

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

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

Innhold

Del I Helsetilsynets vurdering

1 Sammendrag	11
2 Bakgrunn og innledning	12
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
3 Materiale og metode i denne rapporten	15
4 Helsetilsynets vurdering av resultatene	16
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
5 Vurdering og konklusjon – oppfølging og anbefalinger	23
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
Referanser	25

Del II Analyse av tvang i psykisk helsevern	
Rapport utarbeidet av SINTEF Helse på oppdrag av Helsetilsynet.....	27
Tabelloversikt.....	30
Figuroversikt.....	33
1 Hovedfunn	35
2 Bakgrunn og innledning	39
2.1 Rapportens oppbygging.....	39
3 Datagrunnlag og metode	40
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
4 Tvingent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	42
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
5 Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon	57
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
6 Tvingent psykisk helsevern med døgnopphold.....	64
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
7 Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon	79
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
8 Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon	85
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
9 Litteraturgjennomgang tvangsbehandling	94
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
Forskningsbehov – noen punkter	97
Litteratur	100
Vedlegg	102
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	109
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
Baggen psykialaš deavvašvuodasuodjalusas	119
English summary: Use of Compulsory Admission and Treatment in Mental Health Services	120

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 bolig¹. 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 helsevern² (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.³

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 tvangsinnleggelse i forhold til innleggelse totalt, og høye befolkningsbaserte rater^{4,5}, 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.⁶

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.⁷

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.⁸

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.⁹

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.¹⁰

Poliklinikkregistreringen omfatter ca 21 500 pasienter, og foregikk over en tjueters 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 100¹¹. 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.¹² 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.¹³

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.¹⁴

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.¹⁵

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.¹⁶ 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 bolig¹⁷. 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.¹⁸ 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.²⁰

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.²¹ Det er derfor bare delvis overlappende grunnlag for SINTEF’s og Byggforskningsinstituttets telling.²² I 2005 gjennomførte Fafo en kartlegging av udekkede bolig- og tjenestebehov blant personer med psykiske lidelser på oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet.²³ 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.²⁴

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 fattigdom²⁵ 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.²⁶ 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.”²⁷

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 i 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.²⁸

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.²⁹

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 2005-2007.³⁰

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 behandlingskriteriet som tilleggs-vilkår, enten alene eller sammen med farekriteriet.³¹ 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.lovdatab.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 litteraturen³². 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 behandlingsallianse er antakelig dårligere enn for pasienter som har søkt behandling på frivillig basis. Den hyppigst oppgitte grunnen til manglende samsvare 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.³³

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.³⁴

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.³⁵

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.³⁶

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.³⁷

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 tilleggsanalyse³⁸, 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

Tabelloversikt	30
Figuroversikt	33
1 Hovedfunn	35
2 Bakgrunn og innledning	39
2.1 Rapportens oppbygging	39
3 Datagrunnlag og metode	40
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
4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	42
4.1 For hvilke pasienter benyttes tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?	43
4.2 Sammenligning av pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, med pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.....	44
4.2.1 Tabeller	45
4.3 Er det geografisk variasjon i bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?.....	49
4.3.1 Figurer.....	50
4.4 Hva slags behandling får pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?	52
4.4.1 Tabell.....	53
4.5 Hva slags bosituasjon har pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?	53
4.5.1 Tabeller	54
4.6 Omfang/mengde av behandling til pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	55
4.6.1 Tabell.....	56
5 Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon	57
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

6 Tvingt psykisk helsevern med døgnopphold	64
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
7 Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon	79
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
8 Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon	85
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
9 Litteraturgjennomgang tvangsbehandling	94
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
Forskningsbehov – noen punkter	97
Litteratur	100
Vedlegg	102
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 døgntilbud 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
	Gyldig N	594	20 180	20 774
	Missing - N	6	89	753
Hele populasjonen	Totalt N	600	20 269	21 527

Alder

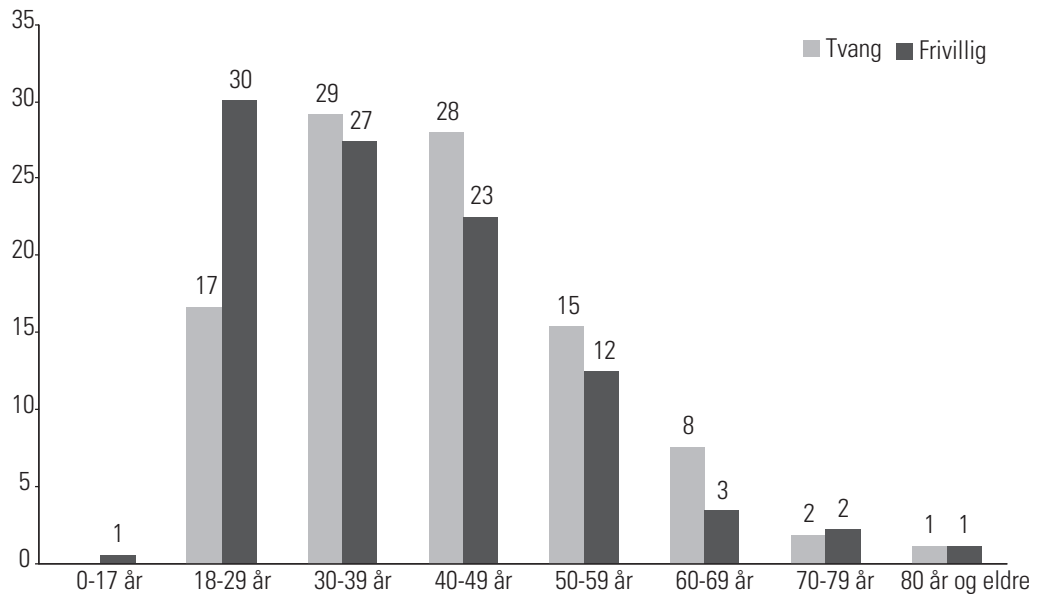
De lyse søylene viser spredningen i aldersgrupper for pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. De mørke søylene viser spredningen i alder for pasientene som var under frivillig poliklinisk behandling. Det var 600 pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved 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
Gyldig N	540	17 225	17 765
Missing - N	60	3 044	3 762
Total N:	600	20 269	21 527

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
Gyldig N	595	20 189	20 784	
Missing - N	5	80	743	
Total N	600	20 269	21 527	

