasjon om formalitet er oppgitt både for registreringstidspunktet og for innleggelsestidspunktet. Det er formaliteten ved registreringstidspunktet som er benyttet i disse analysene hvis ikke annet er oppgitt. At det er flere pasienter som er under tvungent psykisk helsevern ved innleggelsestidspunktet enn ved registreringstidspunktet skyldes sannsynligvis at en del pasienter overføres til frivillig vern i løpet av oppholdet.

Av disse 4200 pasientene var 25 prosent innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold ved registreringstidspunktet. For 7 prosent var ikke formalitet oppgitt. Vi har her slått sammen alle typer innleggelse under tvang til en variabel (tvungent vern, tvungen observasjon og dømt til behandling). Av pasientene på tvang var 58 prosent menn og 42 prosent kvinner. Litt over halvparten av pasientene (54 prosent) var mellom 18 og 39 år gamle. Ettersom nesten 70 prosent av de innlagte pasientene var under 50 år, er det et interessant spørsmål hva som skjer med de eldre pasientene.

Ved innleggelsen var 1081 pasienter blitt innlagt på tvungent psykisk helsevern, og



## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

341 pasienter var blitt innlagt til tvungen observasjon. Om lag to tredjedeler av pasientene innlagt på tvungent psykisk vern med døgn hadde schizofrenidiagnose. Den nest største diagnosegruppen hos pasientene som var tvangsinnlagt var affektive lidelser med ti prosent. Samlet for alle pasientene, var det ikke oppgitt diagnose for fem prosent<sup>4</sup>.

### *Sosiodemografiske opplysninger*

Majoriteten av de tvangsinnlagte pasientene var ugifte (77 prosent), og 64 prosent var uføretrygdet. Bare to prosent av pasientene ble oppgitt å ha inntekt av eget arbeid. Resten ble oppgitt til å leve på ulike type trygdeordninger. Dette understreker at det er en sårbar og svak gruppe mennesker som er innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

### *Bostedsløshet*

I spørreskjemaet til døgninstitusjonene ble behandlerne spurt om hva slags permanent bolig pasienten hadde. Et oppsiktsvekkende funn er at hele 27 prosent av pasientene innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold oppgis å ikke ha egen bolig. For en del av pasientene har behandlerne oppgitt at pasienten har et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten som permanent bolig. Ettersom et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten ikke kan defineres som "egen bolig", bør disse også regnes som reelt bostedsløse. Inkluderes også denne gruppen som bostedsløse kommer andelen bostedsløse opp i 43 prosent blant de tvangsinnlagte. Dette kan bety at så mange som 43 prosent av pasientene innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, reelt sett var bostedsløse. Blant de frivillig innlagte hadde ikke 27 prosent egen bolig.

Og for alle de innlagte totalt manglet 31 prosent en egen bolig, eller 1157 personer. Dette er betenkelig med tanke på at det står i sosialtjenesteloven at alle som trenger det, har rett til hjelp med å bo i hjemkommunen. Dette kan også sees i lys av et annet funn fra denne kartleggingen, nemlig at så mange som 52 prosent av døgnpasientene etter behandlernes mening burde hatt tilbud på et lavere omsorgsnivå (Hagen & Ruud, 2004). På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at det å legge en person inn i en døgninstitusjon kan være en måte å håndtere problematikken med bostedsløshet på, og at det dermed er en underestimert av hvor mange bostedsløse mennesker det egentlig finnes i Norge i dag.

Hagen & Ruud (2004) har sett på hvilke faktorer som påvirker hvor mange det er som er innlagt i institusjonene, men som behandlerne mener burde hatt et lavere omsorgstilbud. Deres konklusjon er at det som synes å bety klart mest for variasjonen i andel som kunne klart seg på et lavere omsorgsnivå, er hvilket DPS-område pasienten hører til. Det er nærliggende å tenke at dette har mye å gjøre med hvilke tilbud kommunene har. Sannsynligvis er det store variasjoner i landets kommuner i hvor langt de har kommet med å tilrettelegge tilbud til denne gruppen mennesker. Et viktig satsningsområde i St. melding 25 og opptrappingsplanen er å bygge boliger for mennesker med psykiske vansker. Dette er kanskje det viktigste virkemiddelet for å nå et mål om færre døgnplasser.

I kapittel 4.2 sammenlignes pasientene på tvungent psykisk vern med og uten døgnopphold.

## 6.1.1 Tabeller

### *Utvalg*

Tabell 6.1

*Utvalg og formalitet ved registreringstidspunktet, antall og prosent.*

<i>Formalitet v/registrering</i>	<i>Antall</i>	<i>I prosent</i>
Frivillig	2 836	75
Tvungent vern med døgn	1 051	25
<b>Gyldig N</b>	<b>3 887</b>	<b>100</b>
Missing - N	313	7
<b>Total N</b>	<b>4 200</b>	<b>100</b>

4) En sannsynlig forklaring er at dette er pasienter fra akuttavdelinger med korte opphold, hvor diagnose enda ikke er satt.

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

**Kjønn**

Tabell 6.2

*Kjønnfordeling for formalitet ved registreringstidspunktet. I prosent.*

<i>Kjønn</i>	<i>Frivillig</i>	<i>Tvungent vern m døgn</i>	<i>Innlagte totalt</i>
Menn	46	58	49
Kvinner	54	42	51
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 829</b>	<b>1 046</b>	<b>3 875</b>
Missing - N	7	5	375
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>

Tabell 6.3

*Kjønnfordeling etter henvisningsparagraf ved innleggelse. Antall.*

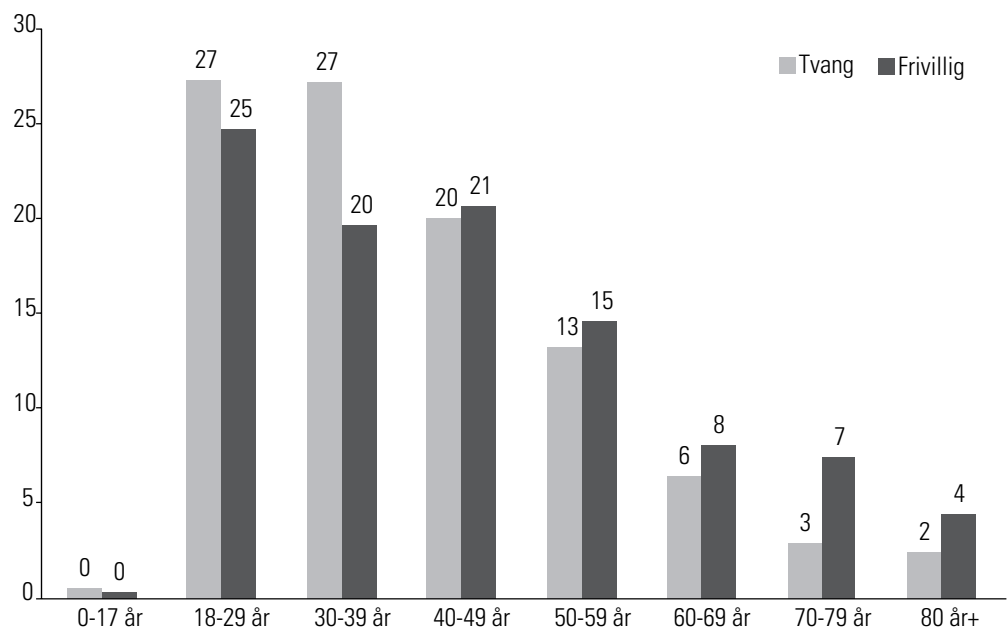
		<i>Henvisningsformalitet ved innleggelse</i>			
		<i>Frivillig</i>	<i>Tvungent observasjon/undersøkelse</i>	<i>Tvungent psykisk helsevern med døgn</i>	<i>Innlagte totalt</i>
Kjønn	Mann	1 188	169	622	1 979
	Kvinne	1 464	172	459	2 095
<b>Gyldig N</b>	<b>2 652</b>	<b>341</b>	<b>1 081</b>	<b>4 074</b>	
Missing - N	9	1	4	126	
<b>Total N</b>	<b>2 661</b>	<b>342</b>	<b>1 085</b>	<b>4 200</b>	

**Alder**

Figur 6.1

Aldersfordeling blant pasientene som er innlagt på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og de som er innlagt frivillig.

*N= 1049 innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, 2815 frivillig innlagte og 3864 totalt. Vi mangler opplysning om alder for 336 personer. Hele populasjonen består av 4200 personer.*



**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Diagnose*

Tabell 6.4

*Fordeling av diagnosegrupper hos de innlagte pasientene og formalitet. I prosent. Diagnosegruppene er nærmere beskrevet i kapittel 4.*

<i>ICD 10 diagnose</i>	<i>Frivillige</i>	<i>Tvungent vern</i>	<i>Innlagte totalt</i>
Organiske lidelser	2	2	2
Stoffrelaterte lidelser	4	4	4
Schizofrenier	37	68	45
Affektive lidelser	28	10	23
Nevrotiske lidelser	9	1	7
Adferdssyndromer	2	0	1
Personlighetsforstyrrelser	8	4	7
Andre diagnoser	5	6	5
Mangler diagnose	5	5	5
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>3 887</b>
Missing - N	0	0	313
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>

Her er det 313 pasienter som vi mangler opplysning om formalitet for. Pasientene vi ikke har opplysning om diagnose for er i kategorien: "Mangler diagnose". Her kan det være at diagnose enda ikke er satt.

## Sosiodemografiske opplysninger

*Sivilstatus*

Tabell 6.5

*Sivilstatus til innlagte pasienter og formalitet. I prosent.*

<i>Sivilstatus</i>	<i>Frivillige</i>	<i>Tvungent vern</i>	<i>Innlagte totalt</i>	<i>Befolkning over 18</i>
Ugift	57	77	63	31
Gift/ samboende	22	9	19	50
Enke/enkemann	6	3	5	8
Separert/skilt	15	12	14	11
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 800</b>	<b>1 041</b>	<b>3 841</b>	
Missing - N	36	10	359	
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>	

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Bosituasjon*

Tabell 6.6

*Bosituasjon til innlagte pasienter og formalitet. I prosent.*

<i>Type permanent bolig</i>	<i>Frivillige</i>	<i>Tvungent vern</i>	<i>Innlagte totalt</i>
Egen bolig uten tilsyn	54	37	49
Egen bolig med tilsyn	9	10	10
Omsorgsbolig uten tilsyn	2	1	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	3	3	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning	3	4	3
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	1	2
Åpen avdeling i psyk. helsevern	11	7	10
Lukket avdeling i psyk. helsevern	1	9	3
Ikke egen bolig (bostedsløs)	15	27	18
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 722</b>	<b>1 010</b>	<b>3 732</b>
Missing - N	114	41	468
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>

*Hovedinntektskilde*

Tabell 6.7

*Hovedinntektskilde til innlagte pasienter og formalitet. I prosent.*

<i>Hovedinntektskilde</i>	<i>Frivillige</i>	<i>Tvungent vern</i>	<i>Innlagte totalt</i>
Inntekt av eget arbeid	5	2	4
Forsørget	2	2	2
Sykemelding	11	3	9
Arbeidsledighetstrygd	1	2	1
Uførepensjon	45	64	50
Alderspensjon	13	6	11
Sosialstønad	5	7	5
Annen trygd	13	9	12
Annet	4	5	5
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 780</b>	<b>1 028</b>	<b>3 808</b>
Missing - N	56	23	392
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

## Utdanning

Tabell 6.8

*Utdanning til innlagte pasienter og formalitet. I prosent.*

Utdanning	Frivillige	Tvungent vern	Innlagte totalt	Befolkning over 18
Fullført univ. og høgsk.	13	8	12	24
Vid. skole/yrkesrettet utd.	39	30	37	56
Grunnskole (7-10 årig)	45	52	47	20
Ikke fullført grunnskole	3	10	5	(*)
Total	100	100	100	
<b>Gyldig N</b>	<b>2 596</b>	<b>939</b>	<b>3 535</b>	
Missing - N	240	112	665	
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>	

\*) Ikke angitt.

### 6.2 Faktisk og ideelt behandlingstilbud for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

I hvilken grad var det samsvar mellom faktisk og ideelt behandlingstilbud for pasienter innlagt under tvang ut fra behandlernes vurderinger, og i hvilken grad avviker dette fra situasjonen for pasienter under frivillig behandling?

Den landsomfattende registreringen av døgnpasienter i det psykiske helsevernet gir opplysninger om hvilket tilbud pasientene mottar. I tillegg rapporterer klinikerne hvilke tilbud som de mener pasientene ideelt sett burde ha hatt. For eksempel kan vi da se hvor mange av pasientene som var innlagt på en akuttavdeling som ideelt sett burde ha hatt et tilbud på en intermedieravdeling. Vi får også informasjon om hvor mange som burde ha hatt tilbud fra kommunen og ikke i spesialisttjenesten.

Det ser ut som at både for de pasientene som var innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og frivillig var behandlingstilbudet omtrent slik behandlerne mener at det burde være. Det var imidlertid større avvik mellom faktisk og ønskelig behandlingstilbud for de tvangsinnlagte pasientene. Størst er avviket når det gjelder praktisk treningsopplegg, familiesamtaler og rusbehandling. Flere av de tvangsinnlagte pasientene burde hatt tilbud om disse behandlingsformene i følge behandlerne. Vi har også analysert hvilke årsaker behandlerne oppgir som grunn til at det ønskede behandlingstilbudet ikke blir gitt. Behand-

lerne krysset av for om tilbudet ikke gies enten fordi pasienten ikke ønsket det, fordi de ikke hadde den aktuelle kompetansen eller fordi de ikke hadde kapasitet. Tallene kan leses i tabell 6.10. Sammenlignet med pasientene på frivillig psykisk vern hadde behandlerne oftere krysset av for at pasienten ikke ønsket tilbudet som årsak til at tilbudet ikke ble gitt. For en del områder oppga behandlerne at tilbudet ikke ble gitt til en ikke ubetydelig andel pasienter grunnet manglende kompetanse (gruppebehandling/rusbehandling), for andre ble kapasitetsmangel oppgitt som viktig grunn (samtaler/gruppebehandling/trening).

#### 6.2.1 Tabeller

Faktisk opp mot ideelt behandlingstilbud for de som var innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold sammenlignet med de som var frivillig innlagt.

I venstre kolonne er ulike typer behandlingstilbud beskrevet. Videre har behandlerne svart på hva slags tilbud pasienter henholdsvis innlagt under tvang og frivillig faktisk har. I andre tallkolonne har behandlerne tatt stilling til hva slags type tilbud som hadde vært ideelt for pasienten. I tredje tallkolonne oppgis differansen mellom de to. Jo høyere tall, jo større avvik er det mellom hva pasienten faktisk hadde og hva som etter behandlernes vurdering hadde vært et mer optimalt behandlingstilbud.

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Tabell 6.9

*Faktisk og ønsket behandlingstilbud etter formalitet og differanse mellom faktisk og ønskelig. I prosent.*

Type behandling	Frivillige			Tvungent vern		
	Faktisk	Ønskelig	Differanse	Faktisk	Ønskelig	Differanse
Behandling med medisiner	92	93	<b>1</b>	96	97	<b>1</b>
Samtale med behandler	78	82	<b>5</b>	77	83	<b>6</b>
Gruppebehandling	25	30	<b>6</b>	11	17	<b>6</b>
Samtale der pårørende deltar	28	39	<b>10</b>	26	37	<b>11</b>
Treningsopplegg	33	42	<b>9</b>	32	45	<b>13</b>
Behandling for rusproblem	5	10	<b>5</b>	5	16	<b>11</b>
Annet	10	13	<b>3</b>	9	14	<b>5</b>
<b>Gyldig N</b>	<b>2 714</b>			<b>1 011</b>		
Missing - N	122			40		
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>			<b>1 051</b>		

Alle innlagte pasienter: Gyldig N=3725, Missing - N=475, Total N=4200

*Oppgitt årsak til at pasientene ikke får det ønskede behandlingstilbud.*

I tabell 6.10 er de ulike behandlingstilbudene listet opp til venstre. Spørsmålsstillingen var hvorfor det ønskede behandlingstilbudet ikke ble gitt der hvor det var differanse mellom reelt og ønsket behandlingstilbud. Bortover til høyre er de tre svaralternativene; at pasienten ikke ønsket det selv, at institusjonen ikke hadde aktuell kompetanse og at institusjonen ikke hadde

kapasitet. Det er svart på dette spørsmålet for 382 pasienter som var under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, og for 806 pasienter som var innlagt frivillig. Under hver behandlingskategori kan man se hvordan det ble svart for henholdsvis de tvangs- og frivillig innlagte pasientene. Samlet ble det svart at 42 prosent av de tvangsinnlagte pasientene ikke fikk ønsket behandlingstilbud fordi de ikke ville ha det selv.

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Tabell 6.10

*Oppgitte årsaker til at ikke pasienten får det ønskede behandlingstilbudet. Pasienten ønsker det ikke, vi har ikke aktuell kompetanse eller vi har ikke kapasitet. I prosent.*

	<i>Ønsker ikke</i>	<i>Kompetanse</i>	<i>Kapasitet</i>	<i>N</i>
<b>Totalt</b>				
Frivillig	33	10	15	N=806
Tvang	42	8	16	N=382
<b>Medisinering</b>				
Frivillig	53	0	10	N=40
Tvang	80	0	0	N=10
<b>Samtaler</b>				
Frivillig	32	7	23	N=133
Tvang	48	8	14	N=63
<b>Gruppebehandling</b>				
Frivillig	22	9	15	N=153
Tvang	38	20	29	N=55
<b>Samtale med familien</b>				
Frivillig	33	7	14	N=281
Tvang	42	7	19	N=111
<b>Trening</b>				
Frivillig	43	7	20	N=230
Tvang	52	6	22	N=122
<b>Rus</b>				
Frivillig	36	21	14	N=146
Tvang	44	15	12	N=110
<b>Annet</b>				
Frivillig	24	21	24	N=89
Tvang	32	8	20	N=50

### 6.3 Faktisk og ideelt botilbud til pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

I hvilken grad var det samsvar mellom faktisk og ideelt botilbud for pasienter innlagt under tvang, ut fra behandlernes vurdering, og i hvilken grad avviker dette fra situasjonen for pasienter på frivillig behandling?

Vi har undersøkt dette ved å sammenholde opplysninger om faktisk botilbud med behandlernes vurdering av ønsket bo- og behandlingstilbud (se vedlagte spørreskjema). Ettersom problemstillingen var en annen, har ikke behandlerne i alle tilfelle fylt ut opplysninger om ønsket botilbud utenfor institusjon. Vi har i disse tilfellene valgt å tolke dette som at behandlerne anser institusjonen som det mest ønskelige tilbudet. Tall

for andre ønskelige botilbud vil derfor være underestimert.

Sammenlignet med hva som var tilfelle for pasientenes behandlingstilbud, var differansen mellom faktisk og ønskelig botilbud større. Det største avviket var for de tvangsinnlagte pasientene hvor behandlerne faktisk mente at 28 prosentpoeng flere pasienter burde hatt en bolig med døgnbemanning, mens de mente at 23 prosentpoeng færre burde hatt egen bolig uten tilsyn. For de frivillig innlagte pasientene var tilsvarende tall 18 prosentpoeng og 26 prosentpoeng. Funnet er oppsiktsvekkende, da det kan antyde at en del pasienter faktisk var enten tvangsinnlagt eller innlagt frivillig fordi de ikke har en tilfredsstillende bosituasjon. Under alle omstendigheter er dette en klar indikasjon på at boligtilbudet i kommunene

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

etter behandlernes vurdering er for svakt utbygget. For begge gruppene av pasienter mente behandlerne at det også var mangel på bolig med tilsyn om dagen.

for at 17 prosent av de tvangsinnlagte pasientene som har institusjonen som bolig ikke burde hatt det.

Som vi så i avsnitt 6.1 manglet drøyt 40 prosent av de tvangsinnlagte en permanent bolig utenfor institusjon. Det vil reelt si at de er å anse som bostedsløse, da en behandling sinstitusjon i spesialisthelsetjenesten ikke er å anse som en egen bolig. Det tilsvarende tallet for de frivillig innlagte pasientene var at 25 prosent faktisk ikke har egen bolig. Behandlerne gir eksplisitt uttrykk

### 6.3.1 Tabeller

Faktisk opp mot ideelt botilbud for de som var innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold sammenlignet med de som var frivillig innlagt. Der hvor det er et negativt tall i differanse er det etter behandlernes vurdering en mangel, og der hvor det er et positivt tall er det vurdert at for mange har et slikt tilbud.

