

# SAMDATA

## Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008

Per Bernhard Pedersen  
(Red.)

SINTEF Teknologi og samfunn  
Helsetjenesteforskning  
7465 TRONDHEIM  
Telefon: 4000 2590  
Telefaks: 932 70 800  
Rapport 2/09

ISBN 978-82-14-04803-2  
ISSN 0802-4979

SINTEF © Teknologi og samfunn  
Helsetjenesteforskning  
Kopiering uten kildehenvisning er forbudt

Forside. SINTEF Media

Trykk: TAPIR UTTRYKK, Trondheim

# 5 Tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne

Heidi Jensberg

## 5.1 Sammendrag

### Andel tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne i 2008

I årets kapittel har vi på grunn av dårlig datakvalitet ikke kunnet måle omfanget av innleggelse henviset under tvang. Av samme grunn presenterer vi heller ikke fordeling av hvilke tilleggskriterier som er benyttet.

For om lag fem prosent av innleggelsene til sykehus godkjent for tvungent psykisk helsevern ble det fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH) etter at tvangshenvisning var vurdert av spesialist. For tolv prosent ble det fattet vedtak om tvungen undersøkelse. Ved DPS og andre institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse ble det gjort vedtak om tvungent psykisk helsevern (TPH) for fem prosent av innleggelsene, mens det ble gjort vedtak om tvungen undersøkelse for to prosent av innleggelsene. Samlet ble det fattet vedtak om TPH for om lag fem prosent av innleggelsene, og tvungen undersøkelse for om lag ti prosent av innleggelsene til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. Andel tvangsvedtak for innleggelse til alle institusjoner (også de som ikke var godkjent for tvangsinnleggelse) er estimert til fire prosent for TPH og sju prosent for tvungen undersøkelse.

### Vedtak om tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne fra 2001 til 2008

For å vurdere endring i omfang av vedtak om tvangsinnleggelse (ekskl. institusjonsoverføringer) i perioden 2001 til 2008 har vi tatt høyde for usikkerhet som følge av at vi ikke har hatt komplette data for alle institusjoner i denne perioden. Vi har derfor beregnet antall innleggelse ved tvang under tre forskjellige forutsetninger: De vi mangler data for er lik de vi har data for (1), de vi mangler data for har et nivå likt de fem institusjonene med lavest andel tvangsinnleggelse (2) eller høyest andel tvangsinnleggelse (3) for det enkelte år. I 2001 var det om lag 16,5 vedtak om tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere 18 år og eldre (tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse), stigende til 20,6 i 2005. Raten har siden sunket. Mest markert er nedgangen i raten fra 2007 til 2008, fra 18,6 til 15,5 vedtak per 10 000 innbyggere.

Omfanget av tvungen undersøkelse har vært omtrent uendret gjennom perioden 2001 til 2008. Økningen fram til 2005, og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, er derfor særlig knyttet til vedtak om tvungent psykisk helsevern. Fra 2007 til 2008 sank raten fra 8,6 til 5,3 vedtak per 10 000 innbyggere.

Økningen i antall vedtak om tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2005, og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, synes å være reell. Ut over dette er usikkerheten knyttet til mangelfull rapportering for stor til å trekke entydige konklusjoner.

## Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet for voksne i 2008

Det var betydelige forskjeller i omfanget av vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse mellom sykehusområder (opptaksområde for et sykehus). Sykehusområde Sørlandet og sykehusområde Troms og Finnmark hadde i alt 25 vedtak om TPH/tvungen undersøkelse per 10 000 innbyggere, mens sykehusområde Førde hadde fem slike vedtak per 10 000 innbyggere. Det synes med andre ord å være betydelige forskjeller i praktiseringen av psykisk helsevernloven og dermed i kvalitetssikringen av tvangsbruken. Forskjellene kan imidlertid ha mange ulike årsaker, og fortjener nærmere kartlegging og analyse.

## 5.2 Innledning

Følgende tema blir belyst i dette kapitlet:

- Omfanget av tvangsinnleggelser til døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne 2008
- Endring i antall tvangsinnleggelser til døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 voksne innbyggere fra 2001 til 2008
- Geografiske forskjeller i antall vedtak om tvangsinnleggelser til døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne per 10 000 voksne innbyggere i 2008

Først beskrives lovgrunnlaget og datagrunnlaget. I tidligere år har vi vist omfanget av tvang ved henvisning, endring fra henvisning til spesialistvedtak og omfanget av tvang ved spesialistvedtak. I år vil vi kun vise omfang av spesialistvedtak. Dette skyldes høy andel mangelfulle data på de øvrige tvangsvariablene i Norsk pasientregister (NPR) for 2008. Det vil derfor heller ikke bli redegjort for bruk av tilleggskriterier ved tvungent psykisk helsevern, da kvaliteten på disse data er meget dårlige i år. For oversikt over representativitet og manglende rapportering vises til tabell 5.6.

Tvangsinnleggelser til døgnbehandling er definert som opphold for personer som blir begjært tvangsinnlagt for undersøkelse og/eller behandling i det psykiske helsevernet. Frivillige innleggelser omfatter de som er henvist etter eget ønske. Disse begrepene må forstås formelt. Hvordan innleggelsen oppfattes av pasienten kan i stor grad variere (se f.eks. Bjørngaard og Hatling, 2003).

Omfanget av tvangsinnleggelser kan måles både som andel av alle innleggelser og som befolkningsbaserte rater. Andelen tvangsinnleggelser er følsom for forskjeller i tjenestetilbudet; et område med få institusjonsplasser kan ha en høy andel tvangsinnleggelser fordi det bare er de sykeste som kan gis et tilbud. Tvangsinnleggelser målt i forhold til befolkningens mengde for dette området kan samtidig være lav, fordi få individer totalt sett behandles i institusjon. Hvilken av disse indikatorene man benytter vil avhenge av hva man ønsker å belyse. Så lenge det er ønskelig å si noe om omfang er det hensiktsmessig at begge målene tas med.

Tidligere undersøkelser har avdekket til dels store forskjeller i praksis mellom institusjoner og områder i det psykiske helsevernet (se for eksempel Bremnes et al 2008; Bjørngaard og Hatling 2005; Bjørngaard og Hatling 2003)). Den offentlige helsepolitikken gir klare signaler om at dagens praksis; både omfang og forskjeller i bruk av tvang, skal reduseres (St.meld. nr. 25 (1996-97), Sosial- og Helsedirektoratet 2006).

