

SINTEF A8231

# RAPPORT

## *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*

Ragnild Bremnes, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard

***SINTEF Helse***

November 2008



**SINTEF Helse**

Postadresse:  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/  
7465 Trondheim  
Telefon:  
22 06 73 00 (Oslo)  
40 00 25 90 (Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
932 70 800 (Trondheim)  
Foretaksregisteret:  
  
NO 948 007 029 MVA

**SINTEF RAPPORT**

TITTEL

**Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007**

FORFATTER(E)

Ragnild Bremnes, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard

OPPDRAKSGIVER(E)

Norges forskningsråd

RAPPORTNR. SINTEF A8231	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Seniorrådgiver Signe Bang	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04515-4	PROSJEKTNR. 785208	ANTALL SIDER OG BILAG 85 inkl. bilag
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\785208 - Tvang, Opptrappingsplanen\01. Tvangsmidler\2007\Rapport\Rapport A8231 Bruk av tvangsmidler i psykisk HV 2001-2003-2005-		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Trond Hatling	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Per Bernhard Pedersen
ARKIVKODE E	DATO 2008-11-23	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Britt Venner	

**SAMMENDRAG**

I januar 2008 ble alle døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne bedt om å gi opplysninger om bruk av tvangsmidler og skjerming i 2007. Rapporten redegjør for disse, og i tillegg for utviklingen fra 2001.

Den samlede bruken av tvangsmidler (ganger) samt vedtak om skjerming økte fra 2001-2007. Dette kan i hovedsak forklares ved en økning i omfanget av mekaniske tvangsmidler og i bruken av skjerming. Bruken av korttidsvirkende legemidler og av isolering er redusert. Den samlede bruken gikk ned fra 2001 til 2003. Fra 2003 til 2005 var det en betydelig økning, mens fra 2005 til 2007 er nivået omtrent uendret, målt ved antall ganger. Holding ble ikke rapportert for perioden 2001-2005, og dersom dette tvangsmidlet holdes utenfor, var det en klar reduksjon i det totale omfanget av tvangsmidler (ganger) og skjerming fra 2005-2007. Dette kan i hovedsak forklares ved reduksjon i bruken av mekaniske tvangsmidler i samme periode. Det er uvisst om dette delvis kan skyldes substitusjon mellom holding og bruk av mekaniske tvangsmidler, men det ser ikke ut til å være en entydig sammenheng mellom bruk av holding i 2007 og endring i omfanget av mekaniske tvangsmidler fra 2005 til 2007. Utviklingen i tidsbruk viser i hovedsak samme mønster, men med reduksjon fra 2005 til 2007 selv om holding inkluderes. Antall pasienter utsatt for tvangsmidler og/ eller vedtak om skjerming har økt gjennom hele perioden 2001-2007, men med en liten nedgang for 2005 til 2007 dersom holding tas ut.

Det er betydelige forskjeller mellom sykehusene i det totale omfanget av tvangsmidler og skjerming. Det er klar korrelasjon mellom institusjonenes rate for tvangsmiddelbruk for de enkelte tvangsmiddelformene og på tvers av observasjonsårene - noe som tyder på at enkelte institusjoner gjennomgående bruker tvangsmidler og skjerming i større grad enn andre.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental health
EGENVALGTE	Tvangsmidler	Coercive measures
	Statistikk	Statistics



# Forord

Denne rapporten er den fjerde om bruk av tvangsmidler gjennom opptrappingsplanperioden. Prosjektet inngår som en av tre komponenter i et større prosjekt ved SINTEF Helse om utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern. Prosjektet er en del av Norges forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen 1999-2008 (St. prp. 63 1997-98).

Vi vil takke alle institusjoner og enkeltpersoner ved døgninstitusjonene i det psykiske helsevernet for voksne som gjennom mye og nitidig arbeid med å samle inn opplysninger om tvangsmiddelbruken har bidratt til å gjøre dette prosjektet mulig!

Trondheim, 23. november 2008

Trond Hatling

Prosjektleder



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Innholdsfortegnelse .....	5
Tabelloversikt .....	8
Figuroversikt .....	11
1 Innledning .....	13
1.1 Problemstillinger i delprosjekt om bruk av tvangsmidler.....	13
1.2 Lovgrunnlag og definisjoner.....	14
2 Tvangsmiddelbruk i perioden 2001 – 2007.....	17
2.1 Utvikling i bruk av tvangsmidler fra 2001-2007. ....	17
2.1.1 Mekaniske tvangsmidler .....	17
2.1.2 Kortidsvirkende legemidler .....	18
2.1.3 Isolering .....	19
2.1.4 Holding .....	20
2.1.5 Skjerming .....	20
2.1.6 Samlet bruk av tvangsmidler .....	21
2.2 Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller i bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming over 48 timer?.....	23
2.2.1 Pasientgjennomstrømning .....	23
2.2.2 Alvorlighetsgrad .....	24
2.2.3 Bemanning .....	24
2.2.4 Kompetanse .....	24
3 utfordringer og anbefalinger .....	27

4	Metode og materiale .....	29
4.1	Datagrunnlag .....	29
4.2	Datakvalitet .....	30
4.3	Rater for tvangsmiddelbruk, holding og vedtak om skjerming .....	30
4.3.1	Trimming av ratene .....	31
4.4	Avdelingsinndelingen .....	31
4.5	Analyse .....	31
	Vedlegg – en detaljert beskrivelse av funnene .....	33
5	Tvangsmiddelbruk i 2001, 2003, 2005 og 2007 .....	35
5.1	Mekaniske tvangsmidler .....	36
5.1.1	Sammenligning mellom sykehus .....	41
5.1.2	Oppsummering mekaniske tvangsmidler .....	43
5.2	Korttidsvirkende legemidler .....	45
5.2.1	Sammenligning mellom sykehus .....	49
5.2.2	Oppsummering korttidsvirkende legemidler .....	50
5.3	Isolering .....	51
5.3.1	Sammenligning mellom sykehus .....	55
5.3.2	Oppsummering isolering .....	56
5.4	Holding .....	57
5.4.1	Sammenligning mellom sykehus .....	59
5.4.2	Oppsummering holding .....	61
5.5	Skjerming over 48 timer (etter vedtak) .....	62
5.5.1	Sammenligning mellom sykehus .....	66
5.5.2	Oppsummering skjerming over 48 timer (etter vedtak) .....	67
5.6	Samlet tvangsmiddelbruk .....	68
5.6.1	Utvikling i den samlede tvangsmiddelbruken over perioden 2001 til 2007 .....	68
5.6.2	Utviklingen i bruken av tvangsmidler og skjerming etter institusjonstype .....	71
5.6.3	Samlet bruk av tvangsmidler og skjerming etter avdelingstype .....	72
5.6.4	Utviklingen i den samlede bruken av tvangsmidler og skjerming etter kjønn .....	73



5.6.5	Samlet tvangsmiddelbruk etter institusjon.....	75
	Vedlegg Registrering, bruk av tvangsmidler, skjerming og holding i 2007.....	79
	Litteratur.....	85

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Samlet tvangsmiddelbruk etter år. Antall ganger og pasienter (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	22
Tabell 5.1	Bruk av mekaniske tvangsmidler etter institusjonstype og år. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	36
Tabell 5.2	Bruk av mekaniske tvangsmidler etter avdelingstype. Antall ganger, timer og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007. ....	37
Tabell 5.3	Bruk av mekaniske tvangsmidler etter avdelingstype. Rater for antall ganger, timer og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007. ....	38
Tabell 5.4	Bruk av mekaniske tvangsmidler etter kjønn og år. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	39
Tabell 5.5	Bruk av mekaniske tvangsmidler per pasient per år. Antall ganger og timer per pasient (gjennomsnitt, median, øvre kvartil). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	41
Tabell 5.6	Bruk av korttidsvirkende legemidler etter institusjonstype og år. Antall ganger og pasienter. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	45
Tabell 5.7	Bruk av korttidsvirkende legemidler etter avdelingstype. Antall ganger og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007. ....	46
Tabell 5.8	Bruk av korttidsvirkende legemidler etter avdelingstype. Rater for antall ganger og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007. ....	46
Tabell 5.9	Bruk av korttidsvirkende legemidler etter pasientens kjønn og år. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	47
Tabell 5.10	Bruk av korttidsvirkende legemidler per pasient og år. Antall ganger per pasient (gjennomsnitt, median og øvre kvartil). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	48
Tabell 5.11	Bruk av isolering etter institusjonstype og år. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner*. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	51

Tabell 5.12	Bruk av isolering etter avdelingstype. Antall ganger, timer og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007. ....	51
Tabell 5.13	Bruk av isolering etter avdelingstype. Rater for antall ganger, timer og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007. ....	52
Tabell 5.14	Bruk av isolering etter pasientens kjønn og år. Antall ganger, timer og pasienter. Alle voksenpsykiatriske institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. .	53
Tabell 5.15	Bruk av isolering per pasient og år. Antall ganger og timer per pasient (median, gjennomsnitt, øvre kvartil). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	54
Tabell 5.16	Vedtak om holding etter institusjonstype. Antall ganger, timer og pasienter. 2007. ....	57
Tabell 5.17	Vedtak om holding etter avdelingstype. Antall ganger og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007. ....	57
Tabell 5.18	Vedtak om holding etter avdelingstype. Rater for antall ganger, timer og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007. ....	58
Tabell 5.19	Vedtak om holding etter pasientens kjønn. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2007. ....	58
Tabell 5.20	Vedtak om holding. Antall ganger og timer per pasient (gjennomsnitt, median, øvre kvartil). Alle institusjoner. 2007. ....	59
Tabell 5.21	Vedtak om skjerming etter institusjonstype og år. Antall ganger og pasienter. 2001, 2003, 2005 og 2007 .....	62
Tabell 5.22	Vedtak om skjerming etter avdelingstype. Antall ganger og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007. ....	63
Tabell 5.23	Vedtak om skjerming etter avdelingstype. Rater for antall ganger og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007. ....	63
Tabell 5.24	Vedtak om skjerming etter pasientens kjønn og år. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	64
Tabell 5.25	Vedtak om bruk av skjerming per pasient og år. Antall ganger per pasient (gjennomsnitt, median, øvre kvartil). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	65
Tabell 5.26	Samlet tvangsmiddelbruk etter institusjonstype og år. Antall ganger (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	71

Tabell 5.27	Samlet tvangsbruk samt skjerming etter avdelingstype. Antall ganger (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding). Antall og prosent. Sykehusavdelinger. 2007. ....	72
Tabell 5.28	Samlet bruk av tvangsmidler samt skjerming etter avdelingstype. Rater for antall ganger (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007. ....	73
Tabell 5.29	Samlet bruk av tvangsmidler samt skjerming etter pasientens kjønn og år. Sum antall ganger (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	74
Tabell 5.30	Korrelasjonskoeffisienter (Pearsons r) for samlet bruk av tvangsmidler samt skjerming etter institusjon. Totalrater for antall ganger totalt, og ganger mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding per 365 oppholdsdøgn. Sykehus. 2007. ....	77
Tabell 5.31	Korrelasjonskoeffisienter (Pearsons r) for samlet bruk av tvangsmidler samt skjerming etter institusjon. Trimmede rater for antall ganger totalt, og ganger mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler og skjerming per 365 oppholdsdøgn. Totalrate for isolering og holding. Sykehus 2007. ....	78