Tabell 6.11

*Faktisk og ønskelig botilbud for pasienter og formalitet, og differansen mellom faktisk og ønskelig. I prosent.*

Type botilbud	Frivillig			Tvang		
	Faktisk	Ønskelig	Differanse	Faktisk	Ønskelig	Differanse
Egen bolig uten tilsyn	57	32	<b>26</b>	40	17	<b>23</b>
Egen bolig med tilsyn	12	22	<b>-10</b>	15	27	<b>-13</b>
Bolig med døgnbemanning	5	23	<b>-18</b>	5	33	<b>-28</b>
Døgntilb. i spes. helsetj.	25	23	<b>2</b>	40	22	<b>17</b>
Totalt	100	100		100	100	
<b>Gyldig N</b>	<b>2 649</b>			<b>956</b>		
Missing - N	187			95		
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>			<b>1 051</b>		

Alle innlagte pasienter: Gyldig N=3605, Missing – N=595, Total N=4200



## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

### 6.4 Er lange opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold geografisk jevnt fordelt?

*Antall lange opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold per HF- og RHF-område*

Figur 6.1 viser hvor mange personer per 10 000 innbygger per HF- og RHF-område som var innlagt under tvang etter lengde på opphold<sup>5</sup>. Som man kan se av figuren var det store geografiske forskjeller når det gjelder lengde på oppholdene under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Figuren viser antall opphold under tre mnd, over tre mnd og over ett år. Den mellomgrå delen av søylen viser mengde opphold under tvang over ett år. Variasjonen går fra Asker og Bærum HF som har 2,7 personer per 10 000 som har vært innlagt mer enn et år under tvang til Blefjell HF område som ikke har noen pasienter som har vært innlagt under tvang mer enn et år. Helse Sør RHF har generelt få personer per 10 000 innlagt som har vært innlagt mer enn et år under tvang, mens Helse Vest RHF ser ut til å ha flest personer innlagt som har hatt lange opphold (over ett år) på tvang. Gjennomsnittet for hele landet var at 0,9 personer per 10 000 innbygger hadde vært innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold over ett år.

*Andel tvangsinnlagte som har hatt lange opphold per HF og RHF*

Som man kan se av figur 6.2 er det også stor variasjon mellom de ulike HF og RHF i hvor stor andel av pasientene som hadde vært innlagt til lange opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold<sup>6</sup>. Variasjonen strekker seg fra Blefjell HF som ikke hadde noen pasienter under tvungent psykisk vern med døgnopphold som hadde vart over tre mnd, til Hålogaland HF hvor 86 prosent av pasientene hadde vært innlagt på tvang over ett år. Dette er vanskeligere tall å sammenligne enn befolkningsratene fordi det er stor variasjon mellom hvert helseforetak i hvor mange pasienter de har innlagt under tvungent psykisk helsevern. Det vil si at for et HF med få tvangsinnlagte pasienter kan få pasienter som har vært innlagt til lange opphold utgjøre en stor prosentandel totalt sett. Med andre ord så er det stor forskjell i hvor mange personer som representeres i de enkelte søylene. Gjennomsnittet for hele landet var at 32 prosent av de tvangsinnlagte pasientene hadde vært innlagt over ett år.

5) Av 1051 pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold totalt, mangler vi opplysning om varighet på oppholdet for 95 pasienter. Vi manglet i tillegg opplysning om behandlingssted for 45 pasienter, slik at gyldig N blir 911 personer. Vi får da en samlet manglende N på 140 personer.

6) Samme opplysninger om populasjonen som for figur 6.1. Det vil si at gyldig N er 911 pasienter.

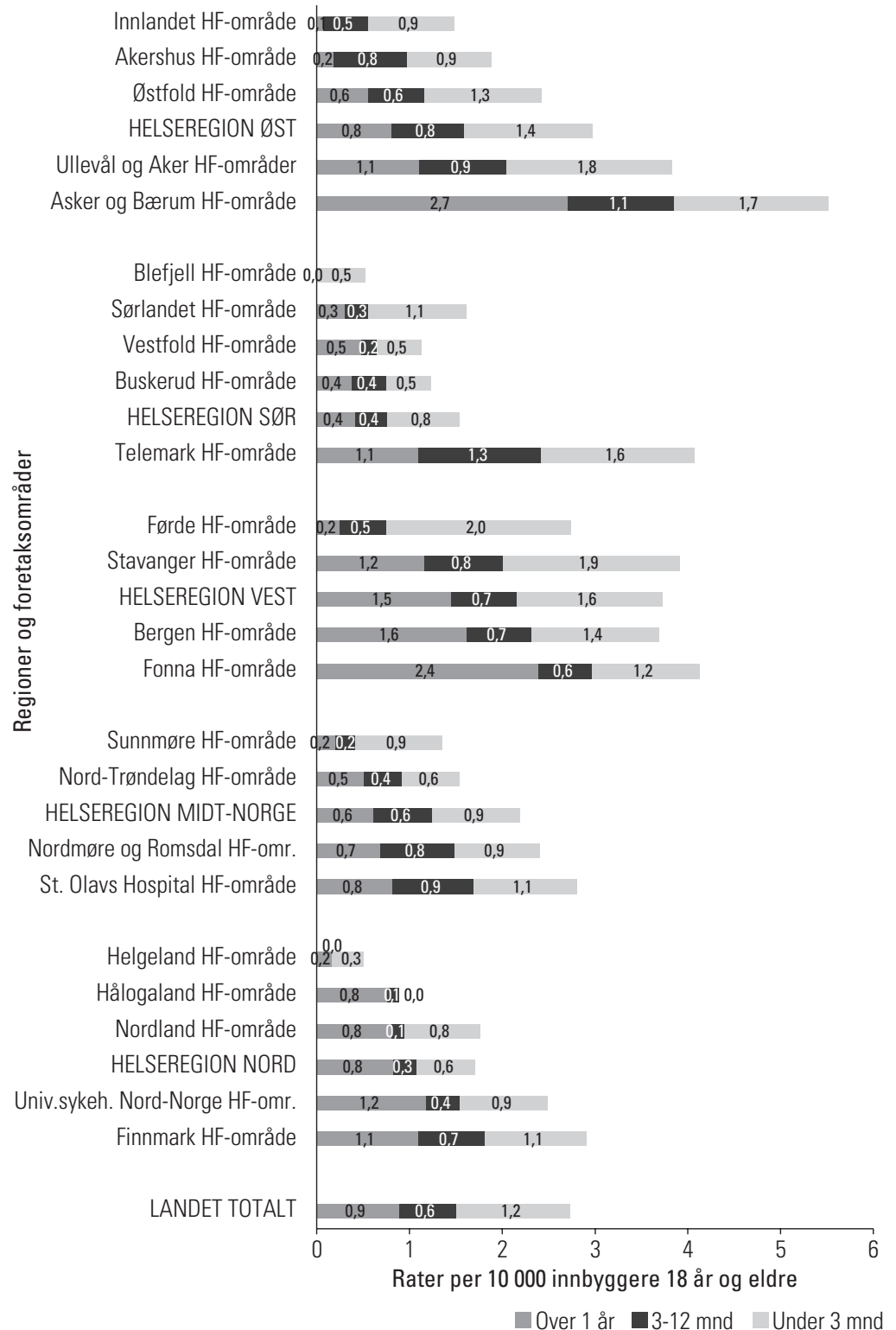
## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

### 6.4.1 Figurer

Figur 6.2

Varighet av opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Lengde på det tvungne psykiske helsevernet, under 3 mnd, over 3 måneder og over 1 år per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Nåværende status. HF- og RHF- område.  
*Ringerike HF mangler fordi de ikke har oppgitt lengde på opphold. Gyldig N=911, Missing - N=140.*



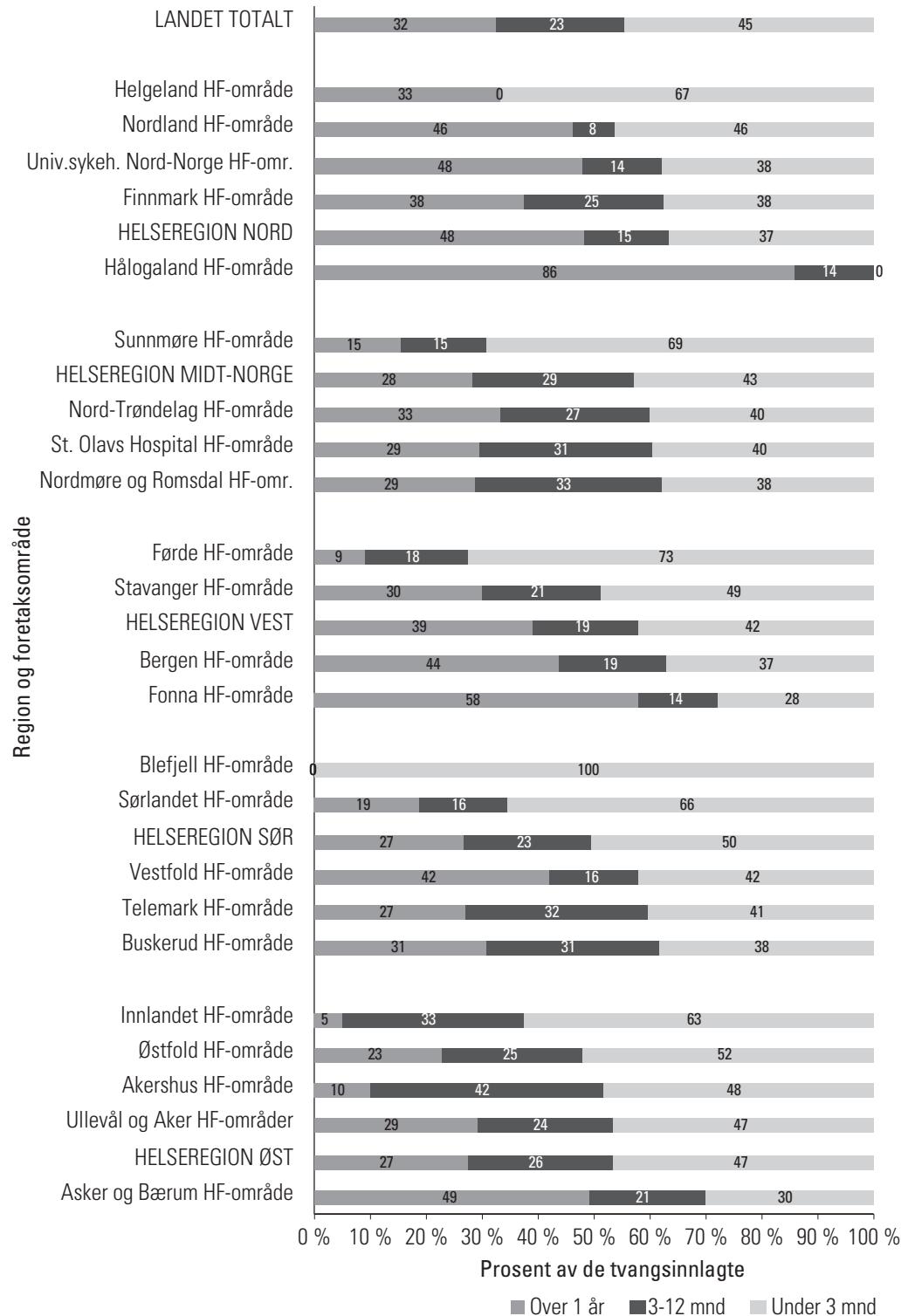
## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Figur 6.3

Prosent pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter varighet på oppholdet. Under tre mnd., over tre mnd. og over et år per HF og RHF.

*Ringerike HF mangler fordi de ikke har oppgitt lengde på opphold. Gyldig N=911, Missing - N=140.*



## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

### 6.5 Er det geografiske variasjoner i bruk av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?

#### 6.5.1 Forskjell i befolkningsrate i antall innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold – og i andel tvangsinnlagte av alle innlagte

Det var stor geografisk variasjon når det gjelder hvor mange personer per 10 000 innbygger som var innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Variasjonen var fra 0,5 person i Helgeland HF-område til 6,1 personer i Asker og Bærum HF-område. For landet som helhet var tre personer per 10 000 innbygger innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgn-

opphold. Det var mer enn ti ganger så mange personer innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i Asker og Bærum HF-område som i Helgeland HF-område<sup>7</sup>.

Når det gjelder andel tvangsinnlagte av alle innlagte finner vi også stor geografisk variasjon på HF-nivå. Her finner vi forskjeller fra 40 prosent i Asker og Bærum HF til syv prosent i Blefjell HF. På RHF-nivå er det mindre forskjeller, med Helseregion Sør lavest med 21 prosent og Helseregion Øst høyest med 27 prosent. For landet som helhet var 25 prosent av de innlagte pasientene under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

7) Vi har sjekket om Asker og Bærum HF kommer høyt fordi de har mange tvangsinnlagte pasienter fra omkringliggende kommuner, men dette er ikke tilfelle. Pasientene var blitt registrert på sine hjemstedskommuner.

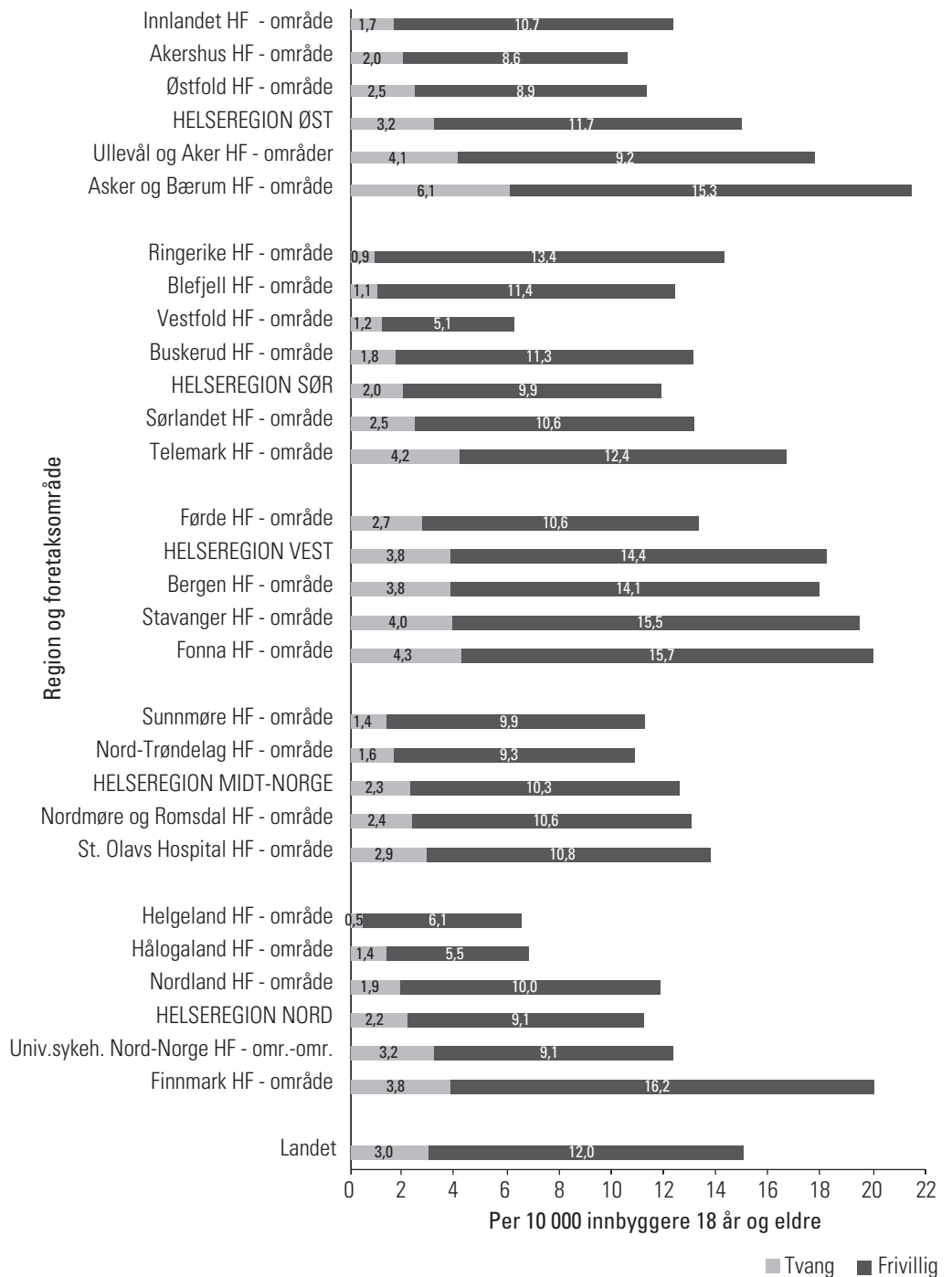
## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

## 6.5.2 Figurer

Figur 6.4

Tvangsrate. Innlagte pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter  
nåværende status. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre per HF- og RHF- område.



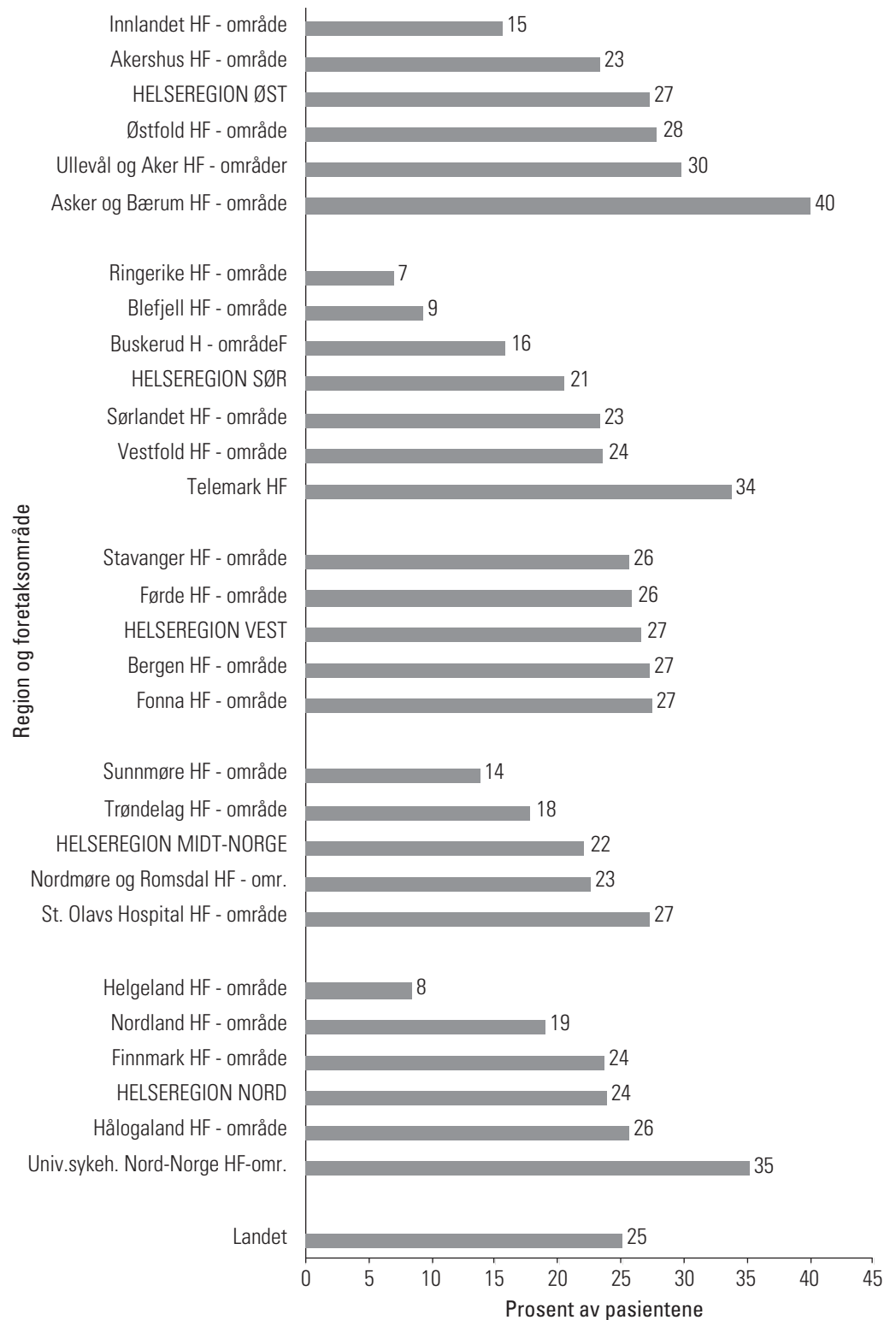
## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Figur 6.5

Andel innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av alle innlagte pasienter per HF og RHF.

Gyldig N er lik 3392 når det gjelder bosted og totaltallet er 4200 personer.  
Mangler opplysning om bosted for 208 personer.



## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

# 7 Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon

Psykisk helsevernlovens § 4-8 viderefører den tidligere lovens tre former for tvangsmiddelbruk uten vesentlige endringer; mekaniske tvangsmidler (herunder belter og remmer), kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede (isolering); samt enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt. I den landsomfattende pasienttellingen har vi opplysninger for om det var brukt tvangsmidler eller ikke på pasientene i løpet av en tremåneders periode.