## 5.3 Om lovgrunnlaget

Med hjemmel i Psykisk helsevernloven av 2. juni 1999, er det mulig å legge inn og holde tilbake pasienter uten deres samtykke. Tvangsbruk i det psykiske helsevernet i Norge kan deles i tre hovedgrupper; tvungent psykisk helsevern (TPH), tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Dette kapitlet studerer tvungent psykisk helsevern (TPH) ved norske døgninsti-

tusjoner. I tidligere rapporter har vi skilt mellom henvisning og spesialistvedtak. Grunnet dårlig datakvalitet på henvisningsvariabel i NPR-data i år, vil vi kun presentere spesialistvedtak.

Henvisning til tvungent psykisk helsevern omfatter en legeerklæring og en begjæring som begge skal være uavhengig av den institusjonen pasienten legges inn til<sup>17</sup>. I løpet av 24 timer etter at innleggelsen har funnet sted, skal spesialist ansvarlig for vedtak vurdere om begjæringen om tvang skal opprettholdes eller om oppholdet skal baseres på frivillighet. Spesialistvedtaket kan bare endres fra tvang til frivillighet og ikke motsatt<sup>18</sup>. Vedtaket er knyttet til to hovedformer: Tvungen undersøkelse, avgrenset til ti dager<sup>19</sup>, for å avklare om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er til stede og tvungent psykisk helsevern.

Ved vedtak om tvungent psykisk helsevern må pasienten være alvorlig sinnslidende (jf. Psykisk helsevernlovens § 3.3 med merknader). I tillegg må minst ett av to tilleggskriterier være tilstede. Tvungent psykisk helsevern kan benyttes dersom dette er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin utsikt til bedring vesentlig redusert eller dersom det er stor sannsynlighet for at pasientens tilstand forverres i nær framtid. Kriteriet omtales ofte som behandlingskriteriet. Tvungent psykisk helsevern kan også benyttes med begrunnelse i det såkalte farekriteriet – dvs. hvis pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv.

## 5.4 Data

### 5.4.1 Datagrunnlag – tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg for voksne

Analysene i kapitlet bygger på opplysninger om døgnopphold<sup>20</sup> ved institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne (se tabell 5.1 for en oversikt over omfanget av godkjente institusjoner målt ved andel oppholdsdøgn). Datamaterialet er innhentet og kontrollert av Norsk Pasientregister (NPR) og tilrettelagt av SINTEF Helsetjenesteforskning. Det skilles mellom døgninstitusjoner med og uten godkjenning for innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Klassifisering av institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern er gjort i henhold til Helsedirektoratets oversikt per februar 2009 og omfatter institusjoner med permanent eller midlertidig godkjenning. Målt ved antall oppholdsdøgn<sup>21</sup> var 95 prosent av aktiviteten i sykehusene og 48 prosent av aktiviteten i DPS-ene i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Analysene av tvungent psykisk helsevern er basert på data fra utvalg av døgninstitusjoner, godkjent for tvungent psykisk helsevern og med tilstrekkelig god datakvalitet. Definisjon av hva som er gode data vil nødvendigvis baseres på skjønn. Pasientdata for 2008 er kvalitets-sikret på institusjonsnivå, og institusjoner og innleggelse er ekskludert fra datamaterialet i henhold til definerte ekskluderingskriterier:

<sup>17</sup> Etter lovendring 1.1.2007 er tutorordningen opphevet, det er nok med undersøkelse av ekstern lege som begjærer vedkommende innlagt.

<sup>18</sup> Etter lovendring 1.1.2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang.

<sup>19</sup> Kan utvides med ti dager etter samtykke fra kontrollkomisjonens leder.

<sup>20</sup> En person kan ha flere døgnopphold i løpet av et år, eventuelt ved flere institusjoner. Data som leveres til NPR er ikke personentydige, og man kan ikke følge behandlingsforløpet til personer som behandles ved flere institusjoner, for eksempel ved overføring fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre (DPS). Det vil følgelig ikke være mulig å si eksakt hvor mange pasienter som legges inn det enkelte år.

<sup>21</sup> Oppholdsdøgn brukes som indikator på aktivitet fordi man ikke har komplett informasjon om innleggelse i data fra NPR. Opplysninger om oppholdsdøgn kan kompletteres med opplysninger fra SSB for institusjoner som ikke har levert komplette pasientdata.

## Registrering av innleggelsesformalitet ved overføringer er usikker

Bruk av tvungent psykisk helsevern begrenses til å omfatte innleggelse fra egen bolig. Dette gjelder ca. 79 prosent av innleggelsene. Innleggelse fra andre avdelinger og institusjoner ekskluderes på grunn av store forskjeller i rapporteringspraksis for innleggelsesformalitet ved slike overføringer (jf. Bjørngaard og Hatling, 2005). Hele institusjonen er tatt ut dersom det mangler opplysninger om hvorfra pasienten er lagt inn for mer enn 20 prosent av døgnoppholdene.

## Registrering av døgnaktivitet ved institusjonene er ikke komplett

Institusjoner som ikke har levert pasientdata, eller som har levert pasientdata der opplysningene avviker mer enn 20 prosent fra de samleoppgavene institusjonene har rapportert til Statistisk sentralbyrå (SSB) i samme periode, er utelatt fra materialet. Dette begrunnes i en antagelse om at samleoppgavene er mer komplette enn data på pasientnivå fra NPR. Dette stemmer ikke nødvendigvis for alle institusjoner og representerer en potensiell feilkilde i datamaterialet.

## Registrering av henvisningsformalitet er mangelfull

Blant de gjenværende 47 institusjonene med 82 prosent av oppholdsdøgnene har 21 institusjoner god kvalitet på henvisningsparagraf. Dette utgjør 28 prosent av oppholdsdøgnene ved godkjente institusjoner. Frafallet er betydelig høyere enn tidligere år. I 2007 hadde vi data med tilfredsstillende kvalitet for 39 institusjoner med 78 prosent av oppholdsdøgnene ved institusjoner godkjent for tvungent vern. Vi anser frafallet som så høyt at det ikke gir mening å presentere tall for omfanget av tvangshenvisninger i dette kapitlet.