## Figuroversikt

Figur 2.1	Bruk av mekaniske tvangsmidler. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	17
Figur 2.2	Bruk av korttidsvirkende legemidler. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	18
Figur 2.3	Bruk av isolering. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	19
Figur 2.4	Vedtak om skjerming. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	20
Figur 2.5	Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming. Antall ganger, timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) og pasienter totalt. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	22
Figur 5.1	Bruk av mekaniske tvangsmidler etter kjønn og år- Prosentvis fordeling av antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	40
Figur 5.2	Bruk av mekaniske tvangsmidler etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Trimmede rater og totalrater. Sykehus. 2007. ....	42
Figur 5.3	Bruk av mekaniske tvangsmidler etter institusjon. Antall timer per 365 oppholdsdøgn. Trimmede rater og totalrater. Sykehus. 2007. ....	43
Figur 5.4	Bruk av korttidsvirkende legemidler etter pasientens kjønn og år. Prosentvis fordeling av antall ganger og pasienter. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	48
Figur 5.5	Bruk av korttidsvirkende legemidler etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Trimmede og utrimmede rater. Sykehus. 2007. ....	49
Figur 5.6	Bruk av isolering etter kjønn og år. Prosentvis fordeling av antall ganger, timer og pasienter. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	54
Figur 5.7	Bruk av isolering etter institusjon og år. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Totalrater. Sykehus. 2007. ....	55
Figur 5.8	Bruk av isolering etter institusjon og år. Antall timer per 365 oppholdsdøgn. Totalrater. Sykehus. 2007. ....	56

Figur 5.9	Vedtak om holding. Prosentvis fordeling av antall vedtak, timer og pasienter etter kjønn. 2007. ....	59
Figur 5.10	Vedtak om holding etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Totalrater. Sykehus. 2007. ....	60
Figur 5.11	Vedtak om holding etter institusjon. Antall timer per 365 oppholdsdøgn. Totalrater. Sykehus. 2007. ....	60
Figur 5.12	Vedtak om bruk av skjerming. Prosentvis fordeling av antall vedtak og pasienter etter kjønn og år. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	65
Figur 5.13	Vedtak om skjerming etter institusjon. Antall vedtak per 365 oppholdsdøgn. Trimmede og utrimmede rater. Sykehus. 2007. ....	66
Figur 5.14	Antall ganger tvangsmidler samt skjerming ble benyttet. Etter tvangsmiddel. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	69
Figur 5.15	Antall timer mekaniske tvangsmidler, isolering og holding ble benyttet. Etter tvangsmiddel. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	69
Figur 5.16	Antall pasienter utsatt for tvangsmidler eller skjerming. Etter tvangsmiddel. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	70
Figur 5.17	Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming. Antall ganger, timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) og pasienter etter tvangsmiddel, samt antall pasienter totalt. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	70
Figur 5.18	Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming etter kjønn. Antall ganger, timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) og pasienter etter tvangsmiddel. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007. ....	75
Figur 5.19	Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Sykehus. 2007. ....	76
Figur 5.20	Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Trimmede rater og totalrater. Sykehus. 2007. ....	76

# 1 Innledning

## 1.1 Problemstillinger i delprosjekt om bruk av tvangsmidler

Hovedmålet i forbindelse med kartleggingen av tvangsmiddelbruk er å finne i hvilken grad Opptreppingsplanens ulike virkemidler bidrar til å redusere bruken av tvangsmidler i norsk psykisk helsevern. Ettersom Opptreppingsplanen ikke angir noen spesielle virkemidler for å redusere bruken av tvang, vil endringer i tvangsmiddelbruk vurderes i forhold til generelle virkemidler som økte ressurser, økt kompetanse og utbygging av DPS-er. For dette delprosjektet som helhet er dette operasjonalisert i to delproblemstillinger:

- En helhetlig kartlegging av utviklingen i bruk av tvangsmidler (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering - for 2007 også bruken av holding) samt bruk av skjerming gjennom Opptreppingsplanperioden.
- En analyse av forhold som kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller i bruk av tvangsmidler, både type og omfang.

I tråd med prosjektbeskrivelsen vil framstillingen i denne delrapporten dekke den første problemstillingen. Vi viser til den tredje delrapporten (Pedersen, Hatling og Røhme 2007) for en analyse av problemstilling 2. Når det gjelder omfanget av tvangsmiddelbruk i 2007, og utviklingen fra 2001, i samtlige institusjoner innen psykisk helsevern, vil foreliggende rapport gi svar på følgende spørsmål (herunder inkludert bruk av skjerming):

- Hvor mange pasienter ble utsatt for tvangsmidler i 2007?
- Er det kjønnsforskjeller med hensyn til type tvangsmiddel, omfang og hyppighet?
- Er det store forskjeller i omfanget av tvangsmiddelbruk mellom pasientene tvangsmidler ble benyttet overfor?
- Hvilken utvikling har det vært fra 2001?
  
- Hvilket omfang har tvangsmiddelbruken i psykisk helsevern for voksne i 2007?
- Anvendes noen tvangsmidler hyppigere enn andre?
- Innen hvilke avdelingstyper anvendes særlig tvangsmidler?
- Er det institusjonsvise forskjeller når det gjelder tvangsmiddelbruk?
- Hvilken utvikling har det vært fra 2001?

Som redegjort for i kapitlet om metode og materiale, har datainnsamlingen også denne gangen vært ressurskrevende. Kontroll av data for å fremskaffe komplette tall ble derfor prioritert, og rapporten følger samme deskriptive form som tidligere rapporter i delprosjekt om bruk av tvangsmidler.

## Oppbygging av rapporten

I kapittel 1.2 gjennomgås lovgrunnlagets definisjoner av de ulike former for tvangsmidler som anvendes i Norge. Det vises til Pedersen, Hatling og Røhme (2007) for en drøfting av internasjonale begrep innen feltet. I samme rapport foretas også en gjennomgang av nasjonale og internasjonale studier om tvangsmiddelbruk når det gjelder omfang og institusjonsforskjeller, reduksjon av tvangsmiddelbruk og studier som har sett på sammenhengen mellom tvangsmiddelbruk og henholdsvis pasientgjennomstrømning, alvorlighetsgrad, bemanning og kompetanse. I kapittel 2 oppsummeres sentrale funn i årets rapport og tidligere rapporter. I kapittel 3 skisserer vi hvilke utfordringer vi ser med utgangspunkt i rapportens funn, og gir anbefalinger for videre forskning på feltet. Kapittel 4 er en gjennomgang av metode og materiale. I rapportens vedlegg – kapittel 5 – er det en detaljert beskrivelse av funnene.

## 1.2 Lovgrunnlag og definisjoner

Tvangsbruken i Norge kan inndeles i tre hovedkategorier, med til dels helt ulike mekanismer; tvunget psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Lov om psykisk helsevern fra 1961 regulerte bruken av tvang på disse områdene fram til 1/1-2001. Fra den dato er det psykisk helsevernloven (Lov 2. juli 1999 nr 62) som har vært gjeldende lov<sup>1</sup>. Psykisk helsevernloven ble revidert våren 2006 (Besl. O. nr 69 2005-2006), og innebærer også noen endringer når det gjelder tvangsmidler og skjerming. Disse endringene, med forskriftsendringer, trådte i kraft fra 1/1-07. Psykisk helsevernloven, inkludert senere revisjon, har delvis endret lovgrunnlaget innen disse områdene, og vil etter all sannsynlighet på selvstendig grunnlag bidra til endret praksis på området.

Psykisk helsevernloven viderefører den tidligere lovens tre former for tvangsmiddelbruk uten vesentlige endringer; *mekaniske tvangsmidler* (herunder belter og remmer), kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede (i foreliggende rapport betegnet *isolering*) samt enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt (i foreliggende rapport betegnet *korttidsvirkende legemidler*). I 2006-revisjonen ble kortvarig *holding* innført som nytt tvangsmiddel. I psykisk helsevernloven er også *skjerming* regulert (§4.3). I gjennomgangen av lovteksten slås det i Ot.prp. nr 11 (1998-99) fast at skjerming ikke er et tvangsmiddel. Samtidig viser en del av høringsuttalelsene og Departementets egen drøfting at det er elementer av tvang i dette tiltaket, og skjermingstiltak over 48 timers varighet skal derfor vedtaksfestes, samt at det skal gies klageadgang for slike vedtak på lik linje med bruk av tvangsmidler. I forbindelse med revisjonen i 2006 ble det stilt krav om at skjermingstiltak over 24 timer skulle vedtaksfestes, samt utarbeidet forskrifter for skjerming (FOR 2006-12-15 nr. 1423). Samtidig ble det også gjort en presisering mht. type skjerming: Dersom pasienten blir overført til skjermet enhet eller liknende, og dette innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes over 12 timer. Vedtak om skjerming over 48 timer (24/12 i 2007) vil i den videre teksten omtales som vedtak om skjerming.

Tvangsmidler kan, når vilkårene for slik bruk er oppfylt, benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og overfor pasienter som er tvangsinnlagt. I §2 i forskrift om bruk av tvangsmidler (FOR 2000-11-24 nr. 1173) heter det at tvangsmidler bare kan anvendes i institusjoner godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvunget psykisk helsevern ved døgnopphold. Kravet er likevel ikke absolutt, videre i samme paragraf heter det at i akutt situasjoner kan tvangsmidler anvendes også i andre institusjoner, men det skal "straks vurderes om pasienten bør ha opphold i institusjon som nevnt i første ledd". Overflytting er særlig aktuelt ved gjentakelse. Vilkårene for å bruke tvangsmidler er strenge, omtrent

---

<sup>1</sup> Det er videre anledning til å begrense adgangen til forbindelse med omverden i inntil 14 dager, med unntak av en del navngitt instanser, særlig offentlige. Det er også anledning til å iverksette undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsundersøkelse. Etter nærmere regler kan gjenstander funnet slik også beslaglegges.



svarende til at det foreligger en nødrettssituasjon (Øverli 1988, Syse 2004). Det skal føres protokoll over bruk av tvangsmidler, denne skal på forespørsel legges fram for kontrollkommisjonen og Helsetilsynet i fylket. Bruk av tvangsmidler over lengre tid skal uoppfordret meldes til kontrollkommisjonen.



## 2 Tvangsmiddelbruk i perioden 2001 – 2007

### 2.1 Utvikling i bruk av tvangsmidler fra 2001-2007.

#### 2.1.1 Mekaniske tvangsmidler

Fra 2001 til 2007 har det vært en betydelig økning i bruken av mekaniske tvangsmidler. Målt både ved antall ganger, antall timer og antall pasienter er økningen mer enn 20 prosent til tross for reduksjon fra 2005 til 2007. Reduksjonen i siste del av perioden ser langt på vei ut til å kunne forklares ved en reduksjon i antall pasienter mekaniske tvangsmidler ble benyttet i forhold til. Målt ved antall ganger eller timer per pasient er det bare mindre endringer fra 2005 til 2007. Figur 2.1 oppsummerer utvikling i bruk av mekaniske tvangsmidler gjennom opptrappingsplanperioden, målt ved antall ganger, timer og pasienter.



Figur 2.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007<sup>2</sup>.

Mekaniske tvangsmidler benyttes i all hovedsak ved sykehusavdelingene. I absolutte tall benyttes mekaniske tvangsmidler i størst omfang ved akuttavdelingene, men målt ved rater

<sup>2</sup> Antall timer er skalert ned ved å dividere med 10

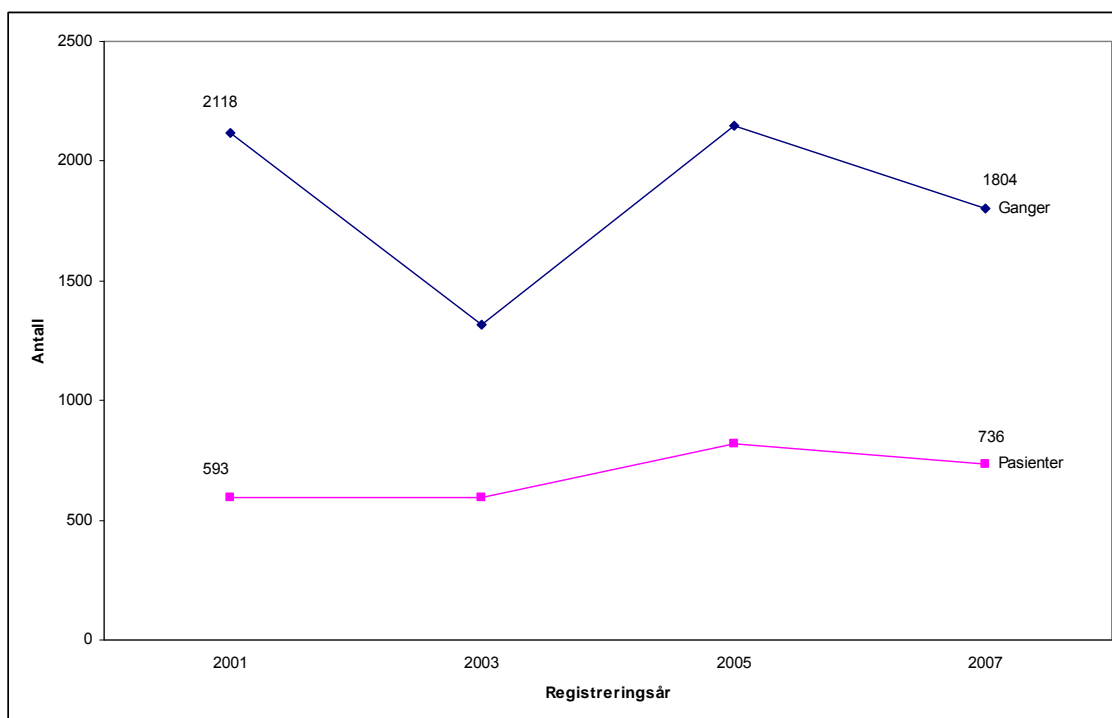
per 365 oppholdsdøgn er omfanget høyest i sikkerhetsavdelingene. Ratene for mekaniske tvangsmidler i sikkerhetsavdelingene er imidlertid vesentlig redusert fra 2005 til 2007.