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

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

*Som tvangsmiddel kan anvendes:*

- a) mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.*
- b) kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personalet til stede (isolasjon)*
- c) enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.*

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

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

*Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av lege, med mindre en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med lege ikke er mulig. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste.*

Tvangsmidler kan, når vilkårene for slik bruk er oppfylt, benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og overfor pasienter som er tvangsinnlagt. I § 2 i forskrift om bruk av tvangsmidler av 24. november 2000 heter det at tvangsmidler bare kan anvendes i institusjoner godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvunget psykisk helsevern ved døgnopphold. Kravet er likevel ikke absolutt, videre i samme paragraf heter det at i akutsituasjoner kan tvangsmidler anvendes også i andre institusjoner, men det skal ”straks vurderes om pasienten bør ha opphold i institusjon som nevnt i første ledd”. Overflytting er særlig aktuelt ved gjentakelse. Vilårene for å bruke tvangsmidler er strenge, omtrent svarende til at det foreligger en nødrettsituasjon (Øverli 1988). Det skal føres protokoll over bruk av tvangsmidler, denne skal også legges fram for kontrollkommisjonene.

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

### 7.1 Hva kjennetegner de pasientene det ble brukt tvangsmidler på, sammenliknet med de pasientene det ikke ble brukt tvangsmidler på?

Behandlerne ble i spørreskjemaet spurt om det hadde blitt brukt tvangsmidler overfor pasienten i løpet av de siste tre månedene forut for registreringen. Det ble brukt en eller annen form for tvangsmidler overfor syv prosent av de totalt 4156 innlagte pasienter hvor vi har opplysninger om bruk av tvangsmidler. Korttidsvirkende legemidler var brukt overfor fire prosent, mekaniske tvangsmidler overfor tre prosent og isolasjon ovenfor tre prosent. I analysene er de tre ulike typene tvangsmidler slått sammen til en tvangsmiddelvariabel. En del pasienter var blitt utsatt for flere typer tvangsmidler.

#### *Kjønn, alder og diagnose*

Av de som var blitt utsatt for tvangsmidler var 54 prosent kvinner og 46 prosent menn. Kvinneandelen var noe høyere blant pasientene som var blitt utsatt for tvangsmidler enn hos pasientene som ikke var blitt utsatt. Aldersmessig ser det ut som om det var de yngste pasientene som det særlig hadde blitt brukt tvangsmidler overfor. En tredjedel av de som var blitt utsatt for tvangsmidler var mellom 18 og 29 år gamle, og 59 prosent var under 39 år gamle. Disse pasientene var en yngre gruppe enn de som det ikke ble anvendt tvangsmidler overfor. Andelen pasienter med schizofrenidiagnose var lavere for de som det var blitt anvendt tvangsmidler overfor enn for de andre tvangsvariablene. Noe over halvparten hadde imidlertid schizofrenidiagnose, mens 43 prosent av pasientene det ikke hadde blitt brukt tvangsmidler overfor hadde schizofrenidiagnose. Andelen pasienter med affektive lidelser (16 prosent) var lavere hos pasientene utsatt for tvangsmidler, enn hos pasientene som ikke hadde blitt utsatt (23 prosent). Det er en liten andel flere pasienter som var blitt utsatt for tvangsmiddelbruk som har fått personlighetsforstyrrelse-diagnose (åtte prosent) og her var det også

flere som ikke har fått satt diagnose (8 prosent). Dette kan antyde at det her dreier seg om urolige og agiterte pasienter i kriser som blir innlagt på akuttavdeling, hvor diagnose enda ikke er satt.

#### *Sosiodemografiske opplysninger*

Av pasientene som det hadde blitt brukt tvangsmidler overfor var 74 prosent ugifte, mot 61 prosent av de som det ikke hadde blitt brukt vært tvangsmidler overfor. De utsatte pasientene hadde også i mindre grad egen bolig uten tilsyn. Bare 44 prosent av pasientene som det har vært brukt tvangsmidler overfor hadde egen bolig mot halvparten av de som ikke hadde vært utsatt. Det var også fem prosentpoeng flere pasienter som ble karakterisert som bostedsløse blant pasientene utsatt for tvangsmidler (23 prosent mot 18 prosent). Når det gjelder hva pasientene har som hovedinntektskilde ser de to gruppene relativt like ut. Kun fire og tre prosent av gruppene hadde egen inntekt. Det vil si at de aller fleste pasientene som var innlagt, uavhengig om de har blitt utsatt for tvangsmidler eller ikke, levde av ulike type trygdeordninger. Cirka halvparten av begge gruppene var uføretrygdede. De to gruppene var relativt like når det gjelder utdanningsnivå. Samlet sett kommer pasientene som har vært utsatt for tvangsmidler litt svakere ut på sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler, men det er ikke store forskjeller. Hele populasjonen av døgnpasienter er en svært svak gruppe, med mange single, uføretrygdede, med lav utdanning og mange bostedsløse.

Sammenlignet med hele befolkningen, var personene som hadde vært utsatt for tvangsmidler oftere enslige. De hadde også lavere utdanning; 12 prosent hadde fullført utdanning fra universitet eller høyskole mot 24 prosent i befolkningen totalt. Når det gjelder utdanning på videregående skole, hadde 37 prosent av pasientene utsatt for tvangsmidler fullført slik utdanning, mot 56 prosent i befolkningen totalt.



**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
 Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

## 7.1.1 Tabeller

*Kjønn*

Tabell 7.1

*Kjønnfordeling pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.*

	<i>Ikke tvangsmidler</i>	<i>Tvangsmidler</i>	<i>Alle innlagte</i>
Menn	49	46	49
Kvinner	51	54	51
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 872</b>	<b>285</b>	<b>4 156</b>
Missing - N	43	1	44
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>

*Alder*

Tabell 7.2

*Aldersfordeling på pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Aldersfordeling befolkningen over 18 år.*

<i>Alder</i>	<i>Ikke tvangsmidler</i>	<i>Tvangsmidler</i>	<i>Alle innlagte</i>	<i>Befolkning over 18</i>
0-17 år	0	1	0	
18-29 år	25	33	25	17
30-39 år	22	26	22	21
40-49 år	21	15	21	19
50-59 år	14	12	14	18
60-69 år	8	6	8	11
70-79 år	6	4	6	9
80 år+	4	2	4	6
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 861</b>	<b>285</b>	<b>4 146</b>	
Missing - N	54	0	54	
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>	

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Diagnose*

Tabell 7.3

*ICD 10 hoveddiagnose til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.*

<i>Diagnose</i>	<i>Ikke tvangsmidler</i>	<i>Tvangsmidler</i>	<i>Alle innlagte</i>
Organiske lidelser	2	1	2
Stoffrelaterte lidelser	4	5	4
Schizofrenier	43	52	44
Affektive lidelser	23	16	23
Nevrotiske lidelser	7	5	7
Fysiske adferdssyndromer	2	0	2
Personlighetsforstyrrelser	7	9	7
Andre diagnoser	5	5	5
Mangler diagnose	6	8	6
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>
Missing - N	0	0	0
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>

## Sosiodemografiske opplysninger

*Sivilstatus*

Tabell 7.4

*Sivilstatus til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Sivilstatus befolkningen over 18 år*

<i>Sivilstatus</i>	<i>Ikke tvangs- midler</i>	<i>Tvangsmidler</i>	<i>Alle innlagte</i>	<i>Befolkning over 18</i>
Ugift	61	74	62	31
Gift/ samboende	19	12	19	50
Enke/enkemann	5	4	5	8
Separert/skilt	14	11	14	11
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 835</b>	<b>283</b>	<b>4 118</b>	
Missing - N	80	2	82	
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>	

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Bosituasjon*

Tabell 7.5

*Bosituasjon til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.*

<i>Type bolig</i>	<i>Ikke tvangs- midler</i>	<i>Tvangs- midler</i>	<i>Alle innlagte</i>
Egen bolig uten tilsyn	50	44	50
Egen bolig med tilsyn	9	9	9
Omsorgsbolig uten tilsyn	2	1	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	3	4	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning	3	4	3
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	3	2
Åpen døgninstitusjon i psyk. helsevern	10	4	10
Lukket døgninstitusjon i psyk. helsevern	3	7	3
Ikke egen bolig (bostedsløs)	18	23	18
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 721</b>	<b>270</b>	<b>3 991</b>
Missing - N	194	15	209
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>

*Hovedinntektskilde*

Tabell 7.6

*Hovedinntektskilde til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.*

<i>Hovedinntektskilde</i>	<i>Ikke tvangsmidler</i>	<i>Tvangsmidler</i>	<i>Alle innlagte</i>
Inntekt av eget arbeid	4	3	4
Forsørget	2	3	2
Sykemelding	9	6	9
Arbeidsledighetstrygd	1	3	1
Uførepensjon	50	52	50
Alderspensjon	11	6	11
Sosialstønad	5	8	5
Annen trygd	12	13	12
Annet	4	7	5
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 802</b>	<b>280</b>	<b>4 082</b>
Missing - N	113	5	118
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Utdanning*

Tabell 7.7

*Utdanning til pasienter som hadde blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlig-  
net med pasienter som ikke hadde blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til  
sammen. Utdanning befolkningen over 18 år.*

<i>Utdanning</i>	<i>Ikke tvangs- midler</i>	<i>Tvangs- midler</i>	<i>Alle innlagte</i>	<i>Befolkning</i>
Universitet og høyskole	11	12	11	24
Videregående skole/yrkesrettet utd.	37	37	37	56
Grunnskole (7-10 årig)	47	46	47	20
Ikke fullført grunnskole	5	5	5	(*)
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 531</b>	<b>256</b>	<b>3 787</b>	
Missing - N	384	29	413	
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>	

\*) ikke angitt

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

# 8 Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon

I Psykisk helsevernloven av 1999 § 4-4 gis det anledning til å undersøke og behandle pasienter uten samtykke.

### § 4-4 i Psykisk helsevernloven av 1999 - Behandling uten samtykke

*Pasient under tvungent psykisk helsevern som beskrevet i § 3-1, kan uten samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.*

*Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.*

*Undersøkelse og behandling uten samtykke 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. Deresom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten samtykke.*

*Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt for å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjen-*

*nomføres når det med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår forverring av sykdommen.*

*Det faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke. Vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke skal nedtegnes uten opphold. Vedtak etter paragrafen her kan påklages til fylkeslegen av pasienten og hans eller hennes nærmeste.*

### Merknad i loven til § 4-4

*I merknad til psykisk helsevernloven § 4-4 om behandling uten samtykke står det at følgende behandlingsformer **ikke** kan benyttes som tvangsbehandling:*

- ECT, med unntak ved nødsituasjoner
- psykokirurgiske inngrep
- inngripende grensesettende tiltak
- eksperimentell tvangsbehandling

*Videre står det at: Eventuell tvangsbehandling og undersøkelse skal klart være i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.*

### Utvalg

Med bakgrunn i data fra pasientregistreringen fra døgninstitusjonene i 2003 kan vi si hvor mange av pasientene som hadde blitt tvangsbehandlet i løpet av de siste tre måneder. Med tvangsbehandling menes enten tvangsmedisinering eller annen type tvangsbehandling. Til sammen 388 av de 4200 pasientene i populasjonen hadde blitt tvangsbehandlet. Av disse var 300 personer blitt tvangsmedisinert og 125 personer blitt

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

tvangsbehandlet med annen type tvangsbehandling. Dette utgjør henholdsvis åtte og fire prosent av alle de innlagte pasientene. Noen pasienter var blitt både tvangsmedisinert og behandlet med annen type tvangsbehandling. Tvangsbehandling består med andre ord stort sett av tvangsmedisinering.

I dette avsnittet er tvangsmedisinering og annen type tvangsbehandling slått sammen siden antallet er såpass lavt. På slutten av avsnittet er det foretatt en egen analyse over fordeling av annen type tvangsbehandling enn legemidler per HF og RHF område.

Det var altså 125 personer av de 4200 pasientene i populasjonen som hadde blitt tvangsbehandlet med annen type tvangsbehandling enn med legemidler. Ettersom det i spørreskjemaet bare var avkrysset for om pasientene har vært utsatt for annen type tvangsbehandling, vet vi ikke helt hva slags behandling disse pasientene har mottatt. Det kan dreie seg om tvungen ECT eller tvungen deltagelse i samtaler og grupper. Dette burde undersøkes nærmere.

### 8.1 Hvilke pasienter ble tvangsbehandlet i døgninstitusjonene, og skiller disse seg ut fra pasientene som ikke ble tvangsbehandlet?

#### *Kjønn og alder*

Kjønnsfordelingen på pasientene som var blitt tvangsbehandlet var relativt lik; 51 prosent menn og 49 prosent kvinner. For hele pasientpopulasjonen var kjønnsfordelingen hhv. 49 prosent menn og 51 prosent kvinner. Aldersfordelingen på pasientene som hadde blitt tvangsbehandlet var også relativt lik hele populasjonen totalt. Det var en prosent flere i de tre yngste alders-

gruppene som hadde blitt tvangsbehandlet og to prosent flere som hadde blitt tvangsbehandling av de mellom 50 og 59 år. Av de som hadde blitt tvangsbehandlet hadde 67 prosent schizofrenidiagnose, sammenlignet med 42 prosent hos de som ikke hadde blitt tvangsbehandlet.

#### *Sosiodemografiske opplysninger*

Blant de som hadde blitt tvangsbehandlet var det flere ugifte enn blant de som ikke var blitt tvangsbehandlet. Færre pasienter blant de tvangsbehandlede hadde også egen bolig uten tilsyn, 45 prosent sammenlignet med 51 prosent av de som ikke hadde blitt tvangsbehandlet. Ellers var bosituasjonen for de to gruppene relativt lik. Det var en betydelig høyere andel som var uføretrygdet (63 prosent mot 49 prosent) blant de tvangsbehandlede. Utdanningsnivået var relativt likt. Jevnt over er dette en gruppe pasienter som er enda svakere og mer sårbar på de fleste områder enn pasientene som ikke hadde blitt tvangsbehandlet.

Sammenlignet med hele befolkningen var det flere som var enslige blant gruppen pasienter som var blitt tvangsbehandlet. Halvparten av Norges befolkning var gifte eller samboende, mot bare åtte prosent av de som hadde blitt tvangsbehandlet. Utdannelsesnivået var også lavere. Mens en fjerdedel av hele befolkningen hadde fullført utdanning på enten høyskole eller universitet, hadde bare ti prosent av pasientene som var blitt tvangsbehandlet det. Det tilsvarende forholdet finner vi når vi ser på fullført utdanning fra videregående skole. I befolkningen som helhet hadde 56 prosent fullført utdanning på videregående skole, blant pasientene som har vært utsatt for tvangsbehandling hadde bare 38 prosent det.

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

**8.1.1 Tabeller***Kjønn*

Tabell 8.1

*Kjønnsfordeling på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.*

<i>Kjønn</i>	<i>Ikke tvangsbehandlet</i>	<i>Tvangsbehandlet</i>	<i>Alle innlagte</i>
Mann	48	51	49
Kvinne	52	49	51
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 768</b>	<b>388</b>	<b>4 156</b>
Missing - N	44	0	44
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>

*Alder*

Tabell 8.2

*Aldersfordeling på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.*

<i>Alder</i>	<i>Ikke tvangsbehandlet</i>	<i>Tvangsbehandlet</i>	<i>Alle innlagte</i>	<i>Hele befolkning</i>
10-17 år	0	1	0	
18-29 år	25	26	25	17
30-39 år	22	23	22	21
40-49 år	21	21	21	19
50-59 år	14	16	14	18
60-69 år	8	7	8	11
70-79 år	6	5	6	9
80 år+	4	2	4	6
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 758</b>	<b>388</b>	<b>4 146</b>	
Missing - N	54	0	54	
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>	

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Diagnose*

Tabell 8.3

*Diagnose på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.*

<i>ICD 10 diagnose</i>	<i>Ikke tvangs- behandlet</i>	<i>Tvangs- behandlet</i>	<i>Alle innlagte</i>
Organiske lidelser	2	0	2
Stoffrelaterte lidelser	4	3	4
Schizofrenier	42	67	44
Affektive lidelser	24	13	23
Nevrotiske lidelser	8	3	7
Adferdssyndromer	2	0	2
Personlighetsforstyrrelser	7	3	7
Andre diagnoser	6	4	5
Mangler diagnose	6	6	6
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>
Missing - N	0	0	0
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>

## Sosiodemografiske opplysninger

*Sivilstatus*

Tabell 8.4

*Sivilstatus på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.*

<i>Sivilstatus</i>	<i>Ikke tvangs- behandlet</i>	<i>Tvangs- behandlet</i>	<i>Alle innlagte</i>	<i>Hele befolkning</i>
Ugift	60	77	62	31
Gift/ samboende	20	8	19	50
Enke/enkemann	5	3	5	8
Separert/skilt	14	12	14	11
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 733</b>	<b>385</b>	<b>4 118</b>	
Missing - N	79	3	82	
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>	



**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

*Bosituasjon*

Tabell 8.5

*Bosituasjon til pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.*

<i>Type bolig</i>	<i>Ikke tvangsbehandlet</i>	<i>Tvangsbehandlet</i>	<i>Alle innlagte</i>
Egen bolig uten tilsyn	51	45	50
Egen bolig med tilsyn	9	11	9
Omsorgsbolig uten tilsyn	2	1	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	3	4	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning	3	4	3
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	2	2
Åpen avdeling i psyk. helsevern	10	8	10
Lukket avdeling i psyk. helsevern	3	5	3
Ikke egen bolig (bostedsløs)	18	21	18
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 619</b>	<b>372</b>	<b>3 991</b>
Missing - N	193	16	209
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>

*Hovedinntektskilde*

Tabell 8.6

*Hovedinntektskilde på pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.*

<i>Hovedinntekt</i>	<i>Ikke tvangsbehandlet</i>	<i>Tvangsbehandlet</i>	<i>Alle innlagte</i>
Inntekt av eget arbeid	4	2	4
Forsørget	2	2	2
Sykemelding	10	4	9
Arbeidsledighetstrygd	1	1	1
Uførepensjon	49	63	50
Alderspensjon	12	7	11
Sosialstønad	5	5	5
Annen trygd	13	9	12
Annet	4	7	5
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 701</b>	<b>381</b>	<b>4 082</b>
Missing - N	111	7	118
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

## Utdanning

Tabell 8.7

*Utdanning til pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke var blitt tvangsbehandling og hele populasjonen av innlagte pasienter.*

Utdanning	Ikke tvangsbehandlet	Tvangsbehandlet	Alle innlagte	Befolkning over 18
Universitet og høyskole	12	10	11	24
Vid. skole/yrkesrettet utd.	37	38	37	56
Grunnskole (7-10 årig)	47	49	47	20
Ikke fullført grunnskole	5	4	5	(*)
Totalt	100	100	100	
Gyldig N	3 441	346	3 787	100
Missing - N	371	42	413	
Total N	3 812	388	4 200	

\*) ikke angitt

### 8.2 Er omfanget av tvangsbehandling geografisk jevnt fordelt mellom helseforetaksområder?

Vi har beregnet hvor mange personer som hadde blitt tvangsbehandlet i hvert HF- og RHF-område per 10 000 innbygger og hvor mange prosent av pasientene som var blitt tvangsbehandlet innenfor hvert enkelt HF og RHF. Det første kalles befolkningsrate per HF- og RHF-område og det andre kalles andel per HF og RHF.

#### *Befolkningsrate/ antall personer som hadde blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger per HF- og RHF-område*

Figur 8.1 viser at det var relativt stor variasjon i hvor mange personer som hadde blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger mellom HF- og RHF-område. Variasjonen er fra Helgeland HF-område med 0,2 personer per 10 000 innbygger til Bergen HF-område med to personer per 10 000 innbygger. Asker og Bærum HF- og Førde HF-område ligger også høyt med 1,7 personer som hadde blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger. Helseregion Vest RHF skiller seg ut med 1,7 person som hadde blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger. De fire andre RHF-ene ligger lavere og relativt likt med en variasjon fra 0,7 personer til 1 person tvangsbehandlet per 10 000 innbygger. På landsbasis hadde 1,1 person per 10 000 innbygger blitt tvangsbehandlet.

#### *Andel pasienter som hadde blitt tvangsbehandlet per HF og RHF*

Figur 8.2 viser hvor mange prosent av pasientene ved hvert enkelt HF og RHF som var blitt tvangsbehandlet i løpet av de siste tre mnd. På HF-nivå var variasjonen fra tre prosent ved Ringerike og Helgeland HF til 16 prosent av pasientene ved Førde HF. Variasjonen mellom RHF-ene var fra åtte prosent pasienter som var blitt tvangsbehandlet i Helse Nord RHF og Helse Øst RHF til 12 prosent av pasientene i Helseregion Vest RHF. For hele landet hadde ni prosent av innlagte pasienter i psykisk helsevern blitt tvangsbehandlet.