## Spesialistvedtak

Frafallet er lavere for opplysninger om spesialistvedtak. Blant de gjenværende 47 institusjonene med 82 prosent av oppholdsdøgnene har elleve institusjoner over 20 prosent manglende informasjon opp spesialistvedtaket. Det gjenstår likevel 36 institusjoner med i alt 67 prosent av oppholdsdøgnene. Dette er tre færre institusjoner og ti prosentpoeng<sup>22</sup> færre oppholdsdøgn enn i 2007 (39 institusjoner med 78 prosent av oppholdsdøgnene). Presentasjonen i rapporten vil bli avgrenset til disse.

## Tilleggsriterier

Tidligere rapporter har hatt en gjennomgang av tilleggskriteriene (behandlingskriteriet, at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret; og/eller farekriteriet, at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse). For spesialistvedtaket foreligger her data med tilfredsstillende kvalitet for 33 institusjoner med 70 prosent av oppholdsdøgnene godkjent for tvungent vern med døgnopphold. Imidlertid synes dataformatet å ha blitt endret, slik at bare ett av kriteriene har blitt registrert, selv om begge er til stede. Som en konsekvens av dette har en i materialet totalt bare 64 pasienter der farekriteriet er registrert. Til sammenligning oppfylte i fjor totalt 500 pasienter farekriteriet. Vi antar nedgangen neppe skyldes endret praksis for

---

<sup>22</sup> Den relativt store andelen oppholdsdøgn skyldes at to store institusjoner, Sykehuset Østfold og Ullevål universitetssykehus er blant de institusjonene som har falt ut på grunn av ukomplethet i data i 2008.

tvangsinnleggelse. Tall basert på dette materialet blir dermed mer villedende enn veiledende, og vil derfor bli utelatt fra rapporten.

Tabell 5.1 gir en oversikt over datakomplettethet for utvalget som benyttes i kapitlet. Datakomplettethet estimeres ved utvalgets andel av alle oppholdsdøgn generert i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Tabell 5.6 i vedlegg gir en oversikt over andel manglende registrering av de ulike tvangsvariablene i NPR-data etter institusjon.

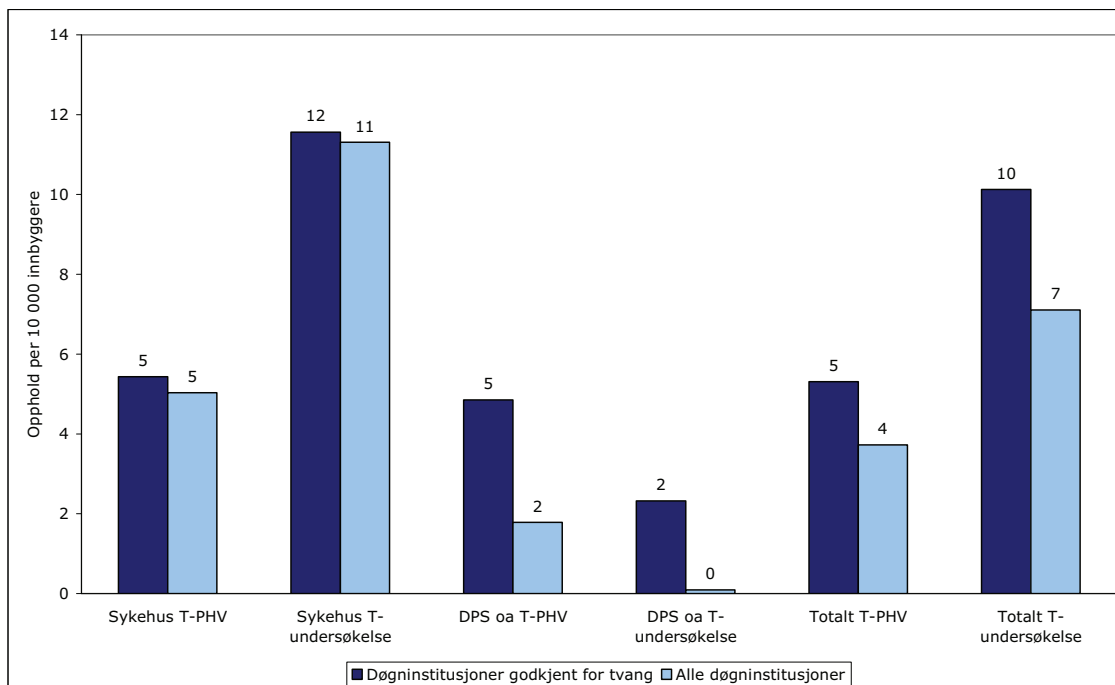
Tabell 5.1 Antall oppholdsdøgn og aktivitet, målt ved andel oppholdsdøgn som dekkes av analysen av tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet for voksne. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2008

Døgninstitusjoner godkjent for TPH					
RHF	Oppholdsdøgn totalt i 2008	Antall oppholdsdøgn 2008	Andel oppholdsdøgn 2008		
			Antall	Populasjon Alle døgninst godkjent for tvungent psykisk helsevern	Godkjente og komplette døgninst (andel av godkjente inst for TPH)
Helse Sør-Øst	785 082	545 382	68	24	68
- Sykehus	463 012	422 171	72	17	72
- DPS oa	322 070	123 211	56	45	56
Helse Vest	298 631	249 805	97	48	97
- Sykehus	155 612	155 612	95	39	95
- DPS oa	143 019	94 193	100	63	100
Helse Midt-Norge	171 879	147 292	100	0	0
- Sykehus	96 041	96 041	100	0	0
- DPS oa	75 838	51 251	100	0	0
Helse Nord	127 545	94 888	90	40	90
- Sykehus	78 820	78 820	92	32	92
- DPS oa	48 725	16 068	78	78	78
Totalt	1 383 137	1 037 367	82	28	67
- Sykehus	793 485	752 644	82	21	69
- DPS oa	589 652	284 723	80	45	62
- Sykehus	793 485	752 644	82	21	69
Antall institusjoner	108	59	47	21	36

Datakilde: NPR og SSB

## 5.5 Omfang av tvang ved spesialistvedtak

Endelig vedtak om bruk av tvungent psykisk helsevern fattes av spesialist ved enheten pasienten henvises til. Figur 5.1 viser hvor stor prosent av innleggelsene fra eget bosted som fikk vedtak om tvangsinnleggelse, henholdsvis for sykehus og DPS.