Flere menn enn kvinner utsettes for mekaniske tvangsmidler og også flere timer gjelder menn enn kvinner. Mekaniske tvangsmidler brukes likevel flest ganger overfor kvinner. Med andre ord benyttes mekaniske tvangsmidler oftere, men over kortere perioder overfor kvinner enn overfor menn. Dette mønsteret gjelder hele perioden, men andelen som gjelder kvinner er svakt økende uavhengig av indikator.

25 av de 29 sykehusene i det psykiske helsevernet for voksne rapporterte om bruk av mekaniske tvangsmidler i 2007. Det er imidlertid betydelige forskjeller i bruken av mekaniske tvangsmidler mellom sykehusene. Dette gjelder hele perioden 2001 – 2007. En stor andel av den mekaniske tvangsmiddelbruken er konsentrert om et fåtall pasienter. Tilfeldigheter knyttet til pasientsammensetningen det enkelte år vil dermed i noen grad kunne påvirke tallene for enkeltinstitusjoner. Dette gjelder både antall ganger og timer mekaniske tvangsmidler blir brukt. Resultatene indikerer at enkelte sykehus gjennomgående benytter mekaniske tvangsmidler i større grad enn andre.

### 2.1.2 Korttidsvirkende legemidler

Korttidsvirkende legemidler ble i 2007 brukt ved 26 sykehus og seks DPS-er overfor til sammen 736 pasienter. Dette er 24 prosent flere pasienter enn i 2001. Det har imidlertid vært en nedgang i antall ganger slike legemidler ble benyttet, totalt 15 prosent. Det gjennomsnittlige antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet overfor hver pasient er også redusert i perioden. Figur 2.2 oppsummerer bruk av korttidsvirkende legemidler gjennom opptrappingsplanperioden, målt ved antall ganger og pasienter.



Figur 2.2 Bruk av korttidsvirkende legemidler. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Antall timer er skalert ned ved å dividere med 10

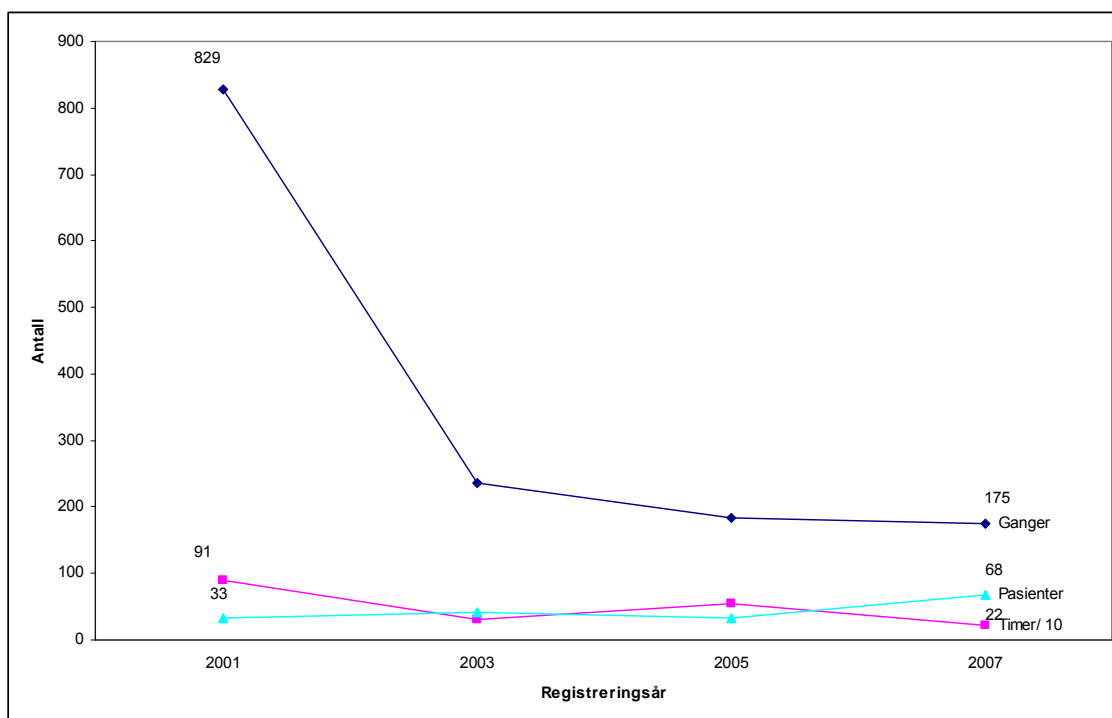
Korttidsvirkende legemidler benyttes i hovedsak på akuttavdelingene. I 2007 skjedde 72 prosent av bruken (antall ganger) ved denne avdelingstypen og dette gjaldt 80 prosent av pasientene korttidsvirkende legemidler ble benyttet overfor. Også ved sikkerhetsavdelingene har det gjennom perioden vært benyttet relativt mye korttidsvirkende legemidler. Fra 2005 til 2007 har det imidlertid vært en betydelig nedgang, både i absolutte tall og i forhold til pasientbelegget, i antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet ved denne avdelingstypen.

I 2007 ble korttidsvirkende medikamenter benyttet overfor flere kvinner enn menn, og også vesentlig flere ganger overfor kvinner. Forskjellen gjelder ikke entydig for hele perioden, og kan skyldes tilfeldig variasjon i pasientsammensetningen.

Det er betydelige forskjeller mellom sykehusene mht i hvilket omfang korttidsvirkende legemidler benyttes. For 2007 var det høy korrelasjon mellom rater med og uten "ekstremobservasjoner", og det er også betydelig korrelasjon mellom totalratene for hhv 2003 og 2005 og 2005 og 2007. Dette tyder på at enkelte institusjoner har en tendens til å bruke korttidsvirkende legemidler i større grad enn andre. Det presiseres imidlertid at disse resultatene er følsomme for "ekstremobservasjoner" og tilfeldig variasjon.

### 2.1.3 Isolering

Mellom 2001 og 2007 ble bruken av isolering (antall ganger) redusert med 79 prosent. Tidsbruken gikk i samme periode ned med 76 prosent, mens antall pasienter isolering ble brukt overfor økte med 106 prosent til 68 pasienter i 2007. Figur 2.3 oppsummerer utviklingen i bruk av isolering gjennom opptrappingsplanperioden, målt ved antall ganger, timer og pasienter.



Figur 2.3 Bruk av isolering. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Antall timer er skalert ned ved å dividere med 10

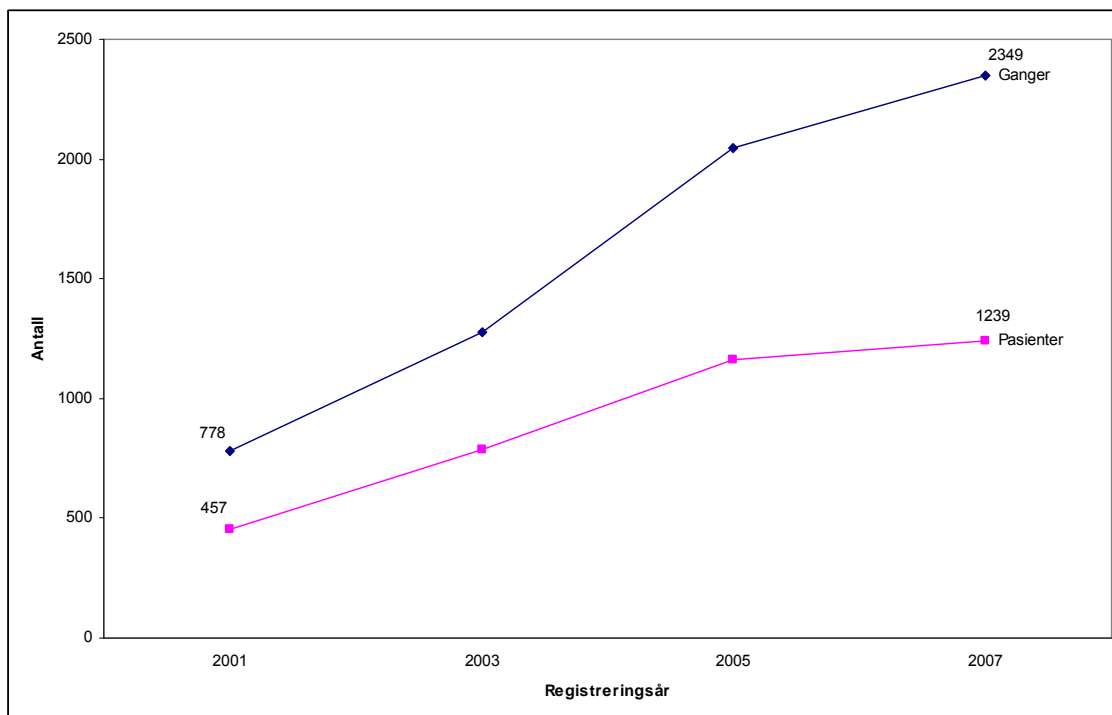
Målt i faktisk antall ganger, timer og pasienter, brukes isolering nå særlig ved akuttavdelingene, men korrigert for driftsomfang (antall per 365 oppholdsdøgn) brukes tvangsmidlet flest ganger og timer ved sikkerhetsavdelingene. Isolering benyttes i større grad overfor kvinner enn overfor menn. I 2007 ble isolering benyttet ved om lag halvparten av sykehusene med psykiatriske avdelinger. Halvparten av pasientene som ble utsatt for isolering var tilknyttet to av disse institusjonene.

#### 2.1.4 Holding

Holding rapporteres for første gang i 2007, og ble da brukt ved 22 sykehus og 8 andre døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Som for tvangsmidler for øvrig, benyttes holding i overveiende grad ved akuttavdelingene. Dette gjelder enten man justerer for aktivitet (per 365 oppholdsdøgn) eller ikke. Holding brukes langt oftere overfor kvinner enn overfor menn. 82 prosent av vedtakene om holding gjaldt kvinner, og to av tre pasienter som ble utsatt for holding var kvinner. På institusjonsnivå observeres det til dels store forskjeller i omfanget av holding. Mer enn halvparten av sykehusene som rapporterte om bruk av tvangsmidler i 2007 rapporterer i svært liten grad om holding, mens to sykehus alene stod for om lag 25 prosent av tilfellene.