#### *Annen type tvangsbehandling enn med legemidler per 10 000 innbygger per HF- og RHF-område*

Det var i denne populasjonen 125 pasienter som var blitt tvangsbehandlet med noe annet enn legemidler. Figur 8.3 viser geografisk fordeling av disse pasientene per 10 000 innbygger per HF- og RHF-område. Her skiller Bergen og Fonna HF-område seg ut med litt over en person per 10 000 innbyggere. Helseregion Vest (RHF) ligger også sammenlagt høyere på antall tvangsbehandlede per 10 000 innbyggere enn de fire andre Helseregionene (RHF). På landsbasis ble 0,36 person per 10 000 innbygger tvangsbehandlet med annet enn legemidler.

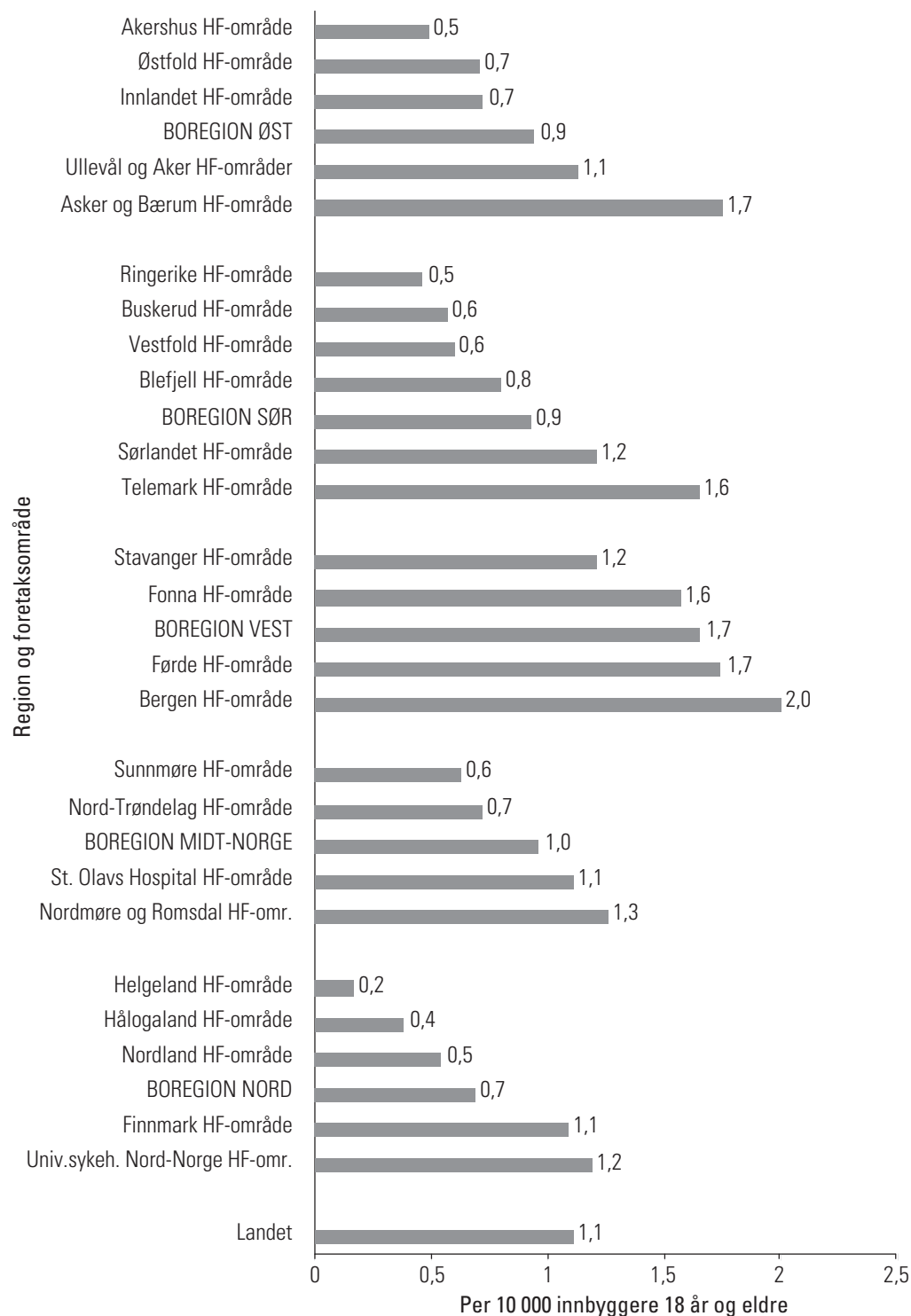
## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

### 8.2.1 Figurer

Figur 8.1

Antall tvangsbehandlede pasienter per 10 000 innbyggere fordelt på HF- og RHF- område.  
*N=370 pasienter. Vi mangler opplysninger om bosted for 18 av de 388 pasientene som ble tvangsbehandlet.*



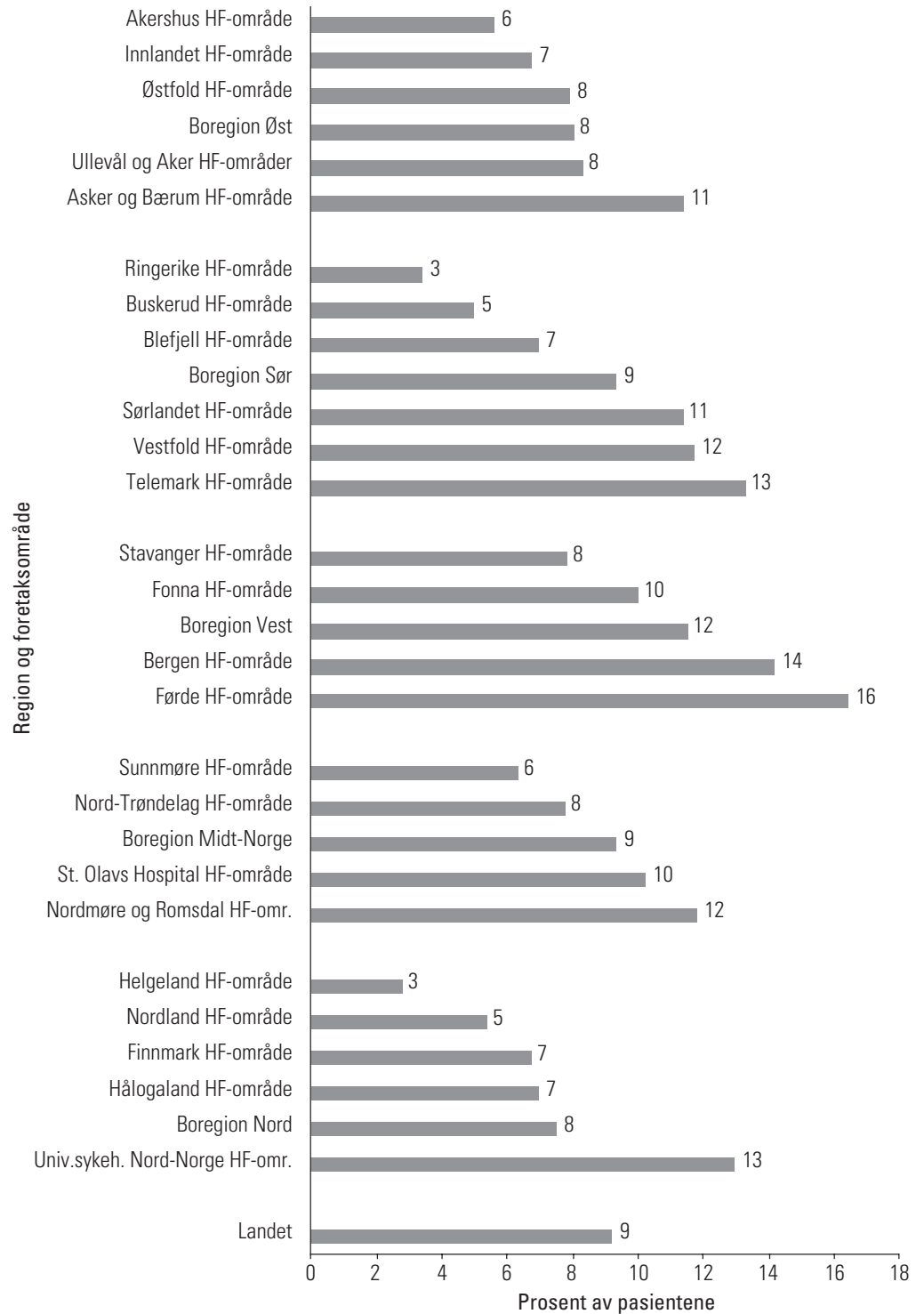
## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Figur 8.2

Andel av pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent per HF og RHF.

*Det vil si at dette er hvor mange prosent av de innlagte totalt per HF og RHF som hadde blitt tvangsbehandlet. Pasientpopulasjonen totalt er på 4200 pasienter. Av disse var 388 pasienter blitt tvangsbehandlet i løpet av de siste tre mnd.*



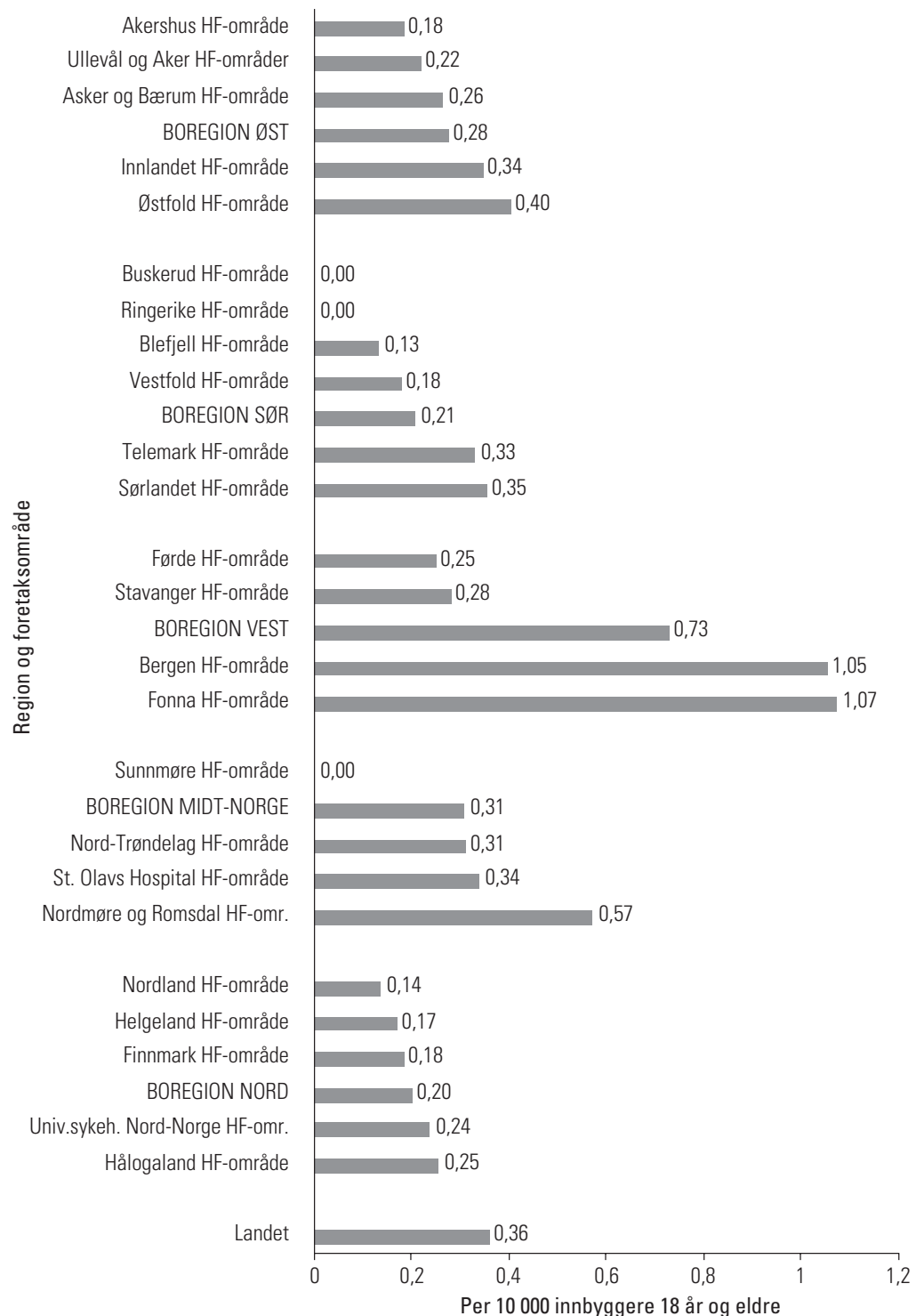
## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Figur 8.3

Fordeling av annen type tvangsbehandling enn legemidler per 10 000 innbygger per HF- og RHF-område.

*Vi har opplysninger om 125 pasienter som var blitt tvangsbehandlet med noe annet enn legemidler. Det mangler opplysning om bosted for tre pasienter. Det vil si at pasientgrunnlaget i denne figuren er 122 pasienter.*



## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

# 9 Litteraturgjennomgang tvangsbehandling

## 9.1 Lovverk

I henhold til Psykisk helsevernlovens § 4-4 kan pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, både med og uten døgnomsorg, tvangsbehandles. Det er ikke anledning til å tvangsbehandle pasienter innlagt til tvungen observasjon eller de som er frivillig innlagt. For begge disse forholdene er dette ingen endring i forhold til Lov om psykisk helsevern av 1961. Det har derimot skjedd en utvidelse av behandlingsbegrepet; mens man tidligere utelukkende kunne tvangsbehandle med legemidler, er dette nå utvidet til også å gjelde deltakelse i andre behandlingsformer. Eksempler på dette vil være samtalerapi, gruppeterapi og arbeidsterapi (Ot prp nr. 11 1998-99). Det er fortsatt ikke anledning til å tvangsbehandle pasienter med elektroshokk (ECT), men det åpnes for at dette kan brukes i spesielle nødrettssituasjoner (Merknad til § 4-4), jfr. også Grammeltvedt (2001). Det stilles krav om at tvangsbehandlingstiltak bare kan iverksettes etter ”tilstrekkelig undersøkelse”, og når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen. Tvangsbehandlingen skal klart være i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og klinisk praksis, og det er ikke hjemmel for eksperimentell tvangsbehandling. Det skal føres protokoll over tvangsbehandling, som på forespørsel skal legges fram for kontrollkommissjonen og fylkeslegen. Dette er protokoller som oppbevares på den enkelte post, og hvor opplysningene er individspesifikke. Det er i egen forskrift av 24. november 2000 gitt nærmere beskrivelse av prosedyrer mv. for tvangsbehandling.

## 9.2 Metode

Det ble søkt i MedLine, PsychInfo og Google Scholar på involuntary treatment, forced treatment og compulsory treatment, avgrenset til psychiatry/mental health. Denne søkestrategien ga svært mange treff, og søket ble i tillegg avgrenset til litteratur etter 1990. For artikler som ut fra tittel virket relevante ble først abstract lest, og hvis fortsatt vurdert som relevant deretter selve artikkelen. I denne prosessen ble svært mye litteratur luket ut. Ressursene har ikke tillatt en fullstendig kunnskapsoppsummering, men litteraturgjennomgangen gir en indikasjon på hva vi i dag vet (eller snarere ikke vet) om bruk av tvangsbehandling. I denne avgrensede litteraturgjennomgangen har vi sett på litteratur som helt eller delvis omhandler tvangsbehandling i tråd med Psykisk helsevernlovens definisjon i § 4-4. Vi har konsentrert oss om to områder; hva vet vi om forekomst av tvangsbehandling og hva vet vi om de pasienter som blir tvangsinnlagt?

Som det framgår av kunnskapsstatus er ennå svært lite publisert om bruk av tvangsbehandling innen det psykiske helsevernet, og det redegjøres i kapitlet for noen av årsakene til dette.

## 9.3 Aktuell litteratur

I internasjonal litteratur skiller det ofte ikke mellom tvangsinnleggelse og tvangsbehandling, og disse begrepene anvendes ofte synonymt (Salize et al. 2002). En nærmere gjennomlesning viser at artiklene omhandler tvangsbehandling forstått som tvungent psykisk helsevern. Et eksempel på dette er den etter hvert store litteraturen som er kommet om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, i litteraturen ofte

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

betegnet som involuntary outpatient treatment. Bindman (2004) drøfter kunnskapsstatus i forhold til denne tvangsformen (og som er relevant i forhold til kapittel 4 i denne rapporten, men ikke i forhold til tvangsbehandling). I enkelte land skiller en ikke lovmessig mellom tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling (Salize et al. 2002:tab.5.1). At dette også, tross formelle skiller, ikke er like tydelig framkommer av Steinert and Schmidts studie fra Tyskland (2004). Hvorvidt pasienten er utsatt for tvangsmedisinering eller ikke er i deres studie definert ved om pasienten er berørt eller holdt under administrering av medikasjonen eller ikke. De tilfeller hvor personalet fortalte pasienten at han/hun ville bli truet/presset (forced) til å ta medisinen ved fysisk tvang, men hvor pasienten tok medisinen uten å bli berørt, ble ikke definert som tvangsmedisinering. En slik definisjon vil gi en grov underestimering av omfanget av tvangsmedisinering i Norge!

På samme vis er det heller ikke et entydig skille i internasjonal litteratur mellom tvangsmedisinering (jfr § 4-4) og når medikamenter brukes som tvangsmiddel (jfr § 4-8 – dvs. korttidsvirkende legemidler i beroligende/bedøvende hensikt). Et eksempel på dette er Kaltiala-Heino et al. (2000) som bruker både compulsory medication, involuntary medication og forced medication om samme empiriske fenomen, uten at det ut fra artikkelen er mulig å identifisere om dette er tvangsmedisinering eller tvangsmiddel (i den norske forståelsen av skillet).

Det er videre en utfordring at mange land ikke har en praksis hvor de monitorerer denne typen tvangsbruk, eksempelvis Sveits hvor en i et større utvalg akuttavdelinger fant at under 50 prosent av avdelingene hadde et system for statistisk innhenting av opplysninger om administrering av tvangsmidler (Needham et al. 2002).

### 9.3.1 Hva vet vi om forekomst

Vi har ikke funnet litteratur om forekomst fra andre land enn Danmark og Finland. I henhold til Sundhedsstyrelsen (2003) ble det i Danmark brukt tvangsmedisinering overfor 523 personer i 2002 (i tillegg 7 personer i barne- og ungdomsavdelinger), av totalt ca 25 000 innlagte pasienter. De tilsvarende tallene for 2001 var 586 av totalt 26123. Dette gir en andel av innlagte pasienter på noe over 2 prosent for begge år. Elektrosjokk, som ikke er tillatt annet enn i nødverge i Norge (jfr. lovgjennomgangen),

ble i Danmark i 2002 brukt overfor 76 pasienter (86 i 2001). Poulsen og Olsen (2002) viser til at i perioden 1990-1998 var det en stigning fra om lag 1700 til over 9000 episoder (ikke antall pasienter) med tvangsbehandling.

Gitt at det er mulig å avgrense Kaltiala-Heino et al. (2000) sine tall til tvangsmedisinering (jfr. over) ble det i et utvalg av ca 1500 pasienter i Finland brukt tvangsmedisinering overfor 8,4 prosent av pasientene.

### 9.3.2 Hvem anvendes tvangsmedisinering overfor?

Christensen og Onstad (2003) presenterer opplysninger om 64 tvangsbehandlede pasienter (av totalt 340) innlagt i en akuttavdeling i Oslo i perioden 1996-2000. Diagnosefordelingen var 41 prosent paranoid schizofreni, 13 prosent paranoid psykose, 13 prosent schizoaffektiv lidelse, 17 prosent bipolar affektiv lidelse og 17 prosent andre. 69 prosent var kvinner. Når det gjelder hovedinntektskilde var 14 prosent i lønnet arbeid, 31 prosent hadde uførepensjon, 13 prosent hadde sykepenger, den samme andelen var også hhv forsørget eller hadde sosialstønad, mens 17 prosent var oppgitt som annet. Når det gjaldt samlivsstatus levde 5 prosent i parforhold.

Schepelern et al. (1994) studerte konsekvensene av endringer i dansk lovgivning (i 1989) på bruk av tvangsmedisinering, med utgangspunkt i data fra et dansk sykehus. Henholdsvis 34 (før lovendring) og 36 (etter lovendring) pasienter ble tvangsmedisinert (etter en lovbestemmelse noenlunde tilsvarende §4-4 i Psykisk helsevernloven). Dette er et lite utvalg, og diagnosefordelingen (i henhold til ICD-8) var samlet for begge periodene: Schizofreni 49 prosent, mani 23 prosent, endogen depresjon 3 prosent, reaktiv psykose 14 prosent, organisk psykose 1 prosent og andre psykoser 10 prosent. Kjønnfordelingen for hele perioden var 77 prosent kvinner og 33 prosent menn. Varighet var under gammel lov fra en til 60 dager (mean 10 dager, median 3,5 dager) og under ny lov fra en til 124 dager (mean 23 dager, median åtte dager).