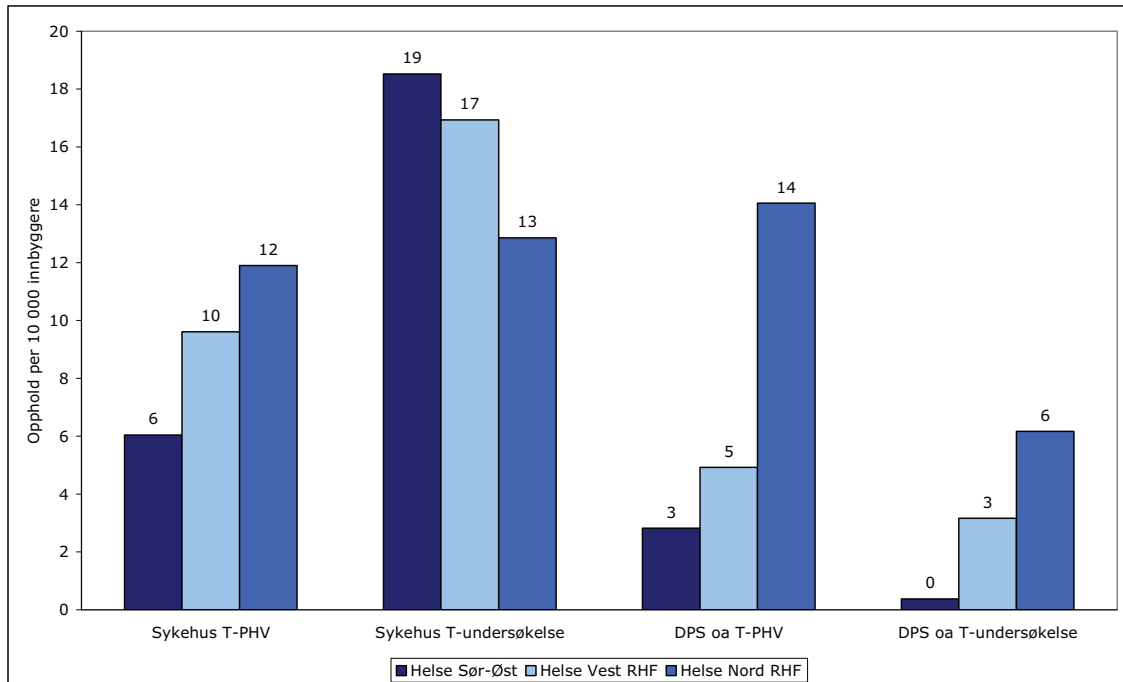


Datakilde: NPR

Figur 5.1 Prosentandel vedtak om tvangsinnleggelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern og estimert andel av innleggelse til alle døgninstitusjoner for voksne. Etter institusjonstype. 2008

For sykehus godkjent for tvangsinnleggelse var om lag fem prosent av innleggelsene som tvungent psykisk helsevern, mens om lag tolv prosent var innleggelse til tvungen undersøkelse. Tilsvarende tall for DPS og andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse var henholdsvis fem prosent for tvungent psykisk helsevern og to prosent for tvungen undersøkelse. Samlet var omtrent fem prosent av innleggelsene til tvungent psykisk helsevern i døgninstitusjoner godkjent for tvang, mens ti prosent var innleggelse til tvungen undersøkelse. Sett i forhold til alle døgninnleggelse, inklusive institusjoner ikke godkjent for tvang, var om lag fire prosent innleggelse som tvungent psykisk helsevern og sju prosent som tvungen undersøkelse.





Datakilde: NPR

Figur 5.2 Prosentandel innleggelses med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved døgninstitusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype, 2008.

For sykehus godkjent for tvangsinnleggelses hadde Helse Nord RHF en høyere andel tvungent psykisk helsevern sammenlignet med de andre regionale helseforetakene. Helse Vest RHF hadde den høyeste andelen tvungen undersøkelse. Blant DPS-er og øvrige institusjoner har Helse Nord RHF den høyeste andelen både for tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse, mens Helse Sør-Øst RHF har den laveste andelen.

## 5.6 Befolkningsbaserte rater i tvungent psykisk helsevern for voksne

### Utvikling for vedtak om tvungent psykisk helsevern for voksne 2001-2008

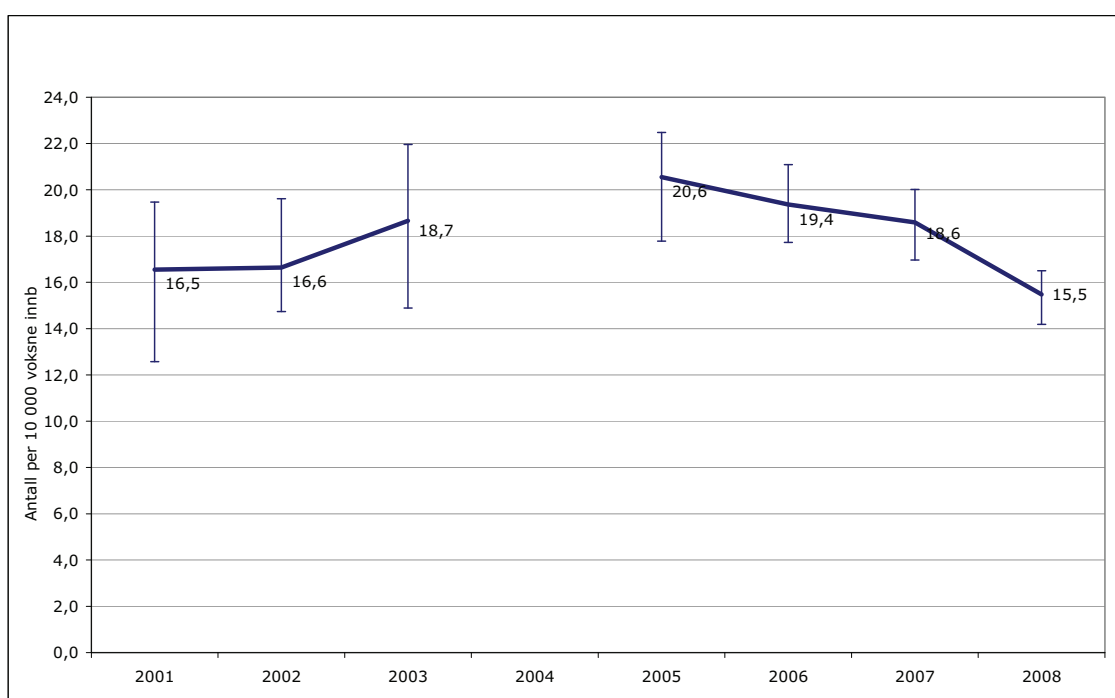
Den manglende kompletthet i data, samt dårlig kvalitet på innrapporterte data, gjør det problematisk å gi et nøyaktig tall på paragrafanvendelse det enkelte år. I Pedersen et. al (2008) presenteres høye og lave estimat for det totale omfanget av tvangsinnleggelses i perioden 2001-2007. Dette videreføres for 2008 i dette avsnittet. Antall vedtak om innleggelse til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbyggere 18 år eller eldre estimeres innenfor et intervall for hvert år. Det totale omfanget av innleggelses til henholdsvis sykehus og DPS og andre døgninstitusjoner, godkjent for psykisk helsevern, beregnes for hvert år med utgangspunkt i data fra institusjoner med tilstrekkelig gode data. Innrapporterte døgnopphold hvor spesialistvedtak ikke er angitt, fordeles mellom de ulike typene vedtak i henhold til marginalfordeling i utvalget det enkelte år. For estimert andel innleggelses med mangelfull rapportering antas videre tre typer fordeling mellom de ulike spesialistvedtakene:

1. Høyt estimat, hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med lavest andel vedtak om frivillighet.
2. Lavt estimat, hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med høyest andel vedtak om frivillighet.

### 3. Observert/gjennomsnittlig estimat, hvor vi overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for alle institusjoner.

Denne metoden gir et trepunktsestimat for totalt omfang av vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Dersom institusjonene som ikke leverer data av godkjent kvalitet i gjennomsnitt ikke har høyere eller lavere andel vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern enn de fem observerte institusjonene med henholdsvis laveste og høyeste andel frivillige innleggelses, vil det faktiske omfanget av tvangsinnleggelses ligge innenfor det estimerte intervallet.

De estimerte intervallenes bredde vil avhenge av flere faktorer, men først og fremst av hvor stor andel av innleggelsene vi estimerer data for. Intervallet blir smalere og mer presist når datakomplettetheten øker. Se Bremnes et al. (2008) for en grundigere beskrivelse. Figur 5.3 viser utviklingen fra 2001 til 2008 i antall innleggelses per 10 000 voksne (18 år eller eldre) innbyggere etter spesialistvedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet.



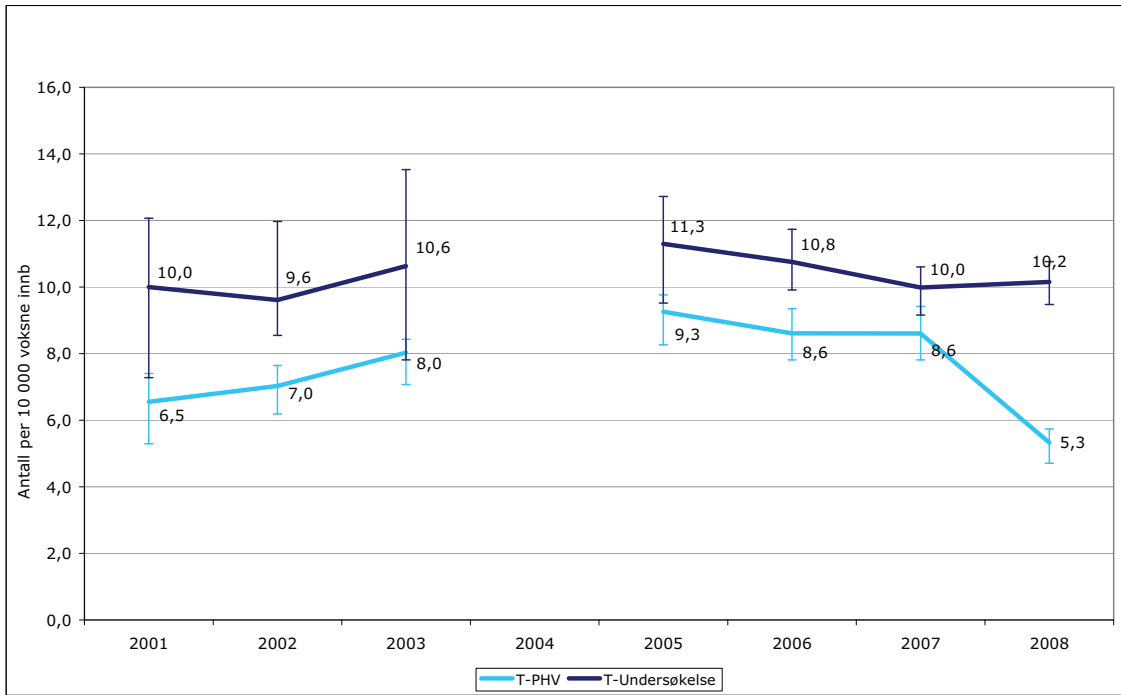
Datakilde: NPR og SSB

Figur 5.3 Antall innleggelses per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001-2008 (ikke 2004)

I 2008 var det om lag 15,5 tvangsinnleggelses fra eget bosted per 10 000 voksne innbyggere. I 2001 var tilsvarende tall om lag 16,5 per 10 000 voksne innbyggere. Hvis de institusjonene som har mangelfulle data om tvangsinnleggelses har noenlunde samme praksis som institusjonene med akseptable data, har det vært en økning i raten fram til 2005, og senere en nedgang, særlig i perioden 2007-2008. Samtidig er det viktig å ta forbehold om muligheten for avvikende praksis ved de institusjonene vi mangler data fra. Høyt og lavt estimat i 2001 var på hhv. 13 og 19 per 10 000 innbyggere mens tilsvarende tall var 14 og 16 i 2008. Vi kan derfor ikke konkludere med hensyn til endringer i omfanget av tvangsinnleggelsesvedtak i perioden 2001 til 2008, målt i forhold til befolkningens mengde. Nedgangen siste år synes likevel å være reell og gjennomgående, og ikke knyttet til sammensetning av institusjonene som inngår i utvalget.

I forhold til internasjonale sammenligninger av tvangsinnleggelses i ulike europeiske land (Zinkler and Priebe 2002, Salize and Dressing 2004, Priebe et al. 2005), indikerer disse tallene at Norge har høye tvangsinnleggelsesrater i forhold til andre land. Grunnet ulike forhold knyttet til datakvalitet er det dog framholdt av slike sammenligninger bør fortolkes med forbehold (Høyer 2008).