#### 2.1.5 Skjerming

Skjermingsvedtak ble fattet ved 26 av de 29 sykehusene med psykiatrisk avdeling. Vedtak ble også fattet ved ni andre døgninstitusjoner. Fra 2001 til 2007 økte antall skjermingsvedtak og antall pasienter utsatt for slikt vedtak med henholdsvis 202 og 171 prosent. Vedtak om skjerming ble i hele perioden fattet omtrent like hyppig overfor kvinner som overfor menn. Gjennomsnittlig antall vedtak per pasient var 1,7 i 2001 og 1,9 i 2007, altså en liten økning. Dette skyldes økning i antall vedtak for de pasientene det ble fattet flest vedtak i forhold til. Figur 2.4 oppsummerer utviklingen gjennom opptrappingsplanperioden målt ved antall ganger og pasienter.



Figur 2.4 Vedtak om skjerming. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Antall timer er skalert ned ved å dividere med 10

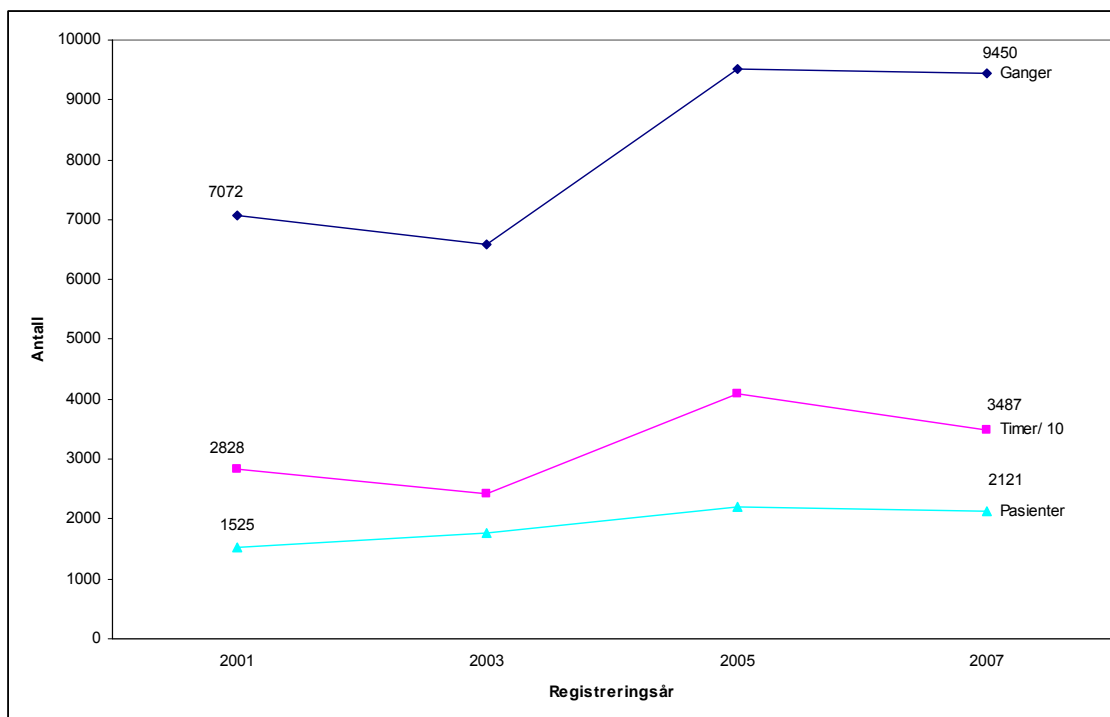
Skjermingsvedtak er mest vanlig ved akuttavdelingene (62 prosent), men skjerming benyttes også i noe utstrekning ved korttids- og intermediæravdelingene og ved sikkerhetsavdelingene. I 2005 ble skjerming brukt like ofte ved sikkerhetsavdelingene som ved akuttavdelingene, og bruken av skjerming ved sikkerhetsavdelingene var økende i perioden 2001 - 2005. Dette gjelder ikke for perioden 2005 - 2007. I denne perioden økte omfanget av skjerming ved akuttavdelingene mens det var en nedgang ved sikkerhetsavdelingene, målt ved antall ganger og antall pasienter per 365 oppholdsdøgn.

På tross av en betydelig økning i bruken av skjerming, ser det ut til at enkelte institusjoner gjennomgående hyppigere fatter vedtak om skjerming enn andre institusjoner, og at disse forskjellene ikke kan føres tilbake til tilfeldige variasjoner i pasientbelegget.

Man kan ikke se bort ifra at økningen i antall vedtak om skjerming fra 2005 til 2007 delvis kan forklares ved endring i regelverket. Mens *vedtak* om skjerming skulle fattes ved varighet utover 48 timer ved registreringene i 2001, 2003 og 2005, skulle vedtak fattes ved varighet utover 24 timer (12 timer hvis skjermingsenhet eller lignende – jfr. kapittel 1.2) i 2007.

#### 2.1.6 Samlet bruk av tvangsmidler

Den samlede bruken av tvangsmidler (ganger) samt vedtak om skjerming økte fra 2001-2007. Dette kan i hovedsak forklares ved en økning i omfanget av mekaniske tvangsmidler og i bruken av skjerming. Bruken av korttidsvirkende legemidler og isolering er redusert. Den samlede bruken gikk ned fra 2001 til 2003. Fra 2003 til 2005 var det en betydelig økning, mens fra 2005 til 2007 er det totale omfanget, målt ved antall ganger, omtrent uendret. Holding ble dessuten ikke rapportert for perioden 2001 – 2005, og dersom holding holdes utenfor, også for 2007, var det fra 2005 til 2007 en reduksjon i antall ganger tvangsmidler og skjerming ble benyttet. Dette kan i hovedsak forklares ved reduksjon i antall ganger mekaniske tvangsmidler ble benyttet i samme periode. Det er uvisst om denne utviklingen delvis skyldes substitusjon mellom holding og bruk av mekaniske tvangsmidler, men det ser ikke ut til å være en entydig sammenheng mellom bruk av holding i 2007 og endring i omfanget av mekaniske tvangsmidler fra 2005 til 2007. Utviklingen i tidsbruk viser i hovedsak samme mønster, men med reduksjon fra 2005 til 2007 selv om holding inkluderes. Antall pasienter utsatt for tvangsmidler og/ eller vedtak om skjerming har økt gjennom hele perioden 2001-2007, men med en liten nedgang for 2005 til 2007 dersom holding tas ut. Figur 2.5 og tabell 2.1 oppsummerer utviklingen for det enkelte tvangsmiddel og skjerming for perioden 2001 – 2007, målt ved antall ganger, timer og pasienter.



Figur 2.5 Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming. Antall ganger, timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) og pasienter totalt. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007<sup>6</sup>.

Tabell 2.1 Samlet tvangsmiddelbruk etter år. Antall ganger og pasienter (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Timer				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Mekaniske tvangsmidler	3 347	3 746	5 130	4 123	27 375	23 792	40 440	34 406	807	952	1 118	967
Korttidsv. legemidler	2 118	1 314	2 146	1 804					593	593	820	736
Isolering	829	236	184	175	906	314	557	216	33	42	33	68
Holding				999				246				272
Skjerming	778	1 280	2 049	2 349					457	786	1 163	1 239
<b>Totalt</b>	<b>7 072</b>	<b>6 576</b>	<b>9 509</b>	<b>9 450</b>	<b>28 281</b>	<b>24 106</b>	<b>40 996</b>	<b>34 868</b>	<b>1 525</b>	<b>1 759</b>	<b>2 215</b>	<b>2 121</b>
Pst endring 2001-07	Mekaniske tvangsmidler			23				26				20
	Korttidsv. legemidler			-15								24
	Isolering			-79				-76				106
	Skjerming			202								171
	<b>Totalt</b>			34				23				39

<sup>6</sup> Antall timer er skalert ned ved å dividere med 10



Tvangsmidler og skjerming benyttes i hovedsak ved sykehusene. Dette gjelder hele perioden 2001-2007. Økningen i det totale omfanget gjelder også sykehusene. Omfanget av tvangsmidler og skjerming i døgninstitusjoner utenfor sykehusene var omtrent på samme nivå i 2007 som i 2001.

Den samlede tvangsmiddelbruken i 2007 var høyest ved akuttavdelinger, både når det gjelder antall ganger, timer og pasienter. For øvrig er det sikkerhetsavdelingene og korttids- og intermedieravdelingene som benytter tvangsmidler og skjerming i størst omfang målt ved de tre indikatorene. Også målt i forhold til driftsomfang blir tvangsmidler og skjerming hyppigst (flestep ganger per oppholdsdøgn) og i forhold til flestep pasienter brukt ved akuttavdelingene, mens varigheten er høyest ved sikkerhetsavdelingene.

Bruken av tvangsmidler og skjerming økte både for kvinner og menn i perioden 2001-2007, men mest for kvinner. I perioden 2001-2005 var det noen flere menn enn kvinner som ble utsatt for tvangsmiddelbruk/ skjerming, mens ved registreringen i 2007 var 51 prosent av pasientene utsatt for dette kvinner. Med unntak av ved registreringen i 2001, ble kvinnene hyppigere (flestep ganger) utsatt for tvangsmidler/ skjerming enn menn. Det var likevel menn som gjennom hele perioden ble utsatt for flestep timer med tvangsmiddelbruk.

Det er betydelige forskjeller mellom sykehusene i det totale omfanget av tvangsmidler og skjerming. Til dels betydelige korrelasjoner mellom institusjonenes "trimmede rate" og totalrate for tvangsmiddelbruk og mellom totalrater på tvers av observasjonsårene tyder på at enkelte institusjoner gjennomgående bruker tvangsmidler og skjerming i større grad enn andre. Vi finner heller ingen substitusjonseffekter. Høy bruk av ett tvangsmiddel ser altså ikke ut til å ha sin bakgrunn i lav bruk av et annet. Høy bruk av mekaniske tvangsmidler går tvert om sammen med høy bruk av korttidsvirkende legemidler, og flere vedtak om skjerming.

Oppsummert er det med andre ord en utvikling i retning økt bruk av tvangsmidler gjennom opptrappingsplanperioden. Dette er i og for seg ikke overraskende gitt den kunnskap en så langt har om behovet for komplekse intervensjoner for å oppnå en reduksjon i tvangsmiddelbruk. Opptrappingsplanen inneholder ikke direkte tiltak rettet mot reduksjon av tvangsmidler. Det er samtidig ingen rettlinjert utvikling vi observerer. Vi finner til dels betydelige variasjoner mellom årene, hvor det både fra 2001 til 2003 og fra 2005 til 2007 skjer en reduksjon i antall ganger (hvis holding ekskluderes) og antall timer.

Våre funn om vedvarende store institusjonsforskjeller i bruk av tvangsmidler er i tråd med internasjonale studier som dokumenterer store forskjeller mellom institusjoner i bruken av tvangsmidler, også når samme studie inkluderer mange institusjoner.

## 2.2 Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller i bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming over 48 timer?

Vi analyserte i den tredje rapporten (Pedersen, Hatling og Røhme (2007) sammenhengen mellom tvangsmiddelbruk og pasientgjennomstrømning, alvorlighetsgrad, bemanning og kompetanse. Pasientdata på individnivå forelå da ikke i kvalitetssikret form (NPR-data), og undersøkelsen omfatter et begrenset antall institusjoner. Dette gir et lavt antall frihetsgrader, og multivariate analyser ble med begrunnelse i dette ikke gjennomført. Sammenhengen mellom ratene for bruk av tvangsmidler og skjerming og uavhengige variabler ble derfor undersøkt ved hjelp av korrelasjonsanalyser (Pearsons  $r$ ). Funnene i forhold til hver av de uavhengige variablene gjengis under.

### 2.2.1 Pasientgjennomstrømning

To tendenser kan trekkes ut av litteraturen; for det første at mye av tvangsmiddelbruken anvendes tidlig i et opphold. Det andre er at det er større sannsynlighet for å bli utsatt for tvangsmidler for de med lang oppholdstid. I forhold til sammenhengen mellom bruk av

tvangsmidler og pasientgjennomstrømning trekker disse funnene i motsatt retning; at det skjer tidlig i oppholdet tilsier at enheter med kort oppholdstid har økt bruk av tvangsmidler, at det skjer overfor de med lang oppholdstid tilsier at enheter med lang gjennomsnittlig oppholdstid har økt bruk av tvangsmidler.