Nicholson (1999) redegjør i hovedsak for amerikanske studier, og finner at i forhold til pasienter som tar sin medikasjon frivillig kjennetegnes de som tvangsmedisinert av at de er mer tilbøyelig til å overfalle eller true andre, og det brukes i høyere grad "restraint" (holding/fysiske tvangsmidler)

## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

og isolasjon overfor dem. I den grad det klages fra pasientene på disse vedtakene, får de sjelden medhold (de 16 studiene som refereres viser til en refusjonsprosent på fra 70-100 prosent, de fleste i området 85-100 prosent). Verken når det gjelder korttids- eller langtidseffekt (eksempelvis klinisk effekt, liggetid og reinnleggelser) er det klare funn som peker i positiv eller negativ retning, det siteres flere studier som samlet finner alle utfall. Dette er en stor diskusjon, med betydelige metodiske utfordringer (jfr. Høyer 2000, Bindman 2004, Nicholson 1999), og bør derfor være et område en ser nærmere på i en videre kunnskapsoppbygging omkring tvangsmedisinering.



## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

## Forskningsbehov – noen punkter

Denne rapporten er i all hovedsak en deskriptiv gjennomgang av bruken av ulike tvangsformer i det psykiske helsevernet, målt ved to tverrsnittsregistreringer høsten 2003 og våren 2004. I dette kapitlet peker vi på noen problemstillinger disse funnene avdekker, samt skisserer kort hvordan enkelte av problemstillingene kunne vært studert videre.

Ettersom denne studien er en tverrsnittsregistrering kan vi ikke si noe om behandlingsforløp og bruk av helsetjenester over tid. For å få belyst dette er vi avhengig av forløpsstudier. Behovet for forløpsstudier kan eksemplifiseres med hva som kjenner tegner pasientgruppen på tvungent psykisk helsevern uten døgn. Er dette en gruppe pasienter som har lang historie med psykiske vansker bak seg, og hvor frivillige behandlingsforsøk ikke har ført frem? Eller er dette de pasientene som har lange institusjonsopphold bak seg, og som er blitt overført til kommunal omsorg som et ledd i nedbygging av døgnavdelingene i psykisk helsevern?

Et ytterligere argument for forløpsstudier gjelder de eldste. Når vi finner at gruppen pasienter over 50 år er underrepresentert både når det gjelder tvungent psykisk helsevern med og uten døgn kan man lure på om de slutter å ha behov for innleggelse eller om de legges inn andre steder i helsetjenesten.

At det er stor geografisk variasjon i hvor mange som er innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (jfr. kapittel 6) er et veldokumentert og konsistent funn, bekreftet ved tidligere norske undersøkelser over innlagte pasienter i psykisk helsevern (Bjørngård & Hatling, 2005). Det samme funnet går igjen i sammenligning mellom europeiske land (Zinkler & Priebe,

2002, Salize et al. 2002) og i internasjonale sammenligninger (Riecher-Rössler & Rössler, 1993).

I en europeisk sammenligning (Zinkler & Priebe, 2002) var det nesten 20 ganger så mange tvangsinnlagte etter befolkningsrate i de med høyest rate sammenlignet med land som har få. Etter at de har sammenlignet de ulike lands lovverk om bruk av tvungent psykisk vern konkluderes det med at "Farekriteriet" var relativt likt i de fleste land, men at det var bruken av tvungent psykisk helsevern i behandlingsøyemed som varierer en del. Studien konkluderer imidlertid også med at man ikke kan forklare den store variasjonen mellom land alene med ulike lovverk, men at det er mange andre faktorer som også har innvirkning.

Foreløpig har ikke den store geografiske variasjonen i bruk av tvungent psykisk helsevern kunne forklares. Det er imidlertid fremsatt en rekke hypoteser om hvilke faktorer som kan påvirke hvor mange som til en hver tid er tvangsinnlagt i et geografisk område. Det er også gjennomført noen studier som har analysert ulike faktorer som kan ha betydning. Mange av disse faktorene har høyst sannsynlig også betydning i å forklare geografisk variasjon i annen type tvangsbruk. Forklaringsmodeller som er fremsatt er blant annet:

- Variasjon i tilgjengelighet på sengeplasser
- Storbyproblematikk versus distriktskommuner
- Store versus små kommuner
- Variasjon i hvor mange personer i befolkningen som har alvorlig psykisk lidelse

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

- Variasjon i egenskaper ved pasientene; diagnose, kjønn, demografiske faktorer
- Egenskaper ved personalet, utdanningsnivå, etikk og holdninger
- Egenskaper ved sengeposten, postatmosfære, postkultur
- Forskjeller i organisering og administrasjon av tjenestene
- Variasjon i hvor godt det kommunale tjenesteapparatet er bygget ut
- Lokale kulturforskjeller, paternalisme, toleranse for avvik og annerledes atferd
- Forskjeller i familienettverk, nærmiljønettverk og profesjonelt nettverk
- Forskjeller i behandlingssideologi, lokalt og individuelt hos fagfolk
- Ulik fortolkning av lovverket
- Ulik geografisk fordeling av ulike typer sykehus og avdelinger, for eksempel sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger som bruker mer tvang enn andre typer avdelinger

En norsk studie (Bjørngaard & Heggstad, 2001) fant at en god del av forskjellene mellom sykehusene i forekomst av tvangsinnleggelses skyldes ulike pasientsammensetning, målt ved pasientenes kjønn, alder, tidligere innleggelses og diagnose. Samtidig viser analysene at det er forskjeller utover det som kan tilskrives ulike pasientsammensetning.

En canadisk studie (Malla & Norman, 1988) fant også at antall innlagte i befolkningen hadde en viss sammenheng med hvor langt det var til nærmeste akuttavdeling og med hvor stor befolkningen i kommunen var. Det var flere innlagte i befolkningen jo nærmere det var til en akuttavdeling og i små kommuner med færre enn 500 innbyggere og i store kommuner med flere enn 30 000 innbyggere.

Den europeiske sammenligningen (Zinkler & Priebe, 2002) konkluderer med at de store geografiske forskjellene ser ut til å bli påvirket av fagfolkenes (personalets) etikk og holdninger, sosiodemografiske faktorer ved pasientene, befolkningens opplevelse av frykt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og de respektive lands lovverk.

At det er såpass stor variasjon i hvor hyppig tvungent psykisk vern uten døgn benyttes antyder at det er svært ulike praksis mellom de enkelte DPS. En av de faktorene som kan påvirke denne variasjonen kan være at jo mer HF-områdene har bygget ned sine døgnbehandlingss plasser og skrevet pasientene som hadde vært innlagt lenge ut, jo hyppigere vil de også bruke tvungent psykisk vern uten døgn. Det vil med andre ord si at noen pasienter som blir skrevet ut etter lange opphold i psykisk helsevern blir skrevet ut på tvungent psykisk vern uten døgn, og at dette kan være en forutsetning for at noen pasienter kan klare seg utenfor institusjon. Slik sett kan et tvungent psykisk vern ute sikre noen pasienter en tettere oppfølging fra DPS-et enn de ville fått ellers.

En annen mulig hypotese kan være at bruken av tvungent vern uten døgnopphold vil være betinget av kapasiteten ved poliklinikkene. Med andre ord om poliklinikken må ha en viss kapasitet for å ha anledning til å følge opp pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Vi har derfor undersøkt i hvilken grad tvangsratene var korrelert med antall pasienter totalt ved poliklinikkene. For tvangsrate ved behandlingsstart var korrelasjonskoeffisienten 0,58, for tvangsrate ved registreringstidspunkt var korrelasjonskoeffisienten<sup>8</sup> 0,38. Kapasitet synes med andre ord å påvirke bruken av tvungent vern, men kan ikke alene forklare variasjonene. Det er derfor behov for ytterligere studier for å avklare årsakene.

Det er betydelige forskjeller mellom foretaksområdene både i andel og antall (rate) tvangsmedisinerte utenfor institusjon. Dette skyldes sannsynligvis flere faktorer. Poliklinisk kapasitet, lokal kultur og i hvor stor grad sengeplassene er redusert er noen faktorer som har vært nevnt for å forklare variasjon i tvangsbruk. Som nevnt tidligere kan også det at et HF bruker mye tvang utenfor institusjon være en konsekvens av å ha fulgt helsepolitiske føringer om å bygge ned døgnavdelingene i psykisk helsevern. Hvis det er brukt på denne måten kan tvungent psykisk vern sikre pasientene nødvendig oppfølging slik at de kan klare seg utenfor institusjon og i egen bolig.

På samme måte er det også behov for å gå dypere inn i beslutningsprosessen rundt bruk av de ulike tvangsformer, gjerne ved å intervju kliniskere eller følge de kliniske beslutningsprosesser. Dette kan illustreres med spørsmålet om hvorfor man bruker

8) Korrelasjon er et statistisk uttrykk for at det er en sammenheng mellom to faktorer. Dette kan også kalles samvariasjon. Korrelasjonen uttrykker bare på det er en sammenheng mellom to variabler og sier ingen ting om hvilken variabel som eventuelt påvirker hvem. Man kan dermed ikke trekke slutninger om årsaks-sammenheng ut i fra korrelasjon. Hvor stor sammenheng det er mellom to variabler uttrykkes gjennom korrelasjonskoeffisienten. Denne går fra 0 (ingen sammenheng) til 1 (komplett sammenheng). En korrelasjonskoeffisient på 0,5 og mer er regnet som relativt høy.

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

psykisk helsevern uten døgnet overfor en eldre populasjon enn med døgnet. Skyldes det at tvungent psykisk helsevern uten døgnet opphold primært benyttes overfor pasienter som enten har lange institusjonsopphold bak seg eller som har hatt flere opphold i døgnet-institusjon? Etter flere institusjonsopphold kan det tenkes at behandlerne tenker at personen trenger tettere oppfølging gjerne i form av medisinerings mens vedkommende bor hjemme. Da kan det tvungne helsevernet bli en måte å forsøke å forebygge nye tvangsinnleggelse med.

Vi finner at pasienter på tvungent vern uten døgnet opphold fikk om lag 15 prosent kortere behandling i løpet av registreringsperioden enn de på frivillig vern (jfr kapittel 4.6). Er dette klinisk begrunnet, ved at behandlingen for pasientene på tvungent vern uten døgnet for det meste består av å motta depotmedisinerings, og at det dermed tar kortere tid enn samtaler? Og at samtalebehandlingen for denne gruppen i større grad gis i 1. linjetjenesten? Eller er det et uttrykk for at dette er en nedprioritert gruppe i den polikliniske virksomheten, fordi andre grupper oppfattes som mer behovstrengende eller som mer faglig interessante å behandle? Dette fordrer studier av prioriteringsmekanismer, koplet mot studier av hele behandlingstilbudet pasienter og pasientgrupper mottar.

Vi viser i kapittel 6 til at behandlerne mener at for noe i overkant av 20 prosent av de som er innlagt (enten det er på tvang eller frivillig) er det ønskelig at de har døgnet tilbud i spesialisthelsetjenesten som permanent bolig. Er dette et uttrykk for at spesialisthelsetjenesten ikke er enig i den utstrakte tilbakeføringen til kommunene som nå skjer, eller at det er et betydelig behov for permanente døgnet plasser en i arbeidet med Opptappingsplanen så langt ikke har klart eller villet fange opp? Nærmere studier av denne gruppen ved hjelp av foreliggende materiale kan bringe oss svar på pasientnivå (diagnose, alder, geografisk tilhørighet), men det er også nødvendig med studier av behandlernes vurderinger (spørreskjema, vignetter, dybdeintervju) for å få svar på behandlernivå.

Pasientene som det er blitt brukt tvangsmedler overfor var gjennomgående yngre. Det var også en overvekt av kvinner blant disse. Dette strider litt med det man kanskje umiddelbart tenker om at menn er mer voldelige enn kvinner. En studie fra Ullevål (Knutsen, 2002) fant også at det oftere ble brukt tvangsmedler overfor kvinner enn

overfor menn. Det visste seg i denne studien (Knutsen, 2002) at det var en liten gruppe kvinner som ble utsatt for veldig mye tvangsmiddelbruk og at det ikke dreide seg om mange personer. Denne studien kan ikke si noe om årsak til denne interessante kjønnsforskjellen, og dette er en problemstilling som burde undersøkes nærmere.

På landsbasis ble 0,36 person per 10 000 innbygger tvangsbehandlet med annet enn legemidler. Hva som ligger bak dette tallet er en interessant problemstilling å undersøke videre. Er det slik at en bruker ECT i en slik størrelsesorden, selv om det kun kan gis med tvang i en nødrettssituasjon, eller er det gruppeterapi som gis med tvang? Og hva er i så fall effekten av slike behandlingstilbud?

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

## Litteratur

- Bindman, J. (2004): Involuntary outpatient treatment in England and Wales, *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 15:595-598.
- Bjørngaard J. H., Hatling, T. (2003) Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern i 2001, SINTEF Unimed Psykisk helsearbeid rapport STF78 A035004.
- Bjørngaard J. H., Heggestad T. (2001) Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3369-74.
- Christensen TB., S. Onstad (2003): Tvangsbehandling med legemidler i en psykiatrisk akuttavdeling *Tidsskr Nor Lægeforen*; 123: 921 - 4.
- Grammeltvedt, G. (2001): Kan elektrokonvulsiv behandling gis med tvang? *Tidsskr Nor Lægeforen*; 121: 2537.
- Gråwe, R. W., Hagen, H., Husum T. L., Pedersen, P. B., Ruud T. (2005) Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004, SINTEF Helse Rapport STF78 A055013.
- Ekeberg Ø. (2003): Tvangstiltak i norsk psykiatri, *Tidsskr Nor Lægeforen*, Vol. 123: 914.
- Hagen, H., Ruud T. (2004) Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003, SINTEF Helse Rapport 3/04.
- Hatling, T.; Krogen, T. and Ulleberg, P. (2002a): Compulsory admissions to psychiatric hospitals in Norway – international comparisons and regional variations, *Journal of Mental Health*, Vol. 11, No 6:623-634.
- Hatling, T., M. Ådnanes og P.B. Pedersen (2002b): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, SINTEF Unimed Helse-tjenesteforskning, Rapport STF78 A025017
- Hatling, T. (2002): Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern, I R. Norvoll (red.): Samfunn og psykiske lidelser, Gyldendal akademisk, Oslo.
- Høyser, G. (2000): On the justification for civil commitment, *Acta Psychiatr Scand, Suppl*, Vol 101:65-71.
- Kaltiala-Heino, R., J. Korkeila, C. Touhimäki et al. (2000): Coercion and restrictions in psychiatric treatment, *Eur Psychiatry*, Vol. 15:213-9.
- Knutsen, M. (2002) Bruk av tvangsmidler i en psykiatrisk akuttavdeling årene 1994-1999. Hovedfagsoppgave til Seksjon for helsefag. Det Medisinske Fakultet. Universitet i Oslo.
- LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven).
- Malla A., Ross M. G. Norman (1988) Involuntary admissions in a Canadian province: the influence of geographic and population factors. *Soc Psychiatry Epidemiology*. 23: 247-251.
- Needham, I, C. Abderhalden, T. Dassen et al. (2002): Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry, *Swiss Med Wkly*, 132:253-258.

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Nicholson, RA. (1999): The effects of coerced psychiatric hospitalization and treatment, In JP. Morrissey and J. Monahan (eds.): Research in community and mental health Vol. 10, Coercion in mental health services. International perspectives, JAI Press, Stamford.

Opptrappingsplanen for psykiske helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak. Øremerkede tilskudd til kommunene 1999. Rundskriv 1-4/99. Det kongelige sosial- og helsedepartementet.

Pedersen, P. B., Hatling, T., Bjørngaard J. H. (2004a): Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2002, SINTEF Helse rapport STF78 A045003.

Pedersen, P. B., Hatling, T., Bjørngaard J. H. (2004b): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003 SINTEF Helse rapport STF78 A045029.

Poulsen, HD. og CE. Olsen (2002): Anvendelse og registrering af tvang i psykiatrien i det nye årtusinde, Ugeskr Læger Vol 164:4664-7.

Riecher-Rössler A., Rössler W. (1993) Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. Acta Psychiatr Scand. 87: 231-236.

Salize, HJ., H. Drezing, M. Peitz (2002): Compulsory admissions and involuntary treatment of mentally ill patients – legislation and practice in EU-member countries, Report to the EU-commission.

Steinert T. and P. Schmidt (2004): Effect of Voluntariness of Participation in Treatment on Short-term Outcome of Inpatients with Schizophrenia, Psychiatric Services, Vol. 55, No.7:786-791.

Stortingsmelding nr 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Sundhedsstyrelsen (2003): Anvendelse af tvang i psykiatrien 2002. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2003:20.

Zinkler M., Priebe S. (2002) Detention of the mentally ill in Europe – a review. Acta Psychiatr Scand. 106: 3-8.

Øverli, D. (1988): Bruk av tvangsmidler på institusjon, Lov og rett.

## Del II

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

## Vedlegg

Spørreskjema om pasienter i poliklinikk.

Spørreskjema om pasienter i døgninstitusjoner.

Tilleggsanalyser

- Geografiske variasjoner i tvangsbruk
- Bruk av tvangsmidler etter innleggsparagraf

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

SINTEF Helse  
7465 Trondheim  
etter oppdrag fra  
Sosial- og helsedirektoratet

**PASIENTER I POLIKLINISK- ELLER DAGBEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN**

Det skal fylles ut ett skjema for hver pasient som blir behandlet i registreringsperioden.  
Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Helse.

OPPLYSNINGER OM BEHANDLINGSENHET OG BEHANDLER	
Institusjonens navn: <input type="text"/>	<b>Behandlers/utfyllers yrkesbakgrunn</b> <input type="checkbox"/> Psykiater <input type="checkbox"/> Lege uten spesialitet i psykiatri <input type="checkbox"/> Psykolog med spesialitet i klinisk psykologi <input type="checkbox"/> Annen psykolog <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleier <input type="checkbox"/> Annen sykepleier <input type="checkbox"/> Klinisk sosionom <input type="checkbox"/> Annen sosionom <input type="checkbox"/> Klinisk pedagog <input type="checkbox"/> Annen pedagog <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Annet
Navn på team/post/avdeling <input type="text"/>	
Er pasienten bosatt i behandlingenshetens opptaksområde? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Behandles pasienten av et tverrfaglig team? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
OPPLYSNINGER OM PASIENTEN	
<b>Kjønn</b> <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	<b>Hvor mange timer behandling mottar pasienten i løpet av registreringsperioden?</b> Antall: <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Alder</b> <input type="checkbox"/> 0-17 år <input type="checkbox"/> 50-59 år <input type="checkbox"/> 18-29 år <input type="checkbox"/> 60-69 år <input type="checkbox"/> 30-39 år <input type="checkbox"/> 70-79 år <input type="checkbox"/> 40-49 år <input type="checkbox"/> 80 år og eldre	<b>Bosituasjon ved registreringen</b> <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Alene m/barn <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer og barn <input type="checkbox"/> Med andre voksne <input type="checkbox"/> Uten fast bopel <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Annet
<b>Sivilstatus på registreringstidspunktet</b> <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Registrert partnerskap	<b>Henvissende instans</b> <input type="checkbox"/> Pasienten/familien <input type="checkbox"/> Privatprakt. spesialist <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Psyk. sengeavdeling <input type="checkbox"/> Øvrig primærhelsetjeneste <input type="checkbox"/> Politi/fengsel/rettsvesen <input type="checkbox"/> Somatisk institusjon/avd <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/> Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Ingen
<b>Hovedinntektskilde siste år (Kryss av bare ett alternativ)</b> <input type="checkbox"/> Lønnet arbeid <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Forsørgt <input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Arbeidsledighetsstrygd <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Syke-/rehabiliteringspenger <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Attføringspenger <input type="checkbox"/> Ukjent	<b>Tidligere behandling for psykisk lidelse siste 12 mnd (Flere alternativer kan avkrysses)</b> Behandlet i primærhelsetjenesten <input type="checkbox"/> Behandlet ved offentlig psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykiater <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykolog <input type="checkbox"/> Innleggelse ved døgninst. i psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Dømt til psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Rusinstitusjon, døgnenhet <input type="checkbox"/> Rusinstitusjon, poliklinisk <input type="checkbox"/> Annen behandling psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/>
<b>Utdanning (Kryss av bare ett alternativ)</b> <input type="checkbox"/> Eksamen fra universitet eller høyskole <input type="checkbox"/> Videregående skole eller yrkesrettet utdanning <input type="checkbox"/> Grunnskole (7-9 årig) <input type="checkbox"/> Ikke fullført grunnskole	