I figur 5.4 er ratene for de to typene tvangsvedtak vist hver for seg.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 5.4 Antall innleggelses per 10 000 voksne innbyggere med vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. 2001-2008 (ikke 2004)

Omfanget av tvungen undersøkelse per 10 000 voksne innbyggere har vært omtrent uendret fra 2001 til 2008 – om lag 10 innleggelses per 10 000 voksne innbyggere. Økningen i raten for tvangsinnleggelses fram til 2005, og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, er derfor knyttet til vedtak om tvungent psykisk helsevern. Fra 2007 til 2008 sank raten fra 8,6 til 5,3 vedtak per 10 000 innbyggere.

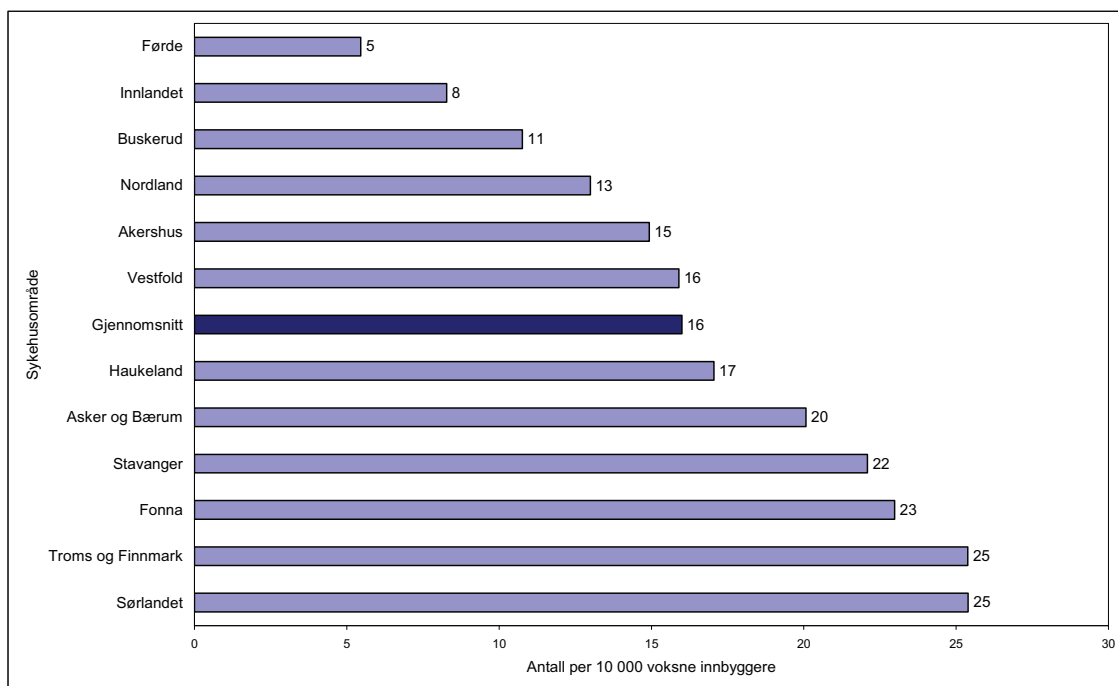
Økningen i antall vedtak om tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2005 og den senere nedgangen, særlig fra 2007 til 2008, synes å være reell. Ut over dette er usikkerheten knyttet til mangelfull rapportering for stor til å trekke entydige konklusjoner.

### 5.6.1 Regionale forskjeller i bruk av tvang i det psykiske helsevernet for voksne

For å kunne si noe om regionale forskjeller i bruk av tvang, ble alle døgnenheter i det psykiske helsevernet for voksne gruppert i 19 sykehusområder med tilhørende tilknytningsområder<sup>23</sup>. Døgnenheter godkjent for tvungent psykisk helsevern tilknyttet sykehusområder med tilstrekkelig god datakvalitet for samtlige enheter inngår. Med utgangspunkt i

<sup>23</sup> Det ville være ønskelig å ta utgangspunkt i pasientenes bostedsområde når man ser på regional variasjon i bruk av tvang, men fordi pasientdata ikke dekker mer enn 67 prosent av aktiviteten ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern, var ikke dette mulig. Ved bruk av sykehusområdenes tilknytningsområder kan forskjeller i omfang av gjestepasienter påvirke resultatet noe.

dette ble det beregnet rater for omfang av tvang ved vedtak per 10 000 voksne innbyggere for 12 av de 19 sykehusområdene<sup>24</sup>.



Datakilde: NPR og SSB

Figur 5.5 Vedtak om tvungent psykisk helsevern/tvungen undersøkelse. Døgnbehandling i det psykiske helsevernet for voksne. Estimert antall per 10 000 voksne innbyggere. Sykehusområde. 2008

I figur 5.5 viser vi omfanget av spesialistvedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 voksne innbyggere. I Førde sykehusområde var det om lag fem vedtak om tvangsinnleggelse per 10 000 voksne innbyggere, mens samme tall for Sørlandet sykehusområde og Troms og Finnmark sykehusområde var 25. Det synes med andre ord å være betydelige forskjeller i praktiseringen av psykisk helsevernloven og dermed i kvalitets-sikringen av tvangsbruken). Forskjellene kan imidlertid ha mange ulike årsaker (se Bremnes et al. 2008 for en utdypende diskusjon av mulige årsaksmekanismer), og fortjener nærmere kartlegging og analyse.

<sup>24</sup> Utvalget dekker hele landet med unntak av Helse Midt-Norge RHF, Sykehuset Østfold HF, Ullevål og Aker, og Sykehuset Telemark HF.

## Vedleggstabeller

Tabell 5.2 Antall oppholdsdøgn ved alle døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne, og andel aktivitet målt ved oppholdsdøgn, i døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Totalt og etter institusjonstype. Regionale helseforetak. 2008

RHF	Antall oppholdsdøgn 2008	
	Alle døgninstitusjoner	Institusjoner godkjent for TPH
Helse Sør-Øst RHF	785 082	69
Sykehus	463 012	91
DPS oa	322 070	38
Helse Vest RHF	298 631	84
Sykehus	155 612	100
DPS oa	143 019	66
Helse Midt-Norge RHF	171 879	86
Sykehus	96 041	100
DPS oa	75 838	68
Helse Nord RHF	127 545	74
Sykehus	78 820	100
DPS oa	48 725	33
Totalt	1 383 137	75
Sykehus	793 485	95
DPS oa	589 652	48
Antall institusjoner	108	59

Datakilde: SSB og NPR

Tabell 5.3 Spesialistvedtak ved innleggelser til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. 2008