På institusjonsnivå fant vi i vårt materiale signifikante sammenhenger mellom oppholdstid og tvangsmiddelbruk. Det syntes altså å være en sammenheng mellom disse ratene og pasientgjennomstrømningen, ved at institusjoner med kort oppholdstid hadde økt bruk av tvangsmidler. På avdelingsnivå fant vi for akuttavdelinger at jo lengre varighet av oppholdene, jo lavere rater, og for rehabiliteringsavdelinger det motsatte; økende rater med økende varighet av oppholdene. Her tok vi flere forbehold; vi brukte oppholdstid som uavhengig variabel. Samtidig påvirkes oppholdstid av pasientsammensetning, som igjen sannsynligvis har sammenheng med tvangsmiddelbruk. Videre var vår analyse gjort på få enheter, og det vi målte kan derfor heller være volum på institusjonenes og enhetenes funksjon heller enn kjennetegn ved institusjonens/avdelingens tvangsmiddelbruk

### 2.2.2 Alvorlighetsgrad

På tross av metodologiske svakheter ved mange studier er det grunn til å hevde at det er en sammenheng mellom alvorlighetsgrad ved pasientens lidelse (målt ved diagnose) og bruk av tvangsmidler, særlig schizofreni. Samtidig er det flere studier som ikke finner en slik sammenheng, og noe av dette kan skyldes at hoveddiagnosegruppene er for grove mål på alvorlighetsgrad. Samlet sett er det ikke grunnlag for å anslå styrken på sammenhengen mellom alvorlighetsgrad og bruk av tvangsmidler.

Vi fant i våre analyser kun begrenset sammenheng mellom alvorlighetsgrad (målt ved diagnose) og institusjonenes tvangsmiddelbruk. Ettersom vi i denne analysen hadde svært grove indikatorer på alvorlighetsgrad (diagnosegrupper), samt at vi ikke hadde opplysninger om alvorlighetsgrad for den enkelte pasient det er brukt tvangsmidler overfor, var det for svakt grunnlag til å konkludere med at vi med dette styrket antakelsen om en manglende sammenheng mellom alvorlighetsgrad og bruk av tvangsmidler.

### 2.2.3 Bemanning

Ut fra studier gjennomgått var det ikke grunn til å hevde at det eksisterer klare sammenhenger mellom bemanning og tvangsmiddelbruk, og som det framgikk av flere gjennomganger av tidligere studier var i tillegg årsaksmekanismene uklare.

Bare på to områder fant vi i vårt materiale signifikante sammenhenger mellom institusjonenes bemanning og bruk av tvangsmidler, ved at høy pleiefaktor syntes å gå sammen med hyppigere bruk av mekaniske tvangsmidler. På avdelingsnivå fant vi tilsvarende sammenhenger. En av flere mulige forklaringer på dette er at uro og tyngre pasientsammensetning utløser økt bemanning, slik at dette kan påvirke årsaksforholdet mellom pleiefaktor og tvangsmidler; økt uro gir økt tvangsmiddelbruk og dermed høyere bemanning.

### 2.2.4 Kompetanse

Det var etter vår kjennskap ingen studier som hadde påpekt klare sammenhenger mellom personalets formalkompetanse og bruk av tvangsmidler. To studier indikerte riktignok en slik sammenheng, og da i retning av at økt formalkompetanse vil bidra til redusert bruk av tvangsmidler. Samtidig kan det også være andre forhold som bidrar til dette som ikke er studert, eksempelvis yrkeserfaring ved at personale med lang yrkeserfaring har bedre trening i å håndtere konfliktsituasjoner, og dermed anvender mindre tvangsmidler. Det er også grunn til å anta at konkret opplæring i å håndtere konfliktsituasjoner bidrar til mindre

tvangsmiddelbruk, men her er både undervisningsoppleggene og konsekvensene for lite studert.

På ett område fant vi i våre analyser signifikante sammenhenger mellom institusjonenes kompetanse (andel høgskoleutdannede) og bruk av tvangsmidler, ved at institusjoner med høyest andel pleiepersonell med høgskoleutdanning hadde høyere tvangsmiddelbruk. Dette kan skyldes at vi målte institusjonsfunksjon; institusjoner med en krevende pasientgruppe (og med sikkerhetsavdeling), og som dermed ville ha en tilbøyelighet til økt tvangsmiddelbruk, hadde også rekruttert mest høgskoleutdannet personell. På avdelingsnivå fant vi for akuttavdelinger og rehabiliteringsavdelinger samme sammenhenger. Forklaringen kunne her være den samme som på institusjonsnivå. Den mest sannsynlige årsaken er likevel at det ikke er noen direkte sammenheng mellom formalkompetanse og tvangsmiddelbruk og at det vi her fant er et uttrykk for helt andre mekanismer (egen kursing i håndtering av slike situasjoner mv).



### 3 Utfordringer og anbefalinger

Vi påviser en økning i samlet tvangsmiddelbruk fra 2001 til 2007, men med ujevn utvikling mellom årene. En grovt sett tilsvarende utvikling påvises også av Pedersen og Bjerkan (2008) når det gjelder tvangsmidler. Basert på opplysninger fra punkttellinger av døgnpasienter en dag i hhv 1999, 2003 og 2007 finner de en reduksjon i antall pasienter utsatt for tvangsmidler fra 1999-2007, med en kraftig reduksjon fra 1999 til 2003 og en noe mindre økning fra 2003 til 2007. Andelsmessig var det en økning fra 1999-2007, med en viss reduksjon fra 1999-2003 og en større økning fra 2003-2007. Helsepolitisk er dette viktige funn; selv om det har vært en betydelig ressursøkning til de psykiatriske sykehusavdelingene i perioden 1998-2007 – mer enn 1000 flere årsverk i døgn-/dagvirksomhet ved sykehus (Bjørngaard et al, 2008) – har dette ikke resultert i redusert bruk av denne tvangsformen. Samtidig er den ujevne utviklingen interessant: Er den observerte nedgangen fra 2001 til 2003 en konsekvens av det såkalte Gjennombruddsprosjektet (Mathisen og Føyn, 2002), hvor våre funn om økning fra 2003 til 2005 skyldes manglende langtidseffekt av prosjektet? Tilsvarende kan både reduksjonen vi påviser fra 2001 til 2003 og fra 2005 til 2007 skyldes økt oppmerksomhet rundt tvang som konsekvens av lovrevisjoner. Samtidig er det rimelig å anta at lovrevisjonen som formalia har hatt mindre betydning, det har tross alt vært begrensede endringer i lovverket. Også Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006) kan ha hatt betydning for utviklingen i perioden 2005 til 2007. Det er blitt hevdet at foretaksreformen i sine første år særlig har hatt fokus på økonomisk kontroll og produktivitet, ikke på faglig utvikling, noe som kan bidra til å forklare hvorfor en fra ledelsesnivå (RHF og HF-nivå) i liten grad har vektlagt tvangsfeltet. Andre årsaker kan være endringer i bemanning, pasientpopulasjon og funksjonsfordeling. Vi vil her også peke på den kraftige økningen i skjermingsvedtak, uten at dette synes å ha ført til nedgang i (andre) tvangsmidler. Oppsummert er det mange hypoteser om årsakene til den utviklingen vi observerer, årsaker foreliggende prosjekt ikke har hatt ambisjon om å besvare.

Det å få bedre kunnskap om årsakene, både hva gjelder økningen i tvangsmiddelbruk, men også den ujevne utviklingen, bør være et prioritert område for videre forskning. Med de klare indikasjoner på sammenheng mellom organisasjons- og behandlingskultur og tvangsmiddelbruk internasjonale studier påviser (Gaskin et al. 2007), er det også nødvendig at disse forholdene studeres i en norsk kontekst. Flere studier har vist at man kan oppnå betydelig reduksjon i tvangsmiddelbruk, selv om de fleste av disse er fagutviklings- eller kvalitetsutviklingsprosjekter (se her Norvoll 2008 for en gjennomgang av den internasjonale litteraturen). Det er lite kunnskap om virkningsmekanismene på dette feltet basert på erfaringer fra kontrollerte forsøk (Muralidharan and Fenton, 2006). Andre har imidlertid pekt på at fokuset på erfaringer fra randomiserte, kontrollerte forsøk ikke reflekterer den kunnskapen som faktisk finnes på dette feltet (Jf. Gaskin et al., 2007 sin gjennomgang av litteraturen på isoleringsbruk). Her viser de til studier som blant annet har inkludert tiltak som myndighetsinvolvering - inkludert endringer i lovverk og utforming av detaljert regelverk for anvendelse via betydningen av lederskap, kvalitativ og kvantitativ monitorering av tvangspraksis og kvalitetsforbedring av behandlingsplaner til økt og tverrfaglig bemanning samt kompetanseheving av personalet. I sin litteraturgjennomgang poengterer de at isoleringspraksis er knyttet til flere aktørnivåer (pasient-behandler-post-institusjon-regionale og nasjonale helsemyndigheter) – noe som igjen er avgjørende ved valg av tilnærming både forskningsmessig og med tanke på effektive intervensjoner. Det nylig avsluttede prosjektet om brukerorienterte alternativer til tvang (Norvoll, Hatling og Hem, 2008) viser samtidig at slikt endringsarbeid tar tid, og at indirekte alternativer og kvalitetssikring av tvang må

kombineres med målrettet tvangsreducerende arbeid på alle nivå for å ha effekt på tvangsmiddelbruk. Som i andre studier finner en også her at ledelsens involvering er helt sentral. Det er med andre ord behov for en systematisk tilnærming til dette problemområdet gjennom en større forskningsinnsats som inkluderer et bredt spekter av tilnærminger og metoder, samt identifiserer virkemekanismene på flere aktørnivå. Vår studie vil i denne sammenhengen blant annet kunne anvendes som en nasjonal baseline for intervensjoner på fagfeltet.

For alle årene har vi påvist til dels store, og vedvarende, institusjonsforskjeller. Vi hadde i dette prosjektets forrige rapport (Pedersen, Hatling og Røhme 2007) en ambisjon om å belyse hvorvidt en del identifiserte faktorer kunne bidra til å forklare de betydelige institusjons- og avdelingsforskjellene vi finner i tvangsmiddelbruk. Grunnet forhold knyttet til kvalitet på pasientdata, fikk vi ikke gjennomført disse analysene ved å anvende opplysninger på pasientnivå. Når vi i våre analyser påviste sammenhenger som delvis går i motsatt retning av de forventede, kan dette skyldes metoden, men også at årsaksmekanismene er mer komplekse enn våre modeller tilsier. Det er etter vår vurdering behov for longitudinelle studier, hvor en følger institusjoner over år med hensyn til eksempelvis pasientpopulasjon, funksjon og bemanning/kompetanse. Både når det gjelder kjennetegn ved pasientpopulasjon og bemanning/kompetanse, er det nødvendig å utvide antall forhold en måler, jf. eksempelvis kritikken mot hoveddiagnosekategoriers manglende evne til å måle alvorlighetsgrad.

For alle år har det vist seg svært arbeidskrevende å få inn opplysningene fra mange institusjoner, fordi disse opplysningene er tungt tilgjengelig for institusjonene. Det er derfor fortsatt behov for bedring av de lokale rapporteringsrutinene, samt å utvikle systemer for å anvende disse opplysningene i det lokale kvalitetsarbeide. Internasjonalt har bruken av slike opplysninger også vært sentrale i institusjoners arbeid med å redusere bruk av tvangsmidler (Gaskin et al. 2007, Norvoll 2008).