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

NÅVÆRENDE BEHANDLINGSSITUASJON						
<b>Type pasient</b> (Flere alternativer kan krysses av) <input type="checkbox"/> Poliklinisk pasient <input type="checkbox"/> Dagpasient <input type="checkbox"/> Pasienten behandles ambulant			<b>Betydelige spiseforstyrrelser</b> Anorexi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Bulimi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
<b>Mottar institusjonen polikliniske refusjoner for pasienten?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke			<b>Var pasienten ved behandlingsstart underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
<b>Aktuell behandlingssekvens</b>  Varighet til nå (antall mnd) <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>Er pasienten NÅ underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Antall konsultasjoner/oppmøter i registreringsperioden <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>Hvis pasienten var eller er underlagt tvungent psykisk helsevern – hvilke tilleggskriterier var/er tilstede</b> (Flere alternativer kan krysses av) <input type="checkbox"/> Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv/helse <input type="checkbox"/> Utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres <input type="checkbox"/> Pasienten vil lide overlast (gjelder behandlingsstart før 2001)			
<b>Inntaksmåte</b> <input type="checkbox"/> Vanlig henvisning <input type="checkbox"/> Ø-hjelp			<b>Ble pasienten ved behandlingsstart behandlet med legemidler uten eget samtykke?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
<b>Har pasienten stått på venteliste for å få behandling?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			<b>Behandles pasienten NÅ med legemidler uten eget samtykke?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
<b>Hvis ja, angi ventetid i uker fra henvisning er mottatt til behandlingsstart</b>  Antall uker <input type="text"/> <input type="text"/>			<b>Individuell plan</b> Har pasienten slik plan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Har behandlingsheten evt. en spesifisert rolle i den? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
<b>Diagnose (ICD-10)</b>		Hoved-diagnose	Bi-diagnose	<b>Aktuelle behandlingsformer/tiltak</b> (Flere alternativer kan krysses av)		
Organiske psykiske lidelser (F00-F09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Faktisk	Ønskelig	
Rus-lidelser (F10-F19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schizofrenier og paranoide lidelser (F20-F29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stemmings-/affektive lidelser (F30-F39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nevrotiske lidelser (fobier, angst, tvang, mm F40-F48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-F59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andre lidelser (F70-F98)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pasienten er under utredning/diagnose ikke satt	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Suicidalproblemer/selvskadetendens siste år</b> Nei <input type="checkbox"/> Selvskadetendens <input type="checkbox"/> Selvmordstanker <input type="checkbox"/> Selvmordstrusler <input type="checkbox"/> Selvmordsforsøk <input type="checkbox"/>			<b>Hvilket bo-/døgntilbud har pasienten, og hvilket er ønskelig?</b>			
<b>Rusmiddelmisbruk de siste uker før behandlingsstart</b>			Faktisk	Ønskelig		
	Ingen	Lite	Middels	Stort	Vet ikke	
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hvis pasienten har en ruslidelse, har behandlingsheten et behandlingsansvar for denne?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			Egen bolig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Egen bolig med tilsyn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig uten tilsyn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig med døgnbemannning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kommunalt sykehjem/servicesenter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Åpen døgninst. i psykisk helsevern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lukket døgninst. i psykisk helsevern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<b>Hvis det tilbudet pasienten mottar ikke anses å være tilstrekkelig, skyldes dette i så fall:</b> Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud <input type="checkbox"/> Vi mangler aktuell kompetanse <input type="checkbox"/> Vi har kompetanse, men for liten kapasitet <input type="checkbox"/>			



**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

SINTEF Unimed  
Helsejernetforskning  
7465 Trondheim  
etter oppdrag fra  
Sosial- og helsedirektoratet

**DØGNPASIENTER I PSYKISK HELSEVERN 20 NOVEMBER 2003**

Det skal fylles ut ett skjema for hver døgnpasient som er innlagt ved institusjonen 20 november 2003  
Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Unimed senest 20 desember 2003.  
Se vedlagte rettleiding for utfylling av skjema.

<b>Type post/basisenhet</b>	<b>Ble pasienten innlagt som øyeblikkelig hjelp?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>																					
<b>Kjønn</b> <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	<b>Er dette pasientens første opphold ved døgninstitusjon?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>																					
<b>Fødselsår</b> <input type="text"/>	<b>Henvisningsformalitet ved innleggelse</b> Frivillig <input type="checkbox"/> Tvingent observasjon/undersøkelse <input type="checkbox"/> Tvingent psykisk helsevern <input type="checkbox"/>																					
<b>Sivilstatus per 20. november 2003</b> <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Separert/skilt	<b>Spesialistvedtak ved innleggelse og nåværende status</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Vedtak ved innleggelse</th> <th>Nåværende status</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frivillig innleggelse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Frivillig kontrakt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tvungen undersøkelse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tvingent psykisk helsevern</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dømt til psykisk helsevern</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Annen lovhjemmel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Vedtak ved innleggelse	Nåværende status	Frivillig innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frivillig kontrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvungen undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvingent psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dømt til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annen lovhjemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vedtak ved innleggelse	Nåværende status																				
Frivillig innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Frivillig kontrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Tvungen undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Tvingent psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Dømt til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Annen lovhjemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<b>Hovedinntektskilde ved innleggelse</b> (kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Inntekt av eget arbeid <input type="checkbox"/> Forsørgt <input type="checkbox"/> Sykemelding <input type="checkbox"/> Arbeidsledighetstrygd <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Annen trygd <input type="checkbox"/> Annet	<b>Ved innleggelse til tvingent psykisk helsevern var følgende tilleggskriterier tilstede</b> (flere alternativer kan krysses av) <input type="checkbox"/> Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv/helse <input type="checkbox"/> Utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres <input type="checkbox"/> Pasienten vil lide overlast (gjelder innleggelse før 2001)																					
<b>Utdanning</b> (kryss av bare ett alternativ) <input type="checkbox"/> Fullført eksamen fra universitet og høyskole <input type="checkbox"/> Videregående skole/yrkesrettet utdanning <input type="checkbox"/> Grunnskole (7-10 årig) <input type="checkbox"/> Ikke fullført grunnskole	<b>Bruk av tvangsmidler siste 3 mnd</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mekaniske tvangsmidler</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Isolasjon</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Korttidsvirkende legemidler</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nei	Mekaniske tvangsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isolasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korttidsvirkende legemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Ja	Nei																				
Mekaniske tvangsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Isolasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Korttidsvirkende legemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<b>Hjemstedskommune</b> (se veiledning) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kommunenavn</th> <th>Kommunenr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oppvekstkommune/land .....</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Bostedskommune.....</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Bydel.....</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Kommunenavn	Kommunenr	Oppvekstkommune/land .....	<input type="text"/>	Bostedskommune.....	<input type="text"/>	Bydel.....	<input type="text"/>	<b>Vedtak om tvangsbehandling siste 3 mnd</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Legemiddelbehandling</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Annen behandling</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nei	Legemiddelbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annen behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kommunenavn	Kommunenr																					
Oppvekstkommune/land .....	<input type="text"/>																					
Bostedskommune.....	<input type="text"/>																					
Bydel.....	<input type="text"/>																					
	Ja	Nei																				
Legemiddelbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Annen behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<b>Når innskrevet</b> (nåværende opphold) Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Måned <input type="text"/> <input type="text"/> År <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Diagnoser (ICD-10)</b> (bokstav, to siffer, 1-2 desimaler) Hoveddiagnose <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Bidiagnose 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Bidiagnose 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>																					

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

<b>Rusmiddelmisbruk de siste uker før innleggelse</b> <table><thead><tr><th></th><th>Lite</th><th>Middels</th><th>Stort</th><th>Vet ikke</th></tr></thead><tbody><tr><td>Alkohol</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Medikamenter</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Narkotika</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p>Bruker klienten heroin/opiater? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent</p>		Lite	Middels	Stort	Vet ikke	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hva slags permanent bolig har pasienten?</b> <table><tbody><tr><td>Egen bolig uten tilsyn</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Egen bolig med tilsyn</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Omsorgsbolig uten tilsyn</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Omsorgsbolig med døgnbemanning</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Kommunalt sykehjem/servicesenter</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Åpen døgninstitusjon i psykisk helsevern</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lukket døgninstitusjon i psyk. helsevern</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Ikke egen bolig (bostedsløs)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Egen bolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>	Egen bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>	Kommunalt sykehjem/servicesenter	<input type="checkbox"/>	Åpen døgninstitusjon i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	Lukket døgninstitusjon i psyk. helsevern	<input type="checkbox"/>	Ikke egen bolig (bostedsløs)	<input type="checkbox"/>
	Lite	Middels	Stort	Vet ikke																																			
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Egen bolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>																																						
Egen bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>																																						
Omsorgsbolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>																																						
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>																																						
Omsorgsbolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>																																						
Kommunalt sykehjem/servicesenter	<input type="checkbox"/>																																						
Åpen døgninstitusjon i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>																																						
Lukket døgninstitusjon i psyk. helsevern	<input type="checkbox"/>																																						
Ikke egen bolig (bostedsløs)	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Betydelige spiseforstyrrelser</b> <table><tbody><tr><td>Anorexi</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nei</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nei</td></tr></tbody></table>	Anorexi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Bulimi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<b>Nåværende og ønskelig bo/behandlingssted</b> <p>Kryss av <u>ett</u> faktisk og <u>ett</u> ønskelig tilbud</p> <table><thead><tr><th>Type institusjon</th><th>Faktisk</th><th>Ønskelig</th></tr></thead><tbody><tr><td>Sykehus</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>DPS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Psykiatrisk sykehjem</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Privat pleie</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Type institusjon	Faktisk	Ønskelig	Sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykiatrisk sykehjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Privat pleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Anorexi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei																																					
Bulimi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei																																					
Type institusjon	Faktisk	Ønskelig																																					
Sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Psykiatrisk sykehjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Privat pleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<b>Suicidalproblemer/selvskadetendens i forbindelse med nåværende opphold</b> <table><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Nei</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Selvskadetendens</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Selvmordstrusler</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Selvmordsforsøk</td></tr></tbody></table>	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Selvskadetendens	<input type="checkbox"/> Selvmordstrusler	<input type="checkbox"/> Selvmordsforsøk	<b>Type post</b> <table><tbody><tr><td>Akuttpost</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Korttidspost</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Intermediærpost</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Langtidspost</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Rehabiliteringspost</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Alderspsykiatrisk post</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sterkavdeling</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Annen type post</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Akuttpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korttidspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intermediærpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langtidspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rehabiliteringspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alderspsykiatrisk post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sterkavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annen type post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> Nei																																							
<input type="checkbox"/> Selvskadetendens																																							
<input type="checkbox"/> Selvmordstrusler																																							
<input type="checkbox"/> Selvmordsforsøk																																							
Akuttpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Korttidspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Intermediærpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Langtidspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Rehabiliteringspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Alderspsykiatrisk post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Sterkavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Annen type post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<b>Anses pasienten som farlig for andre?</b> <table><tbody><tr><td>Ja</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Nei</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	<b>Kommunale døgntilbud</b> <table><tbody><tr><td>Kommunalt sykehjem/servicesenter</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Omsorgsbolig med døgnbemanning</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Omsorgsbolig uten tilsyn</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Egen bolig med tilsyn</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Egen bolig uten tilsyn</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Kommunalt sykehjem/servicesenter	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>	Egen bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>	Egen bolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>																						
Ja	<input type="checkbox"/>																																						
Nei	<input type="checkbox"/>																																						
Kommunalt sykehjem/servicesenter	<input type="checkbox"/>																																						
Omsorgsbolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>																																						
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>																																						
Omsorgsbolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>																																						
Egen bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>																																						
Egen bolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Hjelp til personlig stell</b> <table><thead><tr><th></th><th>Av-/på-kledning</th><th>Personlig hygiene</th><th>Spising</th></tr></thead><tbody><tr><td>Trenger ikke hjelp</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trenger noe hjelp</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Helt avhengig av hjelp</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Av-/på-kledning	Personlig hygiene	Spising	Trenger ikke hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trenger noe hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helt avhengig av hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Andre tilbud</b> <table><tbody><tr><td>Poliklinisk tilbud</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Dagtilbud innen psykisk helsevern</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Kommunalt dagtilbud</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Oppfølging ved ambulante team</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Poliklinisk tilbud	<input type="checkbox"/>	Dagtilbud innen psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	Kommunalt dagtilbud	<input type="checkbox"/>	Oppfølging ved ambulante team	<input type="checkbox"/>														
	Av-/på-kledning	Personlig hygiene	Spising																																				
Trenger ikke hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Trenger noe hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Helt avhengig av hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Poliklinisk tilbud	<input type="checkbox"/>																																						
Dagtilbud innen psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>																																						
Kommunalt dagtilbud	<input type="checkbox"/>																																						
Oppfølging ved ambulante team	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Er det én koordinator for de samlede tilbud til denne pasienten?</b> <table><tbody><tr><td>Ja</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Nei</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Vet ikke</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<b>Aktuelle behandlingsformer/tiltak (flere alternativer kan krysses av)</b> <table><thead><tr><th></th><th>Faktisk</th><th>Ønskelig</th></tr></thead><tbody><tr><td>Behandling med medisiner</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Samtale med en behandler</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Gruppebehandling</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Samtale der pasientens nærmeste deltar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Treningsopplegg</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Behandlingsopplegg for rusproblem</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Annet</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Faktisk	Ønskelig	Behandling med medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Samtale med en behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gruppebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Samtale der pasientens nærmeste deltar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treningsopplegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlingsopplegg for rusproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Ja	<input type="checkbox"/>																																						
Nei	<input type="checkbox"/>																																						
Vet ikke	<input type="checkbox"/>																																						
	Faktisk	Ønskelig																																					
Behandling med medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Samtale med en behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Gruppebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Samtale der pasientens nærmeste deltar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Treningsopplegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Behandlingsopplegg for rusproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<b>Samlet vurdering av klinisk bedring siden innleggelse</b> <table><tbody><tr><td>Mye dårligere</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Noe dårligere</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Ingen endring</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Litt bedre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>En del bedre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Mye bedre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Svært mye bedre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Mye dårligere	<input type="checkbox"/>	Noe dårligere	<input type="checkbox"/>	Ingen endring	<input type="checkbox"/>	Litt bedre	<input type="checkbox"/>	En del bedre	<input type="checkbox"/>	Mye bedre	<input type="checkbox"/>	Svært mye bedre	<input type="checkbox"/>	<b>Hvis tilbudet ikke anses å være tilstrekkelig, skyldes dette i så fall:</b> <table><tbody><tr><td>Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Vi mangler aktuell kompetanse her</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Vi har kompetanse, for liten kapasitet</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud	<input type="checkbox"/>	Vi mangler aktuell kompetanse her	<input type="checkbox"/>	Vi har kompetanse, for liten kapasitet	<input type="checkbox"/>																		
Mye dårligere	<input type="checkbox"/>																																						
Noe dårligere	<input type="checkbox"/>																																						
Ingen endring	<input type="checkbox"/>																																						
Litt bedre	<input type="checkbox"/>																																						
En del bedre	<input type="checkbox"/>																																						
Mye bedre	<input type="checkbox"/>																																						
Svært mye bedre	<input type="checkbox"/>																																						
Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud	<input type="checkbox"/>																																						
Vi mangler aktuell kompetanse her	<input type="checkbox"/>																																						
Vi har kompetanse, for liten kapasitet	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Hvilke andre instanser samarbeides det med om denne pasienten? (flere alternativer kan avkrysses)</b> <table><tbody><tr><td>Pårørende</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>Kommunale tjenester</b></td><td></td></tr><tr><td>Fastlege</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Pleie/omsorgstjenester</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sosialtjeneste</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Team i psykisk helsearbeid</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>Spesialisthelsetjenesten</b></td><td></td></tr><tr><td>Psykiatrisk poliklinikk</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Dagavdeling/ambulant team</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Somatisk sykehus</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>Andre instanser</b></td><td></td></tr><tr><td>Arbeidssted</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Skole</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>A-etat</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Trygdekontor o.l.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Rusomsorg/rusinstitusjon</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Politi/fengsel</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Ingen</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Pårørende	<input type="checkbox"/>	<b>Kommunale tjenester</b>		Fastlege	<input type="checkbox"/>	Pleie/omsorgstjenester	<input type="checkbox"/>	Sosialtjeneste	<input type="checkbox"/>	Team i psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>	<b>Spesialisthelsetjenesten</b>		Psykiatrisk poliklinikk	<input type="checkbox"/>	Dagavdeling/ambulant team	<input type="checkbox"/>	Somatisk sykehus	<input type="checkbox"/>	<b>Andre instanser</b>		Arbeidssted	<input type="checkbox"/>	Skole	<input type="checkbox"/>	A-etat	<input type="checkbox"/>	Trygdekontor o.l.	<input type="checkbox"/>	Rusomsorg/rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>	Politi/fengsel	<input type="checkbox"/>	Ingen	<input type="checkbox"/>			
Pårørende	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Kommunale tjenester</b>																																							
Fastlege	<input type="checkbox"/>																																						
Pleie/omsorgstjenester	<input type="checkbox"/>																																						
Sosialtjeneste	<input type="checkbox"/>																																						
Team i psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Spesialisthelsetjenesten</b>																																							
Psykiatrisk poliklinikk	<input type="checkbox"/>																																						
Dagavdeling/ambulant team	<input type="checkbox"/>																																						
Somatisk sykehus	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Andre instanser</b>																																							
Arbeidssted	<input type="checkbox"/>																																						
Skole	<input type="checkbox"/>																																						
A-etat	<input type="checkbox"/>																																						
Trygdekontor o.l.	<input type="checkbox"/>																																						
Rusomsorg/rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>																																						
Politi/fengsel	<input type="checkbox"/>																																						
Ingen	<input type="checkbox"/>																																						

## Tilleggsanalyser

- Geografiske variasjoner i tvangsbruk
- Bruk av tvangsmidler etter innleggelsesparagraf

### 1 Innledning

Dette notatet er et vedlegg til prosjekt-rapporten "Analyser av tvang i psykisk helsevern" (Husum, Pedersen og Hatling 2005). I notatet har vi systematisert resultater knyttet til geografiske variasjoner i bruk av tvang. I tillegg presenteres en tabell som viser fordelingen på innleggelsesparagraf for pasienter utsatt for bruk av tvangsmidler.

Gjennomgangen avdekker betydelige forskjeller i tvangsbruken mellom foretaksområdene. Områder med høye andeler eller rater for en tvangsform synes gjennomgående også å ha høyere andeler eller rater for andre tvangsformer. Det er heller ikke slik at tvungent vern/tvangsmedisinering uten døgnopphold går sammen med lavere rater/andeler for tvungent vern/tvangsbehandling med døgnopphold. Områder med høye rater for bruk av ett tvangsmiddel har også gjennomgående høyere rater for bruk av andre tvangsmidler. Disse forskjellene i bruken av tvang kan i noen grad ha sin bakgrunn i oppgavefordeling og kapasitet. De kan imidlertid også gjenspeile forskjeller i behandlingsskilt mellom helseforetakene.

### 2 Geografiske variasjoner i tvangsbruken. Indikatorer og datagrunnlag

#### 2.1 Sammenstilling av befolkningsbaserte rater for bruk av ulike tvangsformer på helseforetaksnivå

Tabell 1 gir en oversikt over indikatorer for bruk av ulike former for tvang på helseforetaksnivå. I tabellen er dette framstilt som befolkningsbaserte rater (per 10 000 innbyggere 18 år og eldre). I tabell 2 er de samme ratene beregnet i prosent av gjennomsnittet på landsbasis<sup>1</sup>, mens tabell 3 gir korrelasjonsmatrisen (Pearson's r) for variasjon i ratene mellom helseforetaksområdene.

Formålet med sammenstillingen er for det første å undersøke om noen områder av landet gjennomgående kjennetegnes av

høyere/lavere omfang av de ulike hovedformene for tvangsbruk (tvungent vern, tvangsbehandling, tvangsmidler), sett i forhold til befolkningen som skal betjenes med tjenester. Vi ønsker for det andre å undersøke om det foreligger substitusjonseffekter mellom ulike undergrupper av tvangsbruk (f eks tvungent vern med døgnopphold kontra tvungent vern uten døgnopphold), eller om foretaksområder med høy forekomst av en undergruppe også har høy forekomst av en annen undergruppe.

Følgende indikatorer er benyttet:

#### *Tvungent psykisk helsevern*

- Befolkningsbasert rate over pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Data er hentet fra registreringen av polikliniske pasienter under behandling ved poliklinikker i det psykisk helsevern for voksne. Registreringen omfattet samtlige pasienter under behandling ved offentlige poliklinikker i løpet av en 14-dagers periode høsten 2004. Ratene er beregnet ut fra antall under tvungent vern ved starten av behandlingen ved poliklinikken. Vi kjenner ikke pasientenes bostedskommune. Ratene er derfor beregnet ut fra poliklinikkenes foretakstilknytning, eller, for private poliklinikkens vedkommende, beliggenhet. Vi forutsetter mao. at alle pasientene var hjemmehørende i opptaksområdet for helseforetaket.