	Spesialistvedtak	Antall	Prosent	Representativitet i prosent av oppholdsdøgn <sup>1</sup>
Samlet	Frivillig	17 471	78	82
	Frivillig kontrakt	103	0	
	Tvungen undersøkelse	3 072	14	
	TPH	1 605	7	
	Annen lovhjemmel	29	0	
	Totalt	22 280	100	
	Ikke registrert	11		
Sykehus	Frivillig	12 496	74	82
	Frivillig kontrakt	91	1	
	Tvungen undersøkelse	2 927	17	
	TPH	1 302	8	
	Annen lovhjemmel	26	0	
	Totalt	16 853	100	
	Ikke registrert	6		
DPS oa	Frivillig	4 975	91	80
	Frivillig kontrakt	12	0	
	Tvungen undersøkelse	145	3	
	TPH	303	6	
	Annen lovhjemmel	3	0	
	Totalt	5 444	100	
	Ikke registrert	5		

Datakilde: NPR og SSB

1) Jf. tabell 5.1

Tabell 5.4 Spesialistvedtak ved innleggelse til døgntilrettelagt behandling ved institusjoner for voksne godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjonstype. Absolutte tall og prosentvis fordeling. Regionale helseforetak 2008

RHF	Spesialistvedtak	Antall	Antall	Prosent	Representativitet Prosent av oppholdsdøgn <sup>1</sup>
Helse Sør-Øst RHF	Sykehus	Frivillig	7 726	75	72
		Frivillig kontrakt	12	0	
		Tvungen undersøkelse	1 905	19	
		TPH	621	6	
		Annen lovhjemmel	15	0	
		Totalt	10 279	100	
		Ikke registrert	4		
	DPS	Frivillig	1 778	96	56
		Frivillig kontrakt	5	0	
		Tvungen undersøkelse	7	0	
		TPH	52	3	
		Annen lovhjemmel	1	0	
		Totalt	1 843	100	
		Ikke registrert	4		
Helse Vest RHF	Sykehus	Frivillig	3 124	72	95
		Frivillig kontrakt	74	2	
		Tvungen undersøkelse	740	17	
		TPH	420	10	
		Annen lovhjemmel	11	0	
		Totalt	4 369	100	
		Ikke registrert	2		
	DPS	Frivillig	2 557	92	100
		Frivillig kontrakt	0	0	
		Tvungen undersøkelse	88	3	
		TPH	137	5	
		Annen lovhjemmel	2	0	
		Totalt	2 784	100	
		Ikke registrert	1		

Data for Helse Midt-Norge RHF er underkjent

RHF	Spesialistvedtak	Antall	Antall	Prosent	Representativitet Prosent av oppholdsøgn <sup>1</sup>
Helse Nord RHF	Sykehus	Frivillig	1 646	75	92
		Frivillig kontrakt	5	0	
		Tvungen undersøkelse	282	13	
		TPH	261	12	
		Annen lovhjemmel	0	0	
		Totalt	2 194	100	
		Ikke registrert	0		
	DPS	Frivillig	640	79	78
		Frivillig kontrakt	7	1	
		Tvungen undersøkelse	50	6	
		TPH	114	14	
		Annen lovhjemmel	0	0	
		Totalt	811	100	
		Ikke registrert	0		

Datakilde: NPR og SSB

1) Jf. tabell 5.1



Tabell 5.5 Spesialistvedtak ved innleggelser til døgnbehandling ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter institusjon. 2008

RHF/HF/Institusjon	Spesialistvedtak					
	Prosentgrunnlag				Antall	
	Frivillig	Tvungen undersøkelse	TPH	Annet lovgrunnlag	Prosentgrunnlag	Uten angitt hjemmel
Helse Sør-Øst RHF						
Akershus Universitetssykehus HF						
Akershus Universitetssykehus	74	25	1	0	1 344	1
Sykehuset Asker og Bærum HF						
Blakstad sykehus	62	31	7	0	645	0
Aker universitetssykehus HF						
Aker universitetssykehus	73	22	5	0	896	0
Sykehuset Innlandet HF						
Sykehuset Innlandet	87	11	2	0	1 884	0
Sykehuset Buskerud HF						
Drammen psykiatriske senter	95	0	5	0	277	3
Sykehuset Buskerud	74	19	6	0	932	3
Blefjell sykehus HF						
Kongsberg sykehus	99	1	0	0	216	0
Psykiatrien i Vestfold HF						
Søndre Vestfold DPS	86	0	14	0	138	0
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	75	16	9	0	1 032	0
Sykehuset i Telemark HF						
DPS Porsgrunn	98	0	1	0	209	1
DPS Skien	94	1	4	1	192	0
Sørlandet sykehus HF						
DPS Aust-Agder	100	0	0	0	525	0
Sørlandet sykehus Kristiansand	71	21	8	0	1 852	0
Direkte under Helse Sør-Øst RHF						
DPS Vinderen	97	1	2	0	286	0
Diakonhjemmets sykehus	77	22	1	0	663	0
Lovisenberg diakonale sykehus	74	10	16	0	923	0
Oslo Hospital	76	21	2	1	108	0

RHF/HF/Institusjon	Spesialistvedtak					
	Prosentgrunnlag				Antall	
	Frivillig	Tvungen undersøkelse	TPH	Annet lovgrunnlag	Prosent- grunnlag	Uten angitt hjemmel
Helse Vest RHF						
Helse Stavanger HF						
Dalane DPS	100	0	0	0	83	0
Ryfylke DPS	99	0	1	0	155	0
Sandnes DPS	96	1	3	0	195	0
Sola DPS	95	1	4	0	330	0
Stavanger DPS	100	0	0	0	209	0
Stavanger universitetssjukehus	74	13	13	0	1 502	1
Helse Fonna HF						
Folgefonn DPS	100	0	0	0	97	1
Haugaland DPS	82	9	9	0	456	0
Haugesund sjukehus	72	13	14	1	425	1
Valen sjukehus	60	26	13	1	243	0
Helse Bergen HF						
Björgvin DPS	100	0	0	0	450	0
Haukeland universitetssjukehus	69	24	7	0	1 703	0
Helse Førde HF						
Indre Sogn psykiatrisenter	96	1	3	0	100	0
Nordfjord psykiatrisenter	99	1	0	0	116	0
Helse Førde, Psykiatrisk klinikk	92	4	4	0	496	0
Direkte under Helse Vest RHF						
Jæren DPS	81	7	12	0	593	0
Helse Nord RHF						
Nordlandssykehuset HF						
Nordlandssykehuset, Salten	84	10	7	0	1 243	0
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF						
Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn	80	6	14	0	811	0
Universitetssykehuset i Nord-Norge	64	17	19	0	951	0