## 4 Metode og materiale

### 4.1 Datagrunnlag

Innsamling av opplysninger om tvangsmiddelbruk og skjerming var opprinnelig planlagt basert på pasientdata fra Norsk pasientregister. Kvaliteten på disse opplysningene ansees imidlertid å ha for lav kvalitet til å kunne benyttes i denne undersøkelsen<sup>7</sup>. Tvangsmiddelbruk omhandler et fåtall innlagte pasienter, og slike analyser stiller derfor store krav til datakvalitet. Så lenge det er betydelig usikkerhet om systematikk i manglende data åpner dette for feilslutninger i analysene. Manuell skjema-basert innhenting av data fra institusjonene ble derfor benyttet i 2001, 2003 og i 2005. Dette er videreført også for 2007.

I SAMDATA var det i 2007 registrert 106 døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne: 29 sykehus med voksenpsykiatriske døgnavdelinger, 68 Distriktpsikiatriske sentra (DPS) og 9 "andre" døgninstitusjoner. I januar 2008 ble alle helseforetak innen det psykisk helsevernet for voksne tilskrevet og bedt om å gi opplysninger om bruk av tvangsmidler, vedtak om skjerming og holding for 2007<sup>8</sup>. Tilsvarende registreringer ble gjennomført for 2001, 2003 og 2005 (Hatling, Ådnanes og Bjørngaard 2002; Pedersen, Hatling og Bjørngaard 2004; Pedersen, Hatling og Røhme 2007). Det ble purret overfor de sykehusene som ved fristens utløp ikke hadde besvart registreringsskjema. Det ble også purret overfor de øvrige institusjonene i de tilfeller disse hadde rapportert bruk av tvangsmidler eller skjerming til Statistisk sentralbyrå (SSB) via SSBs aktivitetsstatistikk.

Med få unntak har alle enheter svart på skjema eller bekreftet per telefon eller e-post at bruk av tvangsmidler, holding eller skjerming ikke var aktuelt for 2007. Enheter som ikke har gitt tilbakemelding har ikke rapportert om bruk av tvangsmidler eller skjerming i SSBs aktivitetsstatistikk. Registrering av tvangsmiddelbruken skjedde for sykehusenes del på avdelingsnivå. For å sikre at oppgavene fra sykehusene var komplette (at de omfattet alle relevante avdelinger) ble det innsamlede materialet sammenholdt mot informasjon på avdelingsnivå fra SSB. Vi mener med dette å ha komplett informasjon fra alle institusjoner som benyttet tvangsmidler, holding eller skjerming i 2007. Dette gjelder 26 sykehus og 15 andre døgninstitusjoner. For tidligere år har enkelte institusjoner levert ufullstendige oppgaver. Dette blir omtalt nedenfor.

Bruk av tvangsmidler, holding og skjerming foregikk i 2007 i all hovedsak ved sykehus og DPS. Ved de tidligere undersøkelsene forekom bruk av tvangsmidler også ved andre institusjoner. Denne endringen gjenspeiler mer endringer i institusjonsinndeling og organisering enn endring i tvangsmiddelbruken. Vi har derfor valgt å behandle institusjoner utenfor sykehus under ett og skiller derfor bare mellom sykehus og andre døgninstitusjoner i vårt materiale.

Som et mål på omfanget av bruk av tvangsmidler, skjerming og holding, ble det for sykehusene beregnet rater per 365 oppholdsdøgn. Opplysninger om oppholdsdøgn på institusjonsnivå ble hentet fra SAMDATA (Midttun (red) 2008). Opplysningene her bygger på data fra Norsk pasientregister (NPR), eller i de tilfeller opplysningene hos NPR antas ikke å

---

<sup>7</sup> Det har pågått et nasjonalt prosjekt for å forbedre kvaliteten på disse dataene, der prosjektleder er involvert.

<sup>8</sup> Registreringsskjema følger som vedlegg til rapporten. Institusjonenes tilbakemeldinger vil være basert på gjennomgang av tvangsmiddelprotokollene.

være komplette, fra samleoppgaver institusjonene sender til SSB. Materialet er kvalitetskontrollert og tilrettelagt i samarbeid mellom hhv. NPR og SSB og SINTEF Helse. Informasjon om oppholdsdøgn på avdelingsnivå for sykehusene ble spesielt tilrettelagt for denne undersøkelsen, og bygger utelukkende på samleoppgaver institusjonene rapporterer til SSB.

## 4.2 Datakvalitet

Både i 2001 og 2003 var det én institusjon (men ikke den samme) som har meldt inn at de ikke hadde rapportert data for bruken av isolering. For 2001 gjelder dette en institusjon som selv anslo omfanget til 2-3 ganger, og som ikke benyttet isolering i 2003. For 2003 gjelder det en institusjon som i 2001 benyttet isolering overfor fem pasienter til sammen 6 ganger og for perioder på til sammen 6 timer, 40 minutter. Frafallet påvirker dermed bare i ubetydelig grad resultatene på landsbasis.

Enkelte institusjoner har ved de tidligere registreringene meldt inn at de ikke har registrert bruken av skjerming. Dette gjelder for 2001 til sammen tre institusjoner. Disse institusjonene har for 2003 innrapportert til sammen 58 tilfeller. For 2003 gjelder det én institusjon. Den aktuelle avdelingen (som nå inngår i en større institusjon) har ikke rapportert noen tilfeller av skjerming i 2005. I tillegg mangler for 2003 rapportering fra to poster ved en annen institusjon. Heller ikke dette påvirker i særlig grad resultatene på landsbasis.

For noen få pasienter mangler opplysninger om varigheten ved bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering og holding. For disse har vi benyttet gjennomsnittet for institusjonen, eller, der dette ikke foreligger, gjennomsnittet for landet.

I utsendelsesbrevet til institusjonene ba vi om at samme (anonymiserte) pasientnummer ble brukt på tvers av avdelingene, slik at en kunne få registrert antall pasienter utsatt for bruk av tvangsmidler. Ved enkelte institusjoner ble nummereringen imidlertid gjennomført avdelingsvis. En pasient med opphold ved flere avdelinger kan dermed framstå som flere pasienter. Tallet på pasienter utsatt for tvangsmidler, holding og skjerming er derfor svakt overestimert. For hvert av rapporteringsårene mangler gjennomgående pasientnummer for inntil ti institusjoner. Vi har anslått omfanget av dette til under 2 prosent av totalvolumet, uavhengig av indikator.

For flere indikatorers vedkommende (tid i mekaniske tvangsmidler, ganger korttidsvirkende legemidler, tid i isolering) var det en nedgang i bruken fra 2001 til 2003, etterfulgt av en betydelig økning fra 2003 til 2005. Vi har derfor gjennomgått materialet for å undersøke om resultatene for 2003 kan skyldes mangelfull registrering ved enkeltinstitusjoner dette året. Vi finner ingen holdepunkter for dette. Tvert om fant vi at økningen fra 2003 til 2005 syntes å være gjennomgående. Flere institusjoner viste en økning enn de som viste en nedgang i tvangsmiddelbruken.

Vi fikk først tall fra alle institusjoner i juni 2008, og ga tilbakemelding til institusjonene høsten 2008. Her fikk de egne tall og sammenligning med landet for øvrig. En institusjon rapporterte da tilbake at de hadde feiltolket regelverket, både når det gjaldt bruk av mekaniske tvangsmidler og farmakologiske tvangsmidler. Beskyttelsestiltak (innen alderspsykiatri) var blitt nedtegnet i tvangsmiddelprotokollen som mekaniske tvangsmidler, og enkeltdoser av tvangsbehandling med legemidler var nedtegnet som vedtak om farmakologiske tvangsmidler. Det siste fenomenet var av et slikt omfang at det påvirket nasjonale tall. Dette gjorde det også nødvendig å korrigere tall for tidligere år for denne institusjonen.

## 4.3 Rater for tvangsmiddelbruk, holding og vedtak om skjerming

Vi ba institusjonene om opplysninger om hvor mange ganger (og timer) det enkelte tvangsmidlet ble anvendt overfor den enkelte pasient.



Når vi skal sammenligne sykehus og avdelinger med hverandre, er det viktig å ta hensyn til forskjeller i volumet på virksomheten. Som indikator benytter vi her gjennomsnittsbelegget, dvs. antall oppholdsdøgn dividert med antall dager i året (365). Vi minner om at andre forhold, så som pasientsammensetning, ikke er tatt hensyn til i denne sammenligningen.

#### 4.3.1 Trimming av ratene

Det er betydelige variasjoner på individnivå i antall ganger og timer de ulike tvangsmidlene, holding og skjerming blir benyttet. For et fåtall pasienter benyttes tvangsmidlene svært mange ganger og/eller over lang tid. Ratene på institusjonsnivå vil dermed kunne påvirkes av om én eller noen få pasienter er innlagt ved institusjonen det enkelte år. Slike variasjoner i raten gjenspeiler altså tilfeldige variasjoner i pasientinntaket, og i liten grad den ordinære behandlingspraksisen ved institusjonen. For å kontrollere for dette har vi derfor for mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler og vedtak om skjerming valgt også å presentere "trimmede" rater i tillegg til totalratene.

For mekaniske tvangsmidler har vi trukket ut de fem prosent av pasientene der disse tvangsmidlene ble brukt flest ganger. Vi trakk i tillegg ut de fem prosent av pasientene som hadde vært underlagt disse tvangsmidlene over lengst tid. Henholdsvis 50 prosent av gangene og 55 prosent av timene mekaniske tvangsmidler ble benyttet, gjaldt disse pasientene i 2007.

For korttidsvirkende legemidler trakk vi ut de fem prosent av pasientene som flest ganger hadde vært utsatt for dette tvangsmidlet. Disse sto for 41 prosent av bruken. Tilsvarende trakk vi også ut de fem prosent av pasientene med flest vedtak om skjerming. Disse sto for 27 prosent av vedtakene.

Isolering brukes overfor så få pasienter at vi ikke fant det hensiktsmessig å foreta en tilsvarende trimming av ratene. Heller ikke for holding ble det foretatt trimming av ratene fordi dette dreier seg om få pasienter og begrenset varighet.

## 4.4 Avdelingsinndelingen

I rapporten beregnes rater både på institusjonsnivå og etter avdelingstype. Data på avdelingsnivå ble gjennomgått og tilrettelagt spesielt for denne undersøkelsen.

Sykehusene bruker avdelingsbegrepet forskjellig. Ved enkelte institusjoner blir for eksempel hele virksomheten definert som "akuttavdeling", mens en tilsvarende virksomhet ved en annen institusjon kan være delt på akuttavdeling, intermedieravdeling og eventuelt spesialposter. Det vil også være en glidende overgang mellom intermedierposter og langtidsposter, og mellom langtidsposter og rehabiliteringsposter. Det kan også variere i hvilken grad psykogeriatriske avdelinger og avdelinger for unge schizofrene er skilt fra andre avdelingstyper.

Vi har her så langt som mulig valgt å ta utgangspunkt i den inndelingen institusjonene selv har innrapportert til SSB, NPR og til SINTEF Helse i forbindelse med denne undersøkelsen. I noen tilfeller har vi endret avdelingstype pga ulik koding i ulike datakilder. Vi har også, så langt mulig, endret kodingen i tilfeller det har vært brukt lokale koder eller for å få sammenlignbare koder på tvers av institusjonene. Det må derfor understrekes at disse oppgavene bygger på skjønn, både ved institusjonene og ved SINTEF Helse.

## 4.5 Analyse

For det enkelte tvangsmiddel presenterer vi for det første fordeling etter institusjonstype (sykehus, og andre institusjoner) for 2001, 2003, 2005 og 2007. For sykehusene presenteres også fordeling etter avdelingstype. For mekaniske tvangsmidler, isolering og holding viser vi både antall ganger, antall timer og antall pasienter, for korttidsvirkende

legemidler antall ganger og antall pasienter. For skjerming brukes antall vedtak om skjerming ut over 48 timer (24/12 i 2007) som indikator (uavhengig av den faktiske varigheten), ettersom det bare er for disse vedtakene det er stilt krav om journalføring.

For hvert enkelt tvangsmiddel viser vi også kjønnsfordeling og flere mål på fordeling per pasient.

Både for sykehus og sykehusavdelinger presenteres det også rater, der omfanget av tvangsmiddelbruk og skjerming beregnes i forhold til gjennomsnittsbelegg (oppholdsdøgn/365 dager).