- Befolkningsbasert rate over døgnpasienter som er under tvungent psykisk helsevern. Data er hentet fra registreringen av døgnpasienter innlagt i det psykiske helsevernet for voksne per 20. november 2003. Ratene er beregnet ut fra antall under tvungent psykisk helsevern på registreringstidspunktet. Pasientene er fordelt på foretaksområder ut fra deres bostedskommune.

- Befolkningsbasert rate over sum pasienter under tvungent psykisk helsevern. Summen av de to indikatorene ovenfor.

1) I følge tabell 1 har eksempelvis Østfold HF-område 0,90 personer under tvungent vern uten døgnopphold per 10 000 voksne innbyggere (første tallkolonne, øverste linje). Gjennomsnittet på landsbasis er 1,71 (siste linje). Nivået i Østfold blir da  $(0,90 \cdot 100 / 1,71) = 53$  prosent av nivået på landsbasis (se tabell 2).

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

### Tvangsbehandling

- Befolkningsbasert rate over pasienter som har blitt tvangsmedisinert uten døgnopphold. Data er hentet fra registreringer av pasienter under behandling ved offentlige poliklinikker i det psykiske helsevernet for voksne i løpet av en 14-dagers periode høsten 2004. Raten er beregnet ut fra antall pasienter som hadde blitt, eller var tvangsmedisinert, og som hadde vært underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.
- Befolkningsbasert rate over pasienter som har blitt tvangsbehandlet under døgnopphold. Data er hentet fra registrering av døgnpasienter innlagt i det psykiske helsevernet for voksne per 20. november 2003. Raten er beregnet ut fra antall pasienter som i løpet av de siste tre månedene hadde vært underlagt vedtak om tvangsbehandling med legemidler og/eller andre former for tvangsbehandling.
- Sum tvangsbehandlede. Summen av de to indikatorene ovenfor.

I korrelasjonsmatrisen har vi i tillegg tatt med indikatorer for

### Tvangsmidler og skjerming

- Befolkningsbasert rate for antall ganger mekaniske tvangsmidler har blitt brukt i løpet av 2003.
- Befolkningsbasert rate for ganger korttidsvirkende legemidler har blitt brukt i løpet av 2003.
- Befolkningsbasert rate over antall ganger isolering ble brukt i løpet av 2003
- Befolkningsbasert rate for antall ganger det var blitt fattet vedtak om bruk av skjerming over 48 timer i løpet av 2003.
- Befolkningsbasert rate over sum antall ganger tvangsmidler hadde blitt brukt, samt sum antall vedtak om skjerming over 48 timer i løpet av 2003.

Data om tvangsmiddelbruk er hentet fra en egen undersøkelse, utført av SINTEF Helse. Disse bygger på egne oppgaver fra institusjonene. Pasientenes bosted var ikke kjent. Ratene er derfor basert på estimater. Disse har framkommet ved å fordele bruken av tvangsmidler ut på foretaksområder ut fra områdenes andel av oppholdsdøgnene ved den enkelte institusjon. Metoden kan medføre en overestimert av tvangsmiddel-

ratene for områder med sterkavdelinger, og en tilsvarende underestimert for områder uten egen akuttavdeling.

Alle rater er målt per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.

Indikatorene er samlet inn på ulike tidspunkt, og har til dels ulik avgrensning. Når vi ovenfor eksempelvis ser på ”sum under tvungent vern”, referer tvungent vern uten døgnopphold seg til situasjonen ved behandlingsstart, mens vi for døgnoppholdene bare har tatt med de som var under tvungent vern på registreringstidspunktet. Indikatorer for tvungent vern og tvangsbehandling er hentet fra punktregistreringer, til dels ut ført på ulike tidspunkt, mens opplysninger om tvangsmidler bygger på oppgaver for et helt år. Sammenligninger på tvers, og sumindikatorer må derfor tolkes med forsiktighet.

### 2.2 Sammenstilling av opplysninger om hvor store andeler av pasientene på foretaksnivå som utsettes for ulike tvangsformer

Formålet med denne sammenstillingen er å undersøke om enkelte helseforetak gjennomgående synes å ha lettere for å gripe til bruk av tvang enn andre<sup>2</sup>. Dette vil bli undersøkt med utgangspunkt i hvilke andeler av pasientene som har vært utsatt for ulike tvangsformer (tvungent vern, tvangsbehandling) eller volum på bruk av tvang, sett i forhold til tjenestevolum målt ved antall oppholdsdøgn i psykiatrisk avdeling (tvangsmidler og skjerming).

Vi har også her laget tre tabeller. Tabell 4 viser tvangsandelene på foretaksnivå, tabell 5 viser andelen i prosent av nivået (andelen) på landsbasis<sup>3</sup>. Tabell 6 viser korrelasjonsmatrisen (Pearson's  $r$ ) mellom tvangsandelene på foretaksnivå.

Forskjellen mellom denne og den foregående sammenstillingen i avsnitt 2.1, er at vi her ser på andel tvangsbruk innenfor det enkelte foretaksområde, mens vi i foregående analyse så på absoluttvolumet, sett i forhold til befolkningen<sup>4</sup>.

Følgende indikatorer ble brukt:

### Tvungent vern

- Andel pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingsstart

2) Slike forskjeller kan ha flere årsaker: De kan være knyttet til kapasitet, til kjennetegn ved pasientene, men også til behandlingsskulturen i området.

3) Når eksempelvis Østfold HF-område har en andel tvangsinnlagte på 27,8 prosent (tabell 4, første linje, annen kolonne), mens gjennomsnittet på landsbasis er 25,0 prosent (siste linje), så har Østfold HF-område en andel som ligger på  $(27,8 \cdot 100 / 25,0 =)$  111 prosent av landsgjennomsnittet (tabell 5).

4) Foretaksområder med et stort volum på tjenestene kan i prinsippet ha høye tvangs-rater, selv om andelen tvang er lav, og omvendt.

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

- Andel døgnpasienter som er under tvungent psykisk helsevern på registrerings-tidspunktet
- Andel pasienter totalt under tvungent psykisk helsevern

### *Tvangsbehandling*

- Andel pasienter uten døgnopphold som har blitt tvangsmedisinert
- Andel døgnpasienter som har blitt tvangsbehandlet
- Andel pasienter totalt som har blitt tvangsbehandlet

I korrelasjonsmatrisen har vi i tillegg tatt med:

### *Tvangsmidler og skjerming*

- Ganger bruk av mekaniske tvangsmidler per 365 oppholdsdøgn
- Ganger bruk av korttidsvirkende legemidler per 365 oppholdsdøgn
- Ganger bruk av isolering per 365 oppholdsdøgn
- Ganger bruk av skjerming over 48 timer per 365 oppholdsdøgn
- Ganger tvangsmidler og skjerming totalt per 365 oppholdsdøgn

Andeler pasienter totalt under tvungent vern og andel tvangsbehandlet totalt vil i all hovedsak gjenspeile den polikliniske virksomheten, ettersom antallet pasienter her er betydelig større enn i døgnavdelingene. Når det gjelder datakilder, metode mv, viser vi til avsnitt 2.1 ovenfor.

## **3 Resultater – geografiske variasjoner i bruk av tvang**

### **3.1 Geografiske variasjoner i befolkningsbaserte rater for bruk av tvang**

Resultatene er presentert i tabell 1, 2 og 3. Tabell 1 viser absoluttratene per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Tabell 2 viser de samme ratene, i prosent av gjennomsnittet på landsbasis, mens tabell 3 viser korrelasjonsmatrisen (Pearson's r). Korrelasjonskoeffisienten varierer mellom 0 (intet samsvar mellom verdiene på to variabler), og +/- 1 (perfekt positivt eller negativt samsvar mellom variablene). For å si noe om ut-

sagnskraften, har vi markert koeffisienter signifikant forskjellig fra null (fem prosent nivå, to-sidig test) med fete typer.

Formålet med sammenstillingen var å undersøke

- om noen områder av landet gjennomgående kjennetegnes av høyere/lavere omfang av de ulike hovedformene for tvangsbruk (tvungent vern, tvangsbehandling, tvangsmidler), sett i forhold til befolkningen som skal betjenes med tjenester.
- om det foreligger substitusjonseffekter mellom ulike undergrupper av tvangsbruk (f eks tvungent vern med døgnopphold kontra tvungent vern uten døgnopphold), eller om foretaksområder med høy forekomst av en undergruppe også har høy forekomst av en annen undergruppe.

Vi vil først se på eventuelle substitusjonseffekter.

### *Døgnbehandling kontra dagbehandling*

Vi har her sett på samvariasjonen mellom to grupper av indikatorer

- tvungent vern med eller uten døgnopphold, og
- tvangsmedisinering (uten døgnopphold)/ tvangsbehandling (med døgnopphold)

Hvis det foreligger substitusjon ville vi forvente å finne negative korrelasjonskoeffisienter (dvs. at høye tvangs-rater uten døgnopphold fører til lave tvangs-rater for døgnopphold, og omvendt). Resultatene støtter ikke denne hypotesen. Resultatene støtter imidlertid bare i beskjeden grad den alternative hypotesen (høy forekomst på en undergruppe går sammen med høy forekomst på en annen). Både for tvungent vern og for tvangsbehandling er korrelasjonskoeffisientene positive, men beskjedene ( $r=0,34$ ). Koeffisientene er ikke statistisk signifikante. Omfanget av henholdsvis dagbasert og døgnbasert tvungent vern og tvangsbehandling innen et foretaksområde synes langt på vei å være uavhengige fenomener.

### *Bruk av tvangsmidler*

Vi har også sett på grad av samvariasjon i bruken av ulike tvangsmidler og skjerming.

Heller ikke her finner vi noen klare substitusjonseffekter. Alle koeffisienter er tvert om positive. Bruk av mekaniske tvangsmidler

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

er signifikant korrelert med bruk av korttidsvirkende medikamenter ( $r=0,60$ ), og (mer marginalt) skjerming over 48 timer ( $r=0,41$ ). Skjerming er i tillegg signifikant korrelert med bruk av isolering ( $r=0,51$ ). Bruk av skjerming er også positivt korrelert med bruk av korttidsvirkende legemidler ( $r=0,40$ ), selv om sammenheng ikke er statistisk signifikant.

Samlet sett synes altså høy bruk av enten mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler eller skjerming innen et foretaksområde å gå sammen med høy bruk av de øvrige tvangsmidlene og skjerming i det samme foretaksområdet. Bruken av isolering er derimot bare korrelert med bruken av skjerming. Dette siste resultatet må imidlertid sees på bakgrunn av at bruken av isolering har blitt sterkt redusert i løpet av de siste årene, og nå bare brukes ved et fåtall institusjoner.

### *Grad av samvariasjon mellom ulike former for tvangsbruk*

Tvungent vern uten døgnopphold er naturlig nok sterkt og signifikant korrelert med tvangsmedisinering uten døgnopphold ( $r=0,87$ ), ettersom mulighetene for tvangsmedisinering som regel vil være hovedbegrunnelsen for å fatte vedtak om tvungent vern. Områder med mange under tvungent vern uten døgnopphold har med andre samtidig mange som er tvangsmedisinerte uten innleggelse.

På samme måte er ratene for døgnpasienter under tvungent vern sterkt og signifikant positivt korrelert med ratene både for tvangsbehandling ved døgnopphold ( $r=0,82$ ), bruk av mekaniske tvangsmidler ( $r=0,65$ ), bruk av korttidsvirkende legemidler ( $r=0,74$ ) og skjerming over 48 timer ( $r=0,46$ ). Har et foretaksområde høye rater for en indikator, har det med andre ord gjennomgående høye rater for de øvrige indikatorene. Korrelasjonen med bruk av isolering er lavere ( $r=0,31$ ) og heller ikke signifikant.

Ratene for tvangsbehandling under døgnopphold er også sterkt og signifikant korrelert med de ulike tvangsmidlene og skjerming. Isolering utgjør igjen unntaket, der grad av samvariasjon er betydelig svakere.

Ser vi til slutt den samlede bruken av tvungent vern, tvangsbehandling og tvangsmidler (uavhengig av om bruken av de to førstnevnte skjer med eller uten bruk av døgnopphold) finner vi sterke og signifikante koeffisienter, med Pearson's  $r$  på hhv 0,83

(tvungent vern og tvangsbehandling, 0,82 (tvungent vern og tvangsmidler samt skjerming) og 0,55 (tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler samt skjerming).

Foretak som bruker mye tvang (har høye rater) på et område synes altså også å bruke mye tvang på de øvrige områdene. Spørsmålet blir da om høy grad av tvangsbruk skyldes høy kapasitet generelt, eller reelle forskjeller i behandlingskultur og -praksis. Dette blir i neste avsnitt undersøkt med utgangspunkt i andeler og relativ forekomst, sett i forhold til volumet på tjenestene.

Foretaksområder kjennetegnet ved høy bruk av tvang på flere områder omfatter bl a Asker og Bærum HF-område, Telemark HF-område og Ullevål og Aker HF-områder.

### 3.2 Geografiske variasjoner i tvangsbruk ut fra behandlingsvolum

Formålet med denne sammenstillingen er å undersøke om enkelte helseforetak gjennomgående synes å ha et behandlingsregime mer preget av tvang enn andre. Dette vil bli undersøkt med utgangspunkt i hvilke andeler av pasientene som har vært utsatt for ulike tvangsformer (tvungent vern, tvangsbehandling) eller volum på bruk av tvang, sett i forhold til tjenestevolum målt ved antall oppholds-døgn i psykiatrisk avdeling (tvangsmidler og skjerming).

Vi har også her laget tre tabeller. Tabell 4 viser tvangsandelene på foretaksnivå, tabell 5 viser andelen i prosent av nivået (andelen) på landsbasis. Tabell 6 viser korrelasjonsmatrisen (Pearson's  $r$ ) mellom tvangsandelene på foretaksnivå.

#### *Døgnbehandling kontra dagbehandling*

Heller ikke når vi ser på andeler snarere enn rater finner vi noen substitusjonseffekter mellom andeler under tvungent vern med og uten døgnopphold. Også når vi ser på andeler finner vi tvert om positive korrelasjoner, selv om disse ikke er statistisk signifikante. Samme mønster finner vi også for tvangsbehandling med og uten døgnopphold: en positiv, men ikke signifikant samvariasjon.

#### *Bruk av tvangsmidler*

Om vi derimot ser på hvor hyppig ulike tvangsmidler blir benyttet (sett i forhold til antall oppholds-døgn) finner vi derimot et annet mønster enn i avsnitt 3.1. Bare for mekaniske tvangsmidler kontra korttidsvirkende legemidler finner vi en signifikant

## Del II

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

korrelasjon ( $r=0,41$ ). For bruken av isolasjon er det tilløp til substitusjonseffekter i forhold til mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende medikamenter (negative koeffisienter på hhv  $-0,17$  og  $-0,22$ ), men koeffisientene er for svake til å gi signifikante utslag. De positive korrelasjonene vi fant i avsnitt 3.1 synes dermed å være knyttet mer til volum enn til behandlingspraksis i tjenestene: Jo flere som er innlagt, jo flere vil også bli utsatt for (alle typer) tvangsmidler, selv om hyppigheten (sett i forhold til oppholds-døgn) kan være den samme eller lavere.

### *Samvariasjon mellom ulike former for tvangsbruk*

På samme måte som for ratene er andel under tvungent vern uten døgnopphold sterkt og signifikant positivt korrelert med andelen av de polikliniske pasientene som var tvangsmedisinert ( $r=0,81$ ).

Andelen døgnpasienter under tvungent psykisk helsevern er også sterkt og signifikant positivt korrelert med andelen døgnpasienter som er underlagt tvangsbehandling ( $r=0,76$ ).

Det er gjennomgående en svakere korrelasjon mellom andel døgnpasienter under tvang og bruk av tvangsmidler (i forhold til produksjon av oppholds-døgn) enn den vi fant for befolkningsratene i avsnitt 3.1. Bare for mekaniske tvangsmidler ( $r=0,49$ ) og korttidsvirkende medikamenter ( $r=0,69$ ) er sammenhengene statistisk signifikante.

Områdene som skiller seg ved høy andel tvangsbruk er gjennomgående de samme som vi fant da vi undersøkte ratene for tvangsbruk.

### 3.3 Oppsummering, geografiske variasjoner i tvangsbruken

Vi har i avsnittene undersøkt om det foreligger klare geografiske forskjeller i tvangsbruken: om det foreligger substitusjonseffekter mellom ulike former for tvangstiltak, og om områder med høy forekomst av en tvangsform også har høy forekomst av andre tvangsformer.

Bruk av tvungent vern uten døgnopphold synes ikke å fungere som et alternativ til tvungent vern med døgnopphold. Tvert om, høy bruk av tvungent vern uten døgnopphold går i noen grad sammen med høy bruk av tvungent vern med døgnopphold, selv om sammenhengene ikke er statistisk signifi-

kant. Dette gjelder både når vi ser på befolkningsrater og pasientandeler. Samme resultat finner vi også for tvangsmedisinering uten døgnopphold kontra tvangsbehandling med døgnopphold.

Det er heller ingen tendens til at høy bruk av et tvangsmiddel eller skjerming fører til mindre bruk av andre tvangsmidler eller skjerming. Tvert om, særlig når vi ser på de befolkningsbaserte ratene går høy bruk av ett tvangsmiddel/skjerming sammen med høy bruk av andre. Denne sammenhengen skyldes imidlertid delvis forskjeller i tjenestevolum: Jo flere som er innlagt, jo flere vil også bli utsatt for (alle typer) tvangsmidler, selv om hyppigheten (sett i forhold til oppholds-døgn) kan være den samme eller lavere.

Områder med høye rater/høye andeler tvungent vern uten døgnopphold bruker også hyppigere tvangsmedisinering uten døgnopphold. Områder med høye rater/høy andel døgnpasienter under tvungent vern bruker også hyppigere tvangsbehandling og tvangsmidler/skjerming enn foretak med lavere rater/andeler pasienter under tvungent vern. Sistnevnte sammenheng er delvis knyttet til volumet på tjenestene.

## 4 Bruk av tvangsmidler etter innleggelsesparagraf

Tabell 7 viser fordelingen på innleggelsesparagraf (overlegevedtak) for de som har blitt utsatt for bruk av tvangsmidler i løpet av de siste tre måneder kontra de som ikke har blitt utsatt for dette. Opplysninger om bruk av tvangsmidler er hentet fra registreringen av døgnpasienter innlagt i det psykiske helsevernet for voksne per 20. november 2003. Samlet sett var 87 prosent av pasientene som hadde vært utsatt for bruk av tvangsmidler blitt innlagt under en eller annen form for tvang. Tilsvarende andel for de som ikke var utsatt for bruk av tvangsmidler var 32 prosent.

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Tabell 1

Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseforetaksområder 2003 eller 2004.

	Tvingent vern			Tvangsbehandling		
	Under tvungent vern uten døgnopph. (ved start)	Døgnpasienter under tvungent vern (ved registrering)	Sum	Tvangsmedisinert uten døgnopphold	Tvangsbehandlet total døgnpasienter	Sum
Østfold HF-område	0,90	2,47	3,37	0,35	0,71	1,06
Akershus HF-område	0,98	2,00	2,98	0,51	0,49	1,00
Asker og Bærum HF-område	1,91	6,12	8,03	1,04	1,75	2,79
Ullevål og Aker HF-områder	3,39	4,07	7,46	2,66	1,13	3,79
Innlandet HF-område	0,90	1,65	2,55	0,65	0,72	1,38
Buskerud HF-område	0,47	1,80	2,27	0,00	0,57	0,57
Ringerike HF-område	0,00	0,92	0,92	0,00	0,46	0,46
Blefjell HF-område	0,26	1,06	1,32	0,26	0,79	1,06
Vestfold HF-område	2,54	1,19	3,73	1,71	0,59	2,31
Telemark HF-område	3,29	4,18	7,47	2,31	1,65	3,96
Sørlandet HF-område	2,76	2,47	5,23	1,85	1,21	3,06
Stavanger HF-område	1,61	3,96	5,57	1,15	1,21	2,36
Fonna HF-område	0,16	4,29	4,45	0,33	1,57	1,90
Bergen HF-område	1,67	3,83	5,50	1,25	2,00	3,25
Førde HF-område	1,12	2,74	3,86	1,75	1,74	3,49
Sunnmøre HF-område	0,83	1,35	2,18	1,04	0,62	1,66
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	1,94	2,40	4,34	1,14	1,26	2,40
St. Olavs Hospital HF-område	2,34	2,95	5,29	1,48	1,11	2,59
Nord-Trøndelag HF-område	1,64	1,65	3,29	1,13	0,72	1,85
Helgeland HF-område	1,01	0,50	1,51	1,01	0,17	1,18
Nordland HF-område	1,08	1,89	2,97	1,89	0,54	2,43
Hålogaland HF-område	0,76	1,40	2,16	0,64	0,38	1,02
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	0,71	3,20	3,91	0,35	1,19	1,54
Finnmark HF-område	0,00	3,82	3,82	0,36	1,09	1,45
Totalt	1,71	3,01	4,71	1,26	1,11	2,37



**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Tabell 2

*Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder 2003 eller 2004.*

	Tvingent vern			Tvangsbehandling		
	<i>Under tvungent vern uten døgnopph. (ved start)</i>	<i>Døgnpasienter under tvungent vern (ved registrering)</i>	<i>Sum</i>	<i>Tvangsmedisinert uten døgnopphold</i>	<i>Tvangsbehandlet total døgnpasienter</i>	<i>Sum</i>
Østfold HF-område	53	82	72	28	64	45
Akershus HF-område	57	67	63	41	44	42
Asker og Bærum HF-område	112	204	170	83	158	118
Ullevål og Aker HF-områder	199	135	158	211	102	160
Innlandet HF-område	52	55	54	52	65	58
Buskerud HF-område	28	60	48	0	51	24
Ringerike HF-område	0	31	20	0	42	19
Blefjell HF-område	15	35	28	21	71	45
Vestfold HF-område	149	40	79	136	54	97
Telemark HF-område	193	139	159	183	149	167
Sørlandet HF-område	162	82	111	147	109	129
Stavanger HF-område	94	132	118	91	109	100
Fonna HF-område	10	143	95	26	141	80
Bergen HF-område	98	127	117	99	180	137
Førde HF-område	66	91	82	139	157	147
Sunnmøre HF-område	49	45	46	82	56	70
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	114	80	92	91	113	101
St. Olavs Hospital HF-område	137	98	112	118	100	109
Nord-Trøndelag HF-område	96	55	70	89	65	78
Helgeland HF-område	59	17	32	80	15	50
Nordland HF-område	63	63	63	150	49	102
Hålogaland HF-område	45	46	46	51	34	43
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	42	107	83	28	107	65
Finnmark HF-område	0	127	81	29	98	61
Totalt	100	100	100	100	100	100

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Tabell 3

Korrelasjonsmatrise (Pearson's r) for variasjoner i indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne mellom helseforetaksområder. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre . 2003 eller 2004.