Datakilde: NPR

Tabell 5.6 Andel manglende rapportering på de ulike tvangsvariablene etter institusjon. 2008

Institusjon	Samsvar mellom NPR data og SSBs samleoppgave X=ja O=nei	Andel manglende rapportering på tvangsvariablene				Inkl i analysene (Datakvalitet vurdert som OK) X=ja O=nei
		Henvisningsformalitet	Spesialistvedtak	Begrunnelse for vedtak (Behandlingskriteriet)	Begrunnelse for vedtak (Farekriteriet)	
Helse Sør-Øst RHF						
Sykehuset Østfold HF						
Sykehuset Østfold	O	13	0	79	100	O
DPS Fredrikstad	O	89	0	0	0	O
Akershus Universitetssykehus HF						
Akershus Universitetssykehus	X	65	0	72	100	X
Asker og Bærum HF						
Blakstad sykehus	X	53	0	54	100	X
Aker universitetssykehus HF						
Aker universitetssykehus	X	71	0	36	100	X
Ullevål universitetssykehus HF						
Ullevål universitetssykehus	O	19	24	91	100	O
Sykehuset Innlandet HF						
Sykehuset Innlandet	X	26	0	73	100	X
DPS Gjøvik	O	90	0	50	100	O
Sykehuset Buskerud HF						
Sykehuset Buskerud	X	13	0	84	98	X
Drammen psykiatriske senter	X	24	1	77	100	X
Blefjell sykehus HF						
DPS Notodden/Seljord	O	2	2	100	100	O
Kongsberg sykehus	X	17	0	67	100	X
Sykehuset i Vestfold HF						
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	X	0	0	100	100	X
Søndre Vestfold DPS	X	0	0	100	100	X
Sykehuset Telemark HF						
Sykehuset Telemark	O	4	0	44	100	O
DPS Porsgrunn	X	13	0	33	100	X
DPS Skien	X	2	0	10	100	X

Institusjon	Samsvar mellom NPR data og SSBs samleoppgave X=ja O=nei	Andel manglende rapportering på tvangsvariablene				Inkl i analysene (Datakvalitet vurdert som OK) X=ja O=nei
		Henvisningsformalitet	Spesialistvedtak	Begrunnelse for vedtak (Behandlingskriteriet)	Begrunnelse for vedtak (Farekriteriet)	
Sørlandet sykehus HF						
Sørlandet sykehus Kristiansand	X	39	0	46	100	X
DPS Aust-Agder	X	15	0	0	0	X
Direkte under Helse Sør-Øst RHF						
Oslo Hospital	X	96	0	100	100	X
Diakonhjemmets sykehus	X	71	0	100	100	X
Lovisenberg diakonale sykehus	X	1	0	37	100	X
DPS Vinderen	X	10	0	100	100	X
Grefsenlia BOB	X	0	0	0	0	O
Furukollen psykiatriske senter	X	0	0	0	0	O
Skjelfoss psykiatriske senter	X	0	0	0	0	O
Helse Vest RHF						
Helse Stavanger HF						
Stavanger universitetssjukehus	X	0	0	52	100	X
Stavanger DPS	X	0	0	0	100	X
Sandnes DPS	X	0	0	33	100	X
Dalane DPS	X	0	0	0	0	X
Ryfylke DPS	X	0	0	0	100	X
Sola DPS	X	2	0	13	100	X
Helse Fonna HF						
Valen sjukehus	X	47	0	39	100	X
Haugesund sjukehus	X	20	0	49	100	X
Haugaland DPS	X	51	0	15	100	X
Folgefonn DPS		30	1	0	0	X
Helse Bergen HF						
Haukeland universitetssjukehus	X	58	0	53	100	X
Björgvin DPS	X	65	0	100	100	X

Institusjon	Samsvar mellom NPR data og SSBs samleoppgave X=ja O=nei	Andel manglende rapportering på tvangsvariablene				Inkl i analysene (Datakvalitet vurdert som OK) X=ja O=nei
		Henvisningsformalitet	Spesialistvedtak	Begrunnelse for vedtak (Behandlingskriteriet)	Begrunnelse for vedtak (Farekriteriet)	
Helse Førde HF						
Helse Førde, Psykiatrisk klinikk	X	14	0	100	100	X
Indre Sogn psykiatrisenter	X	5	0	100	100	X
Nordfjord psykiatrisenter	X	9	0	100	100	X
Direkte under Helse Vest RHF						
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus	X	0	0	0	0	O
Jæren DPS	X	0	0	100	100	X
Helse Midt-Norge RHF						
Helse Sunnmøre HF						
Ålesund sjukehus	X	100	17	100	100	O
Ålesund DPS	X	100	67	100	100	O
Helse Nordmøre og Romsdal HF						
Molde sjukehus	X	100	66	100	100	O
St. Olavs Hospital HF						
St. Olavs Hospital	X	100	15	100	100	O
Orkdal DPS	X	100	63	100	100	O
Tiller DPS	X	100	25	100	100	O
Leistad DPS	X	100	14	100	100	O
Helse Nord Trøndelag HF						
Sykehuset Namsos	X	100	39	100	100	O
Sykehuset Levanger	X	100	96	100	100	O
DPS Stjørdal	X	100	100	0	0	O
DPS Kolvereid	X	100	14	100	100	O
Helse Nord RHF						
Nordlandssykehuset HF						
Nordlandssykehuset, Salten	X	52	0	45	100	X
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF						
Universitetssykehuset i Nord-Norge	X	10	0	46	100	X
Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn	X	15	0	22	100	X
DPS Sør-Troms	X	0	0	0	0	O

Institusjon	Samsvar mellom NPR data og SSBs samleoppgave X=ja O=nei	Andel manglende rapportering på tvangsvariablene				Inkl i analysene (Datakvalitet vurdert som OK) X=ja O=nei
		Henvísningsformalitet	Spesialistvedtak	Begrunnelse for vedtak (Behandlingskriteriet)	Begrunnelse for vedtak (Farekriteriet)	
Direkte under Helse Nord RHF						
Viken senter for psykiatri og sjelesorg	X	0	0	0	0	O
Antall institusjoner	X=59					X=36

Datakilde: NPR