Vedlegg – en detaljert beskrivelse av funnene



## 5 Tvangsmiddelbruk i 2001, 2003, 2005 og 2007

I dette kapitlet gir vi en oversikt over bruken av tvangsmidler i 2001, 2003, 2005 og 2007, basert på opplysninger innsamlet i 2002, 2004 og 2006 og 2008. I tillegg til mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler og isolering presenteres også tall for vedtak om skjerming ut over 48 timer (24/12 i 2007). For 2007 presenteres også tall for holding. For hvert område presenteres tabeller og figurer som viser omfang, fordelt etter institusjons- og avdelingskategori. Vi viser også den kjønnsmessige fordelingen samt ulike mål på spredning per pasient. Vi presenterer i tillegg figurer som illustrerer forskjeller i tvangsmiddelbruken etter kjønn og mellom sykehus.

Som redegjort for i innledningen kan det prinsipielt anvendes tvangsmidler overfor alle pasienter ved alle institusjoner (såfremt kravene til bruk er oppfylt). Som ved de tidligere registreringene synes det fortsatt som om fagfeltet ikke er fullt ut innforstått med dette (jf. Hatling, Ådnanes og Bjørngaard 2002 og Pedersen, Hatling og Bjørngaard 2004 og Pedersen, Hatling og Røhme 2007). At institusjonen ikke var godkjent for tvungent psykisk helsevern, eller at avdelingen ikke tok tvangsinnleggelse ble flere ganger benyttet som forklaring på manglende tilbakemelding på vår henvendelse om data for bruk av tvangsmidler, holding og skjerming. Det kan derfor se ut til at det fortsatt er mangelfull kunnskap om disse bestemmelsene i psykisk helsevernloven.

## 5.1 Mekaniske tvangsmidler

Tabell 5.1 viser bruken av mekaniske tvangsmidler fordelt på sykehus og andre institusjoner i 2001, 2003, 2005 og 2007.

Tabell 5.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler etter institusjonstype og år. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Timer				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Sykehus	3 087	3 605	4 586	4 064	27 050	23 295	36 795	34 068	790	919	1 027	940
Andre institusjoner	260	141	544	59	325	497	3 644	338	17	33	91	27
<b>Totalt</b>	<b>3 347</b>	<b>3 746</b>	<b>5 130</b>	<b>4 123</b>	<b>27 375</b>	<b>23 792</b>	<b>40 440</b>	<b>34 406</b>	<b>807</b>	<b>952</b>	<b>1 118</b>	<b>967</b>
Pst endring 2001-03				12				-13				18
Pst endring 2003-05				37				70				17
Pst endring 2005-07				-20				-15				-14
Pst endring 2001-07				23				26				20

For perioden sett under ett har det vært en økning både i antall ganger og timer mekaniske tvangsmidler har blitt brukt, og i antall pasienter som har vært utsatt for bruk av dette tvangsmidlet. Målt ved antall pasienter har økningen vært på 20 prosent, mens økningen i antall ganger og timer er på henholdsvis 23 og 26 prosent i perioden. Økningen var spesielt stor fra 2003 til 2005. Fra 2005 til 2007 ser man en nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler, og 2 av 3 sykehus hadde reduksjon i omfanget av tvangsmidler fra 2005 til 2007, uavhengig av indikator. Endringen i antall ganger og timer mekaniske tvangsmidler ble benyttet ser i hovedsak ut til å kunne forklares ved reduksjonen i antall pasienter fra 2005 til 2007. For gjennomsnittlig antall ganger og timer per pasient er endringene små i samme periode (jfr. tabell 5.5).

Enkelte institusjoner skiller seg ut med kraftige endringer. Slike endringer kan være knyttet til enkeltpasienter. Ved sykehuset med størst økning i antall timer mekaniske tvangsmidler ble brukt, stod én pasient alene for 67 prosent av timene.

Økningen fra 2003 til 2005 ved institusjoner utenfor sykehus skyldes i all hovedsak at avdelinger som tidligere sorterte under sykehusene i Stavanger og Gjøvik ble overført til DPS. Institusjonsstrukturen er ikke opprettholdt i 2007 og Stavanger universitetssykehus og sykehuset Innlandet hadde vesentlig økning i bruken av mekaniske tvangsmidler fra 2005 til 2007. Bare tre døgninstitusjoner utenfor sykehusene rapporterte om bruk av tvangsmidler i 2007.

Tabell 5.2 viser fordelingen i bruk av mekaniske tvangsmidler etter avdelingstype ved sykehusene i 2007<sup>9</sup>.

Tabell 5.2 Bruk av mekaniske tvangsmidler etter avdelingstype. Antall ganger, timer og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Timer		Pasienter*	
	Antall	Pst	Antall	Pst	Antall	Pst
Akuttavdelinger	2 284	56	18 467	54	753	78
Korttid og intermedieær avd	507	12	6 981	20	56	6
Langtidsavdelinger	230	6	1 621	5	37	4
Rehabiliteringsavdelinger	295	7	384	1	14	1
Sikkerhetsavdelinger	725	18	6 530	19	84	9
Psykiogeriatriske avd	12	0	30	0	10	1
Avd for unge schizofrene	0	0	0	0	0	0
Andre sykehusavdelinger	11	0	56	0	6	1
Sykehus totalt	4 064	100	34 068	100	960	100

\*Tallet på pasienter er svakt overestimert. Dette skyldes at enkelte institusjoner mangler gjennomgående pasientnummer.

Innen sykehusene skjer bruken hovedsakelig i akuttavdelingene, både når det gjelder ganger og timer, og i enda større grad når det gjelder pasienter. Øvrig bruk av mekaniske tvangsmidler er i hovedsak konsentrert til sikkerhetsavdelingene og til korttid og intermedieæravdelingene. Sammenlignet med registreringen for 2005 (Pedersen, Hatling og Røhme 2007) er bruken av mekaniske tvangsmidler i sikkerhetsavdelinger vesentlig redusert.

Slike absolutttall tar ikke hensyn til driftsomfang. I tabell 5.3 har vi derfor beregnet tallstørrelsene i forhold til antall belagte døgnplasser (rate), definert som antall oppholdsdøgn i løpet av året dividert med antall dager i løpet av året (365). Ettersom dette tallet ikke er direkte intuitivt forståelig, har vi for hver avdelingstype angitt den samme tallstørrelsen i prosent av gjennomsnittet for sykehusavdelingene.

<sup>9</sup> Ettersom samme pasient kan ha vært utsatt for bruk av mekaniske tvangsmidler ved flere avdelingstyper, blir antall pasienter noe høyere i tabell 5.2 enn i tabell 5.1.

Tabell 5.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler etter avdelingstype. Rater for antall ganger, timer og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Timer		Pasienter	
	Rate	Pst av gj.snitt	rate	Pst av gj.snitt	rate	Pst av gj.snitt
Akuttavdelinger	3,1	172	25,4	166	1,0	240
Korttid og intermediær avd	1,3	69	17,3	113	0,1	32
Langtidsavdelinger	1,1	62	7,9	52	0,2	42
Rehabiliteringsavdelinger	1,2	67	1,6	10	0,1	13
Sikkerhetsavdelinger	3,6	200	32,8	215	0,4	98
Psykiatriske avd	0,0	3	0,1	1	0,0	9
Avd for unge schizofrene	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Andre sykehusavdelinger	0,2	10	0,9	6	0,1	22
Sykehus totalt	1,8	100	15,3	100	0,4	100

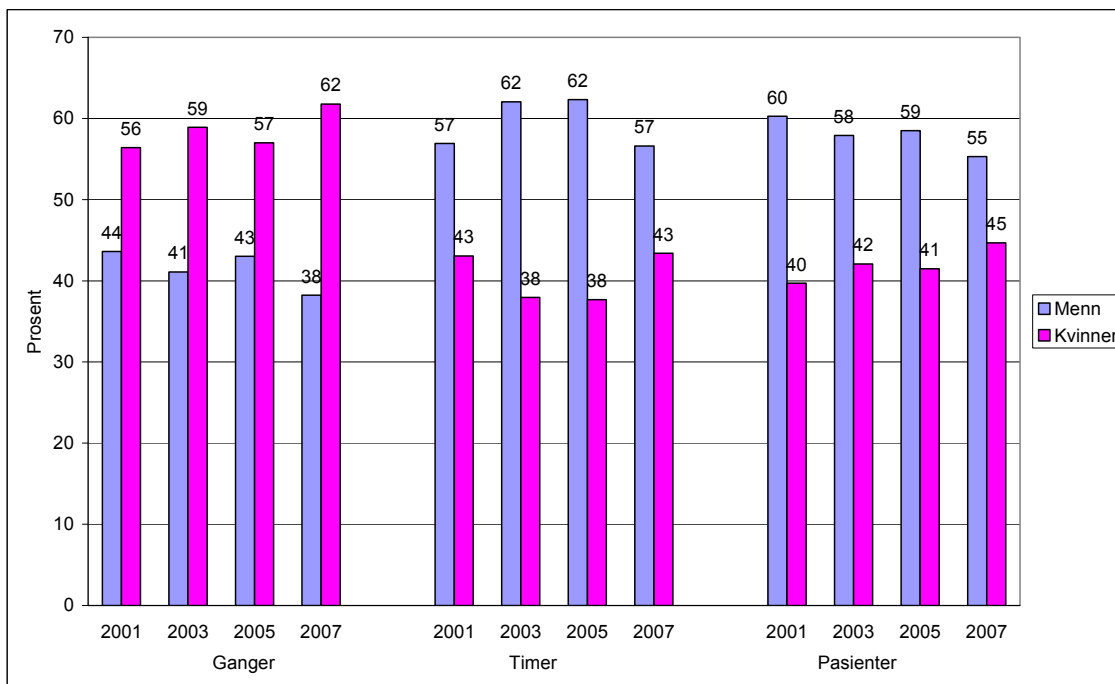
Sett i forhold til volumet på virksomheten er sikkerhetsavdelingene den hyppigste bruker av mekaniske tvangsmidler, både målt i antall ganger og antall timer. Akuttavdelingene, som har en langt større gjennomstrømning av pasienter har den høyeste raten for antall pasienter. Disse to avdelingstypene har for alle indikatorer langt høyere rater enn de øvrige avdelingstypene. Både akuttavdelingene og sikkerhetsavdelingene hadde en betydelig økning i ratene både for antall ganger og antall timer fra registreringen i 2003 til registreringen i 2005 (Pedersen, Hatling og Røhme 2007). Fra 2005 til 2007 har det imidlertid vært en reduksjon i ratene for disse avdelingstypene. For sykehusavdelinger totalt har det, uavhengig av rate, vært en liten nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler fra 2005 til 2007.

I tabell 5.4 vises bruken av mekaniske tvangsmidler i 2001, 2003, 2005 og 2007, fordelt etter kjønn, både når det gjelder antall ganger, timer og pasienter. Figur 5.1 viser den prosentvise fordelingen for hvert av årene.



Tabell 5.4 Bruk av mekaniske tvangsmidler etter kjønn og år. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Timer				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Menn	1 451	1 528	2 194	1 564	15 558	14 663	25 150	19 450	481	552	653	535
Pst endring 2001-03				5				-6				15
Pst endring 2003-05				44				72				18
Pst endring 2005-07				-29				-23				-18
Pst endring 2001-07				8				25				11
Kvinner	1 877	2 191	2 908	2 558	11 766	8 967	15 203	14 949	317	401	463	431
Pst endring 2001-03				17				-24				26
Pst endring 2003-05				33				70				15
Pst endring 2005-07				-12				-2				-7
Pst endring 2001-07				36				27				36
Kjønn ikke angitt	19	27	28	1	51	162	86	7	9	4	5	1
<b>Totalt</b>	<b>3 347</b>	<b>3 746</b>	<b>5 130</b>	<b>4 123</b>	<b>27 375</b>	<b>23 792</b>	<b>40 440</b>	<b>34 406</b>	<b>807</b>	<b>957</b>	<b>1 121</b>	<b>967</b>
Pst endring 2001-03				12				-13				19
Pst endring 2003-05				37				70				17
Pst endring 2005-07				-20				-15				-14
Pst endring 2001-07				23				26				20



Figur 5.1 Bruk av mekaniske tvangsmidler etter kjønn og år- Prosentvis fordeling av antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

Både for kvinner og menn har det vært en økning i antall pasienter som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler i perioden 2001 til 2007. Økningen var større for kvinner, totalt 36 prosent i perioden mot 11 prosent for menn. Fra 2005 til 2007 var det imidlertid, både for menn og for kvinner, reduksjon i omfanget, målt både ved antall ganger, ved antall timer og ved antall pasienter.