	Tvangent vern		Tvangsbehandling		Bruk av tvangsmidler og skjerming						
	Under tvungent vern uten døgnopph. (ved start)	Døgnpasienter under tvungent vern (ved registrering)	Sum	Tvangsmedisinert uten døgnopphold	Tvangsbehandlet totalt døgnpasienter	Sum	Ganger mekaniske tvangsmidler	Ganger korttidsvirkende medikamenter	Ganger isolasjon	Ganger skjerming over 48 timer	Sum ganger tvangsmidler og skjerming
Tvungent vern											
	Under tvungent vern uten døgnopph. (ved start)	0,34	<b>0,75</b>	0,87	0,36	<b>0,80</b>	<b>0,53</b>	<b>0,45</b>	0,20	0,26	<b>0,56</b>
	Døgnpasienter under tvungent vern (ved registrering)	0,34	<b>0,88</b>	0,26	<b>0,82</b>	<b>0,59</b>	<b>0,65</b>	<b>0,74</b>	0,31	<b>0,46</b>	<b>0,76</b>
	Sum	<b>0,75</b>	<b>0,88</b>	<b>0,63</b>	<b>0,76</b>	<b>0,83</b>	<b>0,73</b>	<b>0,75</b>	0,32	<b>0,46</b>	<b>0,82</b>
Tvangsbehandling											
	Tvangsmedisinert uten døgnopphold	<b>0,87</b>	<b>0,63</b>		0,34	<b>0,89</b>	0,31	0,27	0,34	0,24	0,36
	Tvangsbehandlet totalt døgnpasienter	0,36	<b>0,76</b>	0,34		<b>0,74</b>	<b>0,42</b>	<b>0,73</b>	0,32	<b>0,55</b>	<b>0,60</b>
	Sum	<b>0,80</b>	<b>0,83</b>	<b>0,89</b>	<b>0,74</b>		<b>0,43</b>	<b>0,55</b>	0,40	<b>0,44</b>	<b>0,55</b>
Bruk av tvangsmidler og skjerming											
	Ganger mekaniske tvangsmidler	<b>0,53</b>	<b>0,73</b>	0,31	<b>0,42</b>	<b>0,43</b>		<b>0,60</b>	0,15	<b>0,41</b>	<b>0,95</b>
	Ganger korttidsvirkende medikamenter	<b>0,45</b>	<b>0,75</b>	0,27	<b>0,73</b>	<b>0,55</b>	<b>0,60</b>		0,11	0,40	<b>0,76</b>
	Ganger isolasjon	0,20	0,32	0,34	0,32	0,40	0,15	0,11		<b>0,51</b>	0,30
	Ganger skjerming over 48 timer	0,26	<b>0,46</b>	0,24	<b>0,55</b>	<b>0,44</b>	<b>0,41</b>	0,40	<b>0,51</b>		<b>0,60</b>
	Sum ganger tvangsmidler og skjerming	<b>0,56</b>	<b>0,76</b>	0,36	<b>0,60</b>	<b>0,55</b>	<b>0,95</b>	<b>0,76</b>	0,30	<b>0,60</b>	

N=24. Koeffisienter signifikant forskjellig fra null (5-prosent nivå, tosidig test) er markert med **fete typer**.

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Tabell 4

*Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentandeler av pasientene. Helseforetaksområder 2003 eller 2004.*

	Tvingent vern			Tvangsbehandling		
	<i>Under tvingent vern uten døgnopph. (ved start)</i>	<i>Døgnpasienter under tvingent vern (ved registrering)</i>	<i>Sum</i>	<i>Tvangsmedisinert uten døgnopphold</i>	<i>Tvangsbehandlet total døgnpasienter</i>	<i>Sum</i>
Østfold HF-område	2,1	27,8	6,5	0,8	8,0	2,0
Akershus HF-område	2,3	23,2	5,2	1,2	5,6	1,8
Asker og Bærum HF-område	3,3	40,0	10,8	1,8	11,4	3,7
Ullevål og Aker HF-områder	4,8	29,8	9,1	3,6	8,3	4,4
Innlandet HF-område	1,1	15,5	2,8	0,8	6,8	1,5
Buskerud HF-område	1,0	15,8	3,9	0,0	5,0	1,0
Ringerike HF-område	0,0	6,9	1,1	0,0	3,4	0,5
Blefjell HF-område	0,8	9,3	3,1	0,8	7,0	2,5
Vestfold HF-område	3,6	23,5	5,0	2,4	11,8	3,0
Telemark HF-område	2,9	33,6	5,9	1,9	13,3	3,0
Sørlandet HF-område	6,0	23,2	9,2	3,9	11,4	5,3
Stavanger HF-område	2,9	25,6	7,7	2,0	7,8	3,2
Fonna HF-område	0,6	27,4	9,9	1,1	10,0	4,1
Bergen HF-område	3,4	27,2	8,8	2,5	14,2	5,1
Førde HF-område	1,8	25,9	5,4	2,7	16,5	4,6
Sunnmøre HF-område	3,1	13,7	5,9	3,7	6,3	4,4
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	2,4	22,6	4,7	1,3	11,8	2,5
St. Olavs Hospital HF-område	4,3	27,2	8,0	2,6	10,3	3,8
Nord-Trøndelag HF-område	2,2	17,8	3,9	1,4	7,8	2,1
Helgeland HF-område	1,6	8,3	2,2	1,6	2,8	1,7
Nordland HF-område	1,7	18,9	4,1	3,0	5,4	3,3
Hålogaland HF-område	2,0	25,6	4,9	1,5	7,0	2,2
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	1,2	35,1	5,6	0,6	13,0	2,2
Finnmark HF-område	0,0	23,6	6,8	0,9	6,7	2,5
Totalt	2,9	25,0	6,6	2,1	9,2	3,2

**Del II**

Analyse av tvang i  
psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av  
SINTEF på oppdrag av  
Helsetilsynet

Tabell 5

*Indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne. Prosentandeler av pasientene i prosent av landsgjennomsnittet. Helseforetaksområder 2003 eller 2004.*

	Tvingent vern			Tvangsbehandling		
	<i>Under tvingent vern uten døgnopph. (ved start)</i>	<i>Døgnpasienter under tvingent vern (ved registrering)</i>	<i>Sum</i>	<i>Tvangsmedisinert uten døgnopphold</i>	<i>Tvangsbehandlet total døgnpasienter</i>	<i>Sum</i>
Østfold HF-område	73	111	98	39	86	62
Akershus HF-område	81	93	78	57	61	55
Asker og Bærum HF-område	114	160	165	86	124	116
Ullevål og Aker HF-områder	166	119	138	176	90	137
Innlandet HF-område	40	62	43	40	73	47
Buskerud HF-område	36	63	60	0	54	30
Ringerike HF-område	0	28	17	0	37	17
Blefjell HF-område	29	37	47	41	76	77
Vestfold HF-område	126	94	75	116	127	93
Telemark HF-område	100	134	89	92	144	92
Sørlandet HF-område	208	93	140	191	123	164
Stavanger HF-område	100	102	117	95	85	98
Fonna HF-område	19	109	150	53	108	127
Bergen HF-område	120	109	133	123	154	157
Førde HF-område	64	103	82	130	178	142
Sunnmøre HF-område	106	55	89	181	68	136
Nordmøre og Romsdal HF-omr.	83	90	72	65	128	77
St. Olavs Hospital HF-område	148	109	121	127	111	119
Nord-Trøndelag HF-område	75	71	59	69	84	65
Helgeland HF-område	56	33	33	75	30	51
Nordland HF-område	60	76	63	144	59	102
Hålogaland HF-område	69	102	75	75	76	68
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-omr.	41	140	85	28	141	68
Finnmark HF-område	0	94	103	43	73	79
Totalt	100	100	100	100	100	100

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern. Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Tabell 6

Korrelasjonsmatrise (Pearson's r) for variasjoner i indikatorer for bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne mellom helseforetaksområder. Prosentandeler av pasientene (tvungent vern og tvangsbehandling) eller ganger per 365 oppholdsdøgn (tvangsmidler). 2003 eller 2004.

	Tvungent vern		Tvangsbehandling			Bruk av tvangsmidler og skjerming					
	Under tvungent vern uten døgnopph. (ved start)	Døgnpasienter under tvungent vern (ved registrering)	Sum	Tvangsmedisinert uten døgnopphold	Tvangsbehandlet totalt døgnpasienter	Sum	Ganger mekaniske tvangsmidler	Ganger korttidsvirkende medikamenter	Ganger isolasjon	Ganger skjerming over 48 timer	Sum ganger tvangsmidler og skjerming
Tvungent vern											
	Under tvungent vern uten døgnopph. (ved start)	0,39	<b>0,57</b>	<b>0,81</b>	0,40	<b>0,67</b>	0,38	0,28	0,16	-0,05	0,39
	Døgnpasienter under tvungent vern (ved registrering)	0,39	<b>0,76</b>	0,21	<b>0,69</b>	<b>0,44</b>	<b>0,49</b>	<b>0,69</b>	0,05	0,24	<b>0,63</b>
	Sum	<b>0,57</b>		<b>0,47</b>	<b>0,52</b>	<b>0,76</b>	0,35	<b>0,43</b>	0,31	-0,02	<b>0,42</b>
Tvangsbehandling											
	Tvangsmedisinert uten døgnopphold	<b>0,81</b>	<b>0,47</b>		0,33	<b>0,84</b>	0,08	0,04	<b>0,41</b>	-0,03	0,10
	Tvangsbehandlet totalt døgnpasienter	0,40	<b>0,52</b>	0,33		<b>0,62</b>	0,22	<b>0,59</b>	0,00	<b>0,43</b>	<b>0,42</b>
	Sum	<b>0,67</b>	<b>0,76</b>	<b>0,84</b>	<b>0,62</b>		0,07	0,24	<b>0,44</b>	0,06	0,17
Bruk av tvangsmidler og skjerming											
	Ganger mekaniske tvangsmidler	0,38	<b>0,49</b>	0,08	0,22	0,07		<b>0,41</b>	-0,17	0,28	<b>0,94</b>
	Ganger korttidsvirkende medikamenter	0,28	<b>0,69</b>	0,04	<b>0,59</b>	<b>0,41</b>			-0,22	0,23	<b>0,64</b>
	Ganger isolasjon	0,16	0,05	<b>0,41</b>	0,00	<b>0,44</b>	-0,17	-0,22		0,06	-0,11
	Ganger skjerming over 48 timer	-0,05	0,24	-0,03	<b>0,43</b>	0,06	0,28	0,23			<b>0,46</b>
	Sum ganger tvangsmidler og skjerming	0,39	<b>0,63</b>	0,10	<b>0,42</b>	0,17	<b>0,94</b>	<b>0,64</b>	-0,11	<b>0,46</b>	

N=24. Koeffisienter signifikant forskjellig fra null (5-prosent nivå, tosidig test) er markert med fete typer.

**Del II**

Analyse av tvang i psykisk helsevern.  
Rapport utarbeidet av SINTEF på oppdrag av Helsetilsynet

Tabell 7

*Innleggesparagraf (spesialistvedtak) for pasienter som har vært utsatt for bruk av tvangsmidler i løpet av de siste tre månedene. Pasientregistreringen blant døgnpasienter i voksenpsykiatrien 20. november 2003*

	<i>Bruk av tvangsmidler siste tre måneder</i>		<i>Totalt</i>
	<i>Nei</i>	<i>Ja</i>	
Frivillig innleggelse	66	13	62
Frivillig kontrakt	2	0	2
Tvungen undersøkelse	6	11	6
Tvungent psykisk helsevern	24	74	28
Dømt til psykisk helsevern	1	1	1
Annen lovhjemmel	1	1	1
Totalt	100	100	100
Gyldig N	3 689	280	3 969
Missing N	226	5	231
Total N	3 915	285	4 200

## Bággen psyhkalaš deavvašvuodasuodjalusas

Dearvvašvuodageahču raportta 4/2006 čeahkkáigeassu.

SINTEF Dearvvašvuohka lea Stáhta dearvvašvuodageahču ovddas ovttasrádiid Sosiála- ja dearvvašvuodadirektoráhtain analyseren dieđuid bággea birra mat bohte psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusa 2003 ja 2004 pasieantalohkamiid oktavuodas. Mii háliideimmet eanet dieđuid pasieanttaid birra geaid vuostá čadahuvvojit bággeandoaimmat, ja dan dihte leat erenoamážit deattuhan dihto válljejuvvon pasieanttaid.

Raportta vuosttaš oasis presenterejuvvojit válljejuvvon bohtosat, maid Dearvvašvuodageahču lea geahččočalmmiiguin árvvoštallan. Nubbi oassi lea SINTEF Dearvvašvuoda raporta Analyseren – bággen psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusas (gávdno dušše dárogillii: ”Analyser av tvang i psykisk helsevern”), ja mielddusin leat dieđut iešgudet bággenvugiid birra.

SINTEF-raporta: čájeha ahte bággeandoaimmat orrot gullame oktii geafivuoda-problematihkain ja ruovttuhis olbmuid dilálašvuodain. Badjel 40 proseanta pasieanttain mat leat bákkolaš psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusa vuolde jándordivššus, ii leat iežaset orrunsadji. Dasa lassin lea ollu pasieanttain alddiineaset orrunsadji, muhto orrundilálašvuohka ii leat dohkálaš dahje ii leat heivvolaš. Pasieanttain geaid vuostá bággeandoaimmat čadahuvvojit, lea gaskamearálaččat heajut ruhtadilli, unnit oahppu ja heajut sosiála čanastagat go dain pasieanttain geat eaktudáhtolaččat leat divššus vuolde.

Geahču leat maid čájehan ahte guovlluid gaskkas leat stuora erohusat bággeandoaimmaid čadaheami dáfus. Buot bággeandoaimmaid hárrái leat mearkkašahtti stuora erohusat.

Fylkkaid dearvvašvuodageahčut čuovvolit gávnnaheamiid dárbbalaš doaimmaid bokte, muhto eaktuduvvo dasa lassin ahte bálvalusat ieža maid njulgegohtet dilálašvuoda, ja ahte buot dási bealálaččat čuovvolit bohtosiid iežaset ovddasvástádussuorggi siskko-bealde.

# Use of Compulsory Admission and Treatment in Mental Health Services

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health 4/2006

SINTEF Health Research has analysed data on compulsory admission and treatment for the Norwegian Board of Health, in cooperation with the National Directorate for Health and Social Affairs. The data describe patients treated in mental health services in 2003 and 2004.

In the first part of the report, some of the main results are presented, together with our assessments of the findings, in relation to the relevant legal framework including requirements related to sound professional practice. The second part of the report is SINTEF's report "Analysis of Compulsory Treatment in Mental Health Services", including an appendix where data on geographical variations in different types of compulsory admission and treatment are analyzed.

In SINTEF's report it is suggested that use of compulsory admission and treatment is closely related to problems of poverty and homelessness. More than 40 per cent of the patients who had been admitted involuntarily or who had received compulsory treatment in mental health services, did not have a permanent residence. In addition, a large proportion of patients who did have their own homes, did not have suitable accommodation, or a satisfactory living situation. Patients who had been admitted involuntarily, or who had received compulsory treatment, in general had lower income, lower level of education and weaker social networks than patients receiving treatment on a voluntary basis.

There were large differences between regions and institutions in use of compulsory admission and treatment. The differences were large for all types of compulsory admission and treatment.

The results will be followed up by the Norwegian Board of Health in the Counties. However, we expect that the health and social services deal with the situation, and that managers on different levels follow up the results within their own area of responsibility.



# Rapport fra Helsetilsynet

## Utgivelser 2005

**1/2005** Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004

**2/2005** Rapport om rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder

**3/2005** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktinger og familiegjenforente

**4/2005** Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmissbrukere

**5/2005** Meldesentralen - årsrapport 2003

**6/2005** Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning etter sosialtjenesteloven kapittel 4A og kommunenes generelle ivaretagelse av hjelpetiltak etter § 4-2, a-e. Tilsynserfaringer 2003-2004

**7/2005** Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004

**8/2005** Ulike fylke, ulike tannhelsetenestetilbud? Tilbudet fra Den offentlige tannhelsetenesta til dei prioriterte gruppene, oversyn over bemanningssituasjonen og oppsummering av rapporteringa frå Helsetilsynet i fylka

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post [postmottak@helsetilsynet.no](mailto:postmottak@helsetilsynet.no).

## Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

## Utgivelser 2006

**1/2006** Dokumentasjon og teieplikt i gastrokirurgien. Oppsummering av landsomfattende tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og pasienter i helseforetak som gir kirurgisk behandling til pasienter med akutte sykdommer og kreftsykdommer i mage-tarmkanalen i 2005

**2/2006** Rettssikkerhet for utviklingshemmede. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2005 med rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning

**3/2006** Et stykkeveis og delt tjenestetilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester.

**4/2006** Bruk av tvang i psykisk helsevern

## Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale temaer fra tilsynssakene (enkeltsaker). Serien ble etablert i 2005 og finnes på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). Der kan det også tegnes abonnement. Temaer i hittil utkomne numre:

1/2005 Behandling med vanedannende legemidler

2/2005 Feilbehandling o.a.

3/2005 Taushetsplikt

4/2005 Helsetilsynets reaksjoner i tilsynssaker mot helsepersonell

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles resultater fra tilsyn med sosial- og helse-tjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

**HELSETILSYNET**  
tilsyn med sosial og helse

## OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 4/2006

### **Bruk av tvang i psykisk helsevern**

SINTEF Helse har på oppdrag fra Statens helsetilsyn i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet analysert data om tvang fra pasienttellingene i 2003 og 2004 i psykisk helsevern. Vi ønsket bedre kunnskap om de pasientene det anvendes tvang overfor, og det er derfor lagt særlig vekt på kjennetegn ved pasientene.

I rapportens første del presenteres utvalgte resultater, med Helsetilsynets tilsynsmessige vurdering. Andre del er SINTEF Helses rapport ”Analyser av tvang i psykisk helsevern”, med et vedlegg der data om de ulike tvangsformene er sammenstilt.

SINTEF-rapporten tyder på at bruk av tvang er nært knyttet til fattigdomsproblematikk og bostedsløshet. Mer enn 40 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold har ikke egen bolig. I tillegg er det en betydelig andel pasienter med egen bolig, som ikke har egnet bolig eller tilfredsstillende boligsituasjon. De pasientene det blir brukt tvang overfor har jevnt over dårligere økonomi, lavere utdanning og svakere sosial tilknytning enn de pasientene som behandles frivillig.

Undersøkelsen avdekker også store geografiske og institusjonsvise forskjeller i bruken av tvang. Forskjellene er betydelige når det gjelder alle former for tvang.

Resultatene vil bli gitt nødvendig tilsynsmessig oppfølging av Helsetilsynet i fylkene, men det forutsettes også at tjenestene selv tar tak i situasjonen, og at aktører på ulike nivåer følger opp resultatene innen eget ansvarsområde.