I perioden 2001-2007 var 51-53 prosent av pasientene ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne kvinner (Pedersen og Bjerkan, 2008). Basert på dette kan man forvente noe høyere frekvenser for tvangsmiddelbruk i forhold til kvinner. Gjennom hele perioden har også kvinner blitt utsatt for bruk av mekaniske tvangsmidler flere ganger enn menn. Det har imidlertid gjennomgående vært flere menn enn kvinner som har blitt utsatt for mekaniske tvangsmidler, og mannlige pasienter har også blitt utsatt for disse over lengre tid. De kvinnene som utsettes for tvang utsettes med andre ord gjennomgående for flere tilfeller av tvang. Samtidig er hvert tilfelle av kortere varighet for kvinnene enn for mennene.

Både for antall ganger og pasienter viser Figur 5.1 en svak økning i andelen som gjelder kvinner og motsatt en svak reduksjon i andelen som gjelder menn. Den samme utviklingen gjelder også for andel timer for perioden 2003 – 2007.

Tabell 5.5 viser spredningen i bruk av mekaniske tvangsmidler per pasient, både når det gjelder antall ganger og antall timer i 2001, 2003, 2005 og 2007.

Tabell 5.5 Bruk av mekaniske tvangsmidler per pasient per år. Antall ganger og timer per pasient (gjennomsnitt, median, øvre kvartil). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

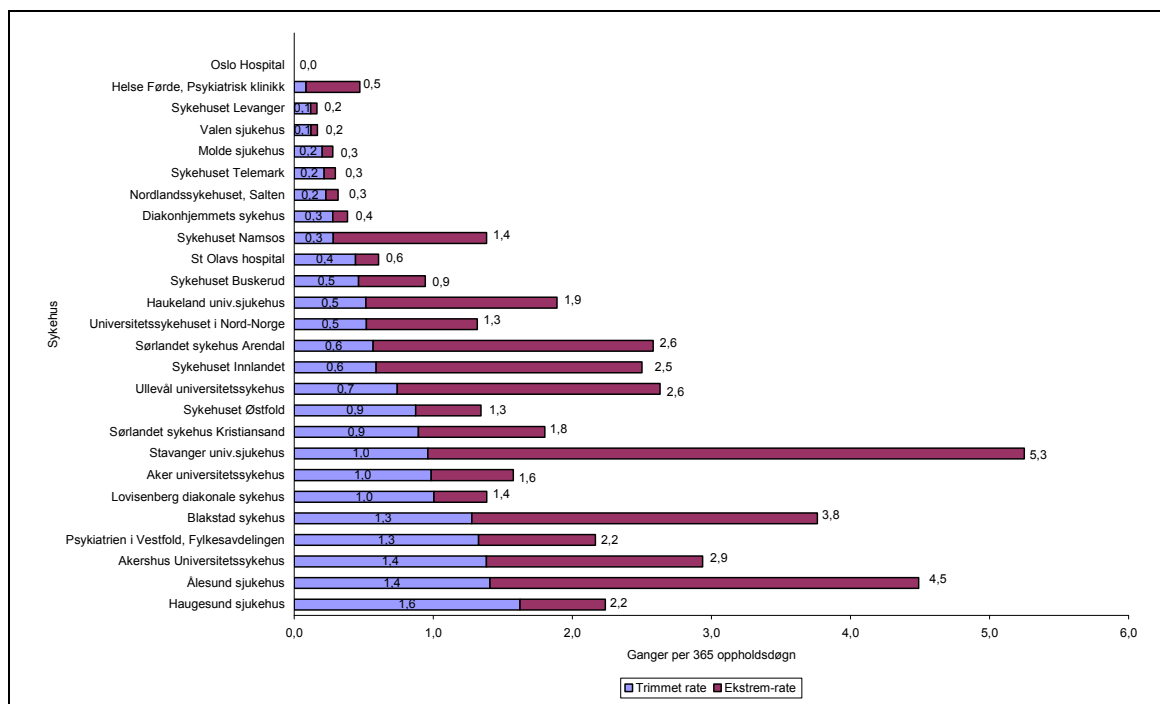
		Gj.snitt	Median	Øvre kvartil
Ganger per pasient	2001	4,1	2,0	3,0
	2003	2,1	1,0	2,0
	2005	4,6	1,0	3,0
	2007	4,3	1,0	3,0
Timer per pasient	2001	33,9	8,0	22,0
	2003	25,0	8,0	22,9
	2005	36,2	9,3	23,9
	2007	35,6	8,8	22,5

For begge indikatorer og for alle de fire registreringene finner vi en klar skjevfordeling. Et mindretall av pasientene utsettes betydelig hyppigere for mekaniske tvangsmidler enn de øvrige, og et mindretall av pasienter utsettes for dette over lengre tid. Dette illustreres ved at  $\frac{3}{4}$  av pasientene utsettes for mekaniske tvangsmidler færre ganger og over kortere tid enn gjennomsnittet. Vi kan ellers merke oss at mens det fra 2001 til 2003 var en nedgang både i det gjennomsnittlige antall og den gjennomsnittlige varigheten av tvangsbruken, var nivået både i 2005 og i 2007 høyere enn i 2001, slik at gjennomsnittet for begge indikatorer ligger høyere ved slutten enn ved starten av perioden. For antall ganger per pasient er medianen imidlertid redusert fra 2 til 1.

### 5.1.1 Sammenligning mellom sykehus

I dette avsnittet vil vi undersøke fordelingen i bruk av mekaniske tvangsmidler mellom sykehusene, målt ved rater for antall ganger og antall timer slike tvangsmidler har blitt brukt. Tallene er standardisert i forhold til institusjonens kapasitet målt ved antall oppholdsdøgn. Som omtalt i metodekapitlet kan institusjonsratene være følsomme for bruken av tvangsmidler overfor et fåtall enkeltpasienter. Vi har derfor valgt å presentere "trimmede" rater i tillegg til totalratene. De fem prosent av de pasientene som ble utsatt for mekaniske tvangsmidler flest ganger eller flest timer ble trukket ut. I figurene vises de trimmede ratene til venstre. Rater knyttet til pasientene med størst eksponering vises til høyre for disse. Summen blir dermed totalraten. I figurene er sykehusene sortert etter de trimmede ratene. For nærmere omtale av beregningsmåten viser vi til metodekapitlet.

Figur 5.2 viser den sykehusvise fordeling av ratene for antall ganger mekaniske tvangsmidler har blitt brukt.



Figur 5.2 Bruk av mekaniske tvangsmidler etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Trimmede rater og totalrater. Sykehus. 2007.

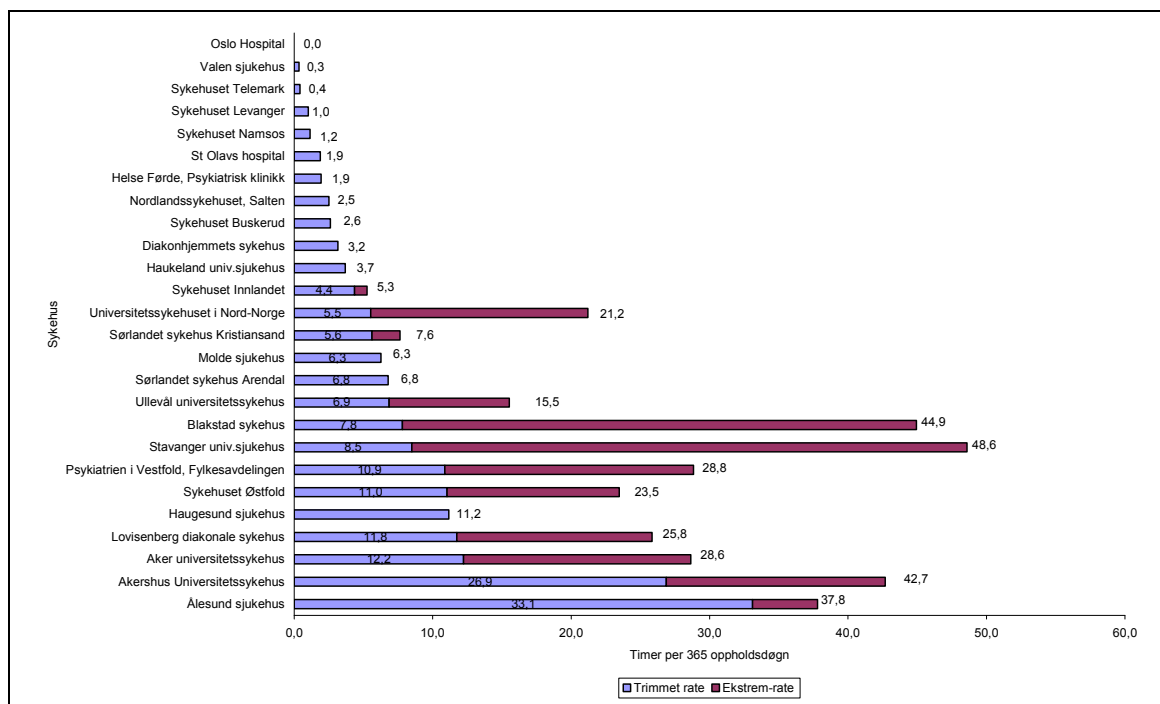
Mekaniske tvangsmidler benyttes ved 25 av de 29 sykehusene med psykiatriske avdelinger i landet<sup>10</sup>. Om vi først ser på de trimmede ratene viser figuren en relativt jevn, men stor spredning fra 0,0 til 1,6 ganger per 365 oppholdsdøgn. Totalratene varierer fra 0,0 til 5,3 ganger per 365 oppholdsdøgn.

Spørsmålet som reiser seg, er om dette skyldes tilfeldigheter knyttet til pasientsammensetningen dette året (enkeltpasienter kan gi betydelige utslag på statistikken), eller om mønsteret er mer stabilt. Vi kan først merke oss at korrelasjonskoeffisienten (Pearsons  $r$ ) mellom trimmet rate og totalrate er 0,75. Selv om forekomsten av "ekstremtilfeller" i noen grad påvirker ratene, blir resultatene likevel langt på vei de samme, selv om "ekstremtilfellene" holdes utenfor. Vi har også undersøkt hvordan de relative forskjellene i totalratene har utviklet seg over tid<sup>11</sup>. Både mellom 2001 til 2003 ( $r=0,72$ ) og mellom 2003 og 2005 ( $r=0,64$ ) er korrelasjonskoeffisientene høye. Selv om korrelasjonskoeffisienten er lavere mellom 2005 og 2007 ( $r=0,30$ ), ser det ut til at enkelte sykehus benytter mekaniske tvangsmidler hyppigere enn andre gjennom perioden, også når "ekstremtilfellene" ekskluderes.

I Figur 5.3 viser vi den sykehusvise fordeling av antall timer mekaniske tvangsmidler er brukt, sett i forhold til antall oppholdsdager ved institusjonen. Som på foregående figur presenteres både de trimmede ratene og totalratene.

<sup>10</sup> Mekaniske tvangsmidler benyttes ikke ved Oslo hospital. Modum bad nervesanatorium, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Viken senter for psykiatri og sjelsorg benytter ikke noen tvangsmidler, og er derfor utelatt fra undersøkelsen.

<sup>11</sup> Institusjonsstrukturen har endret seg i løpet av perioden. I de tilfeller institusjoner har blitt slått sammen har ratene for tidligere år blitt beregnet på nytt ut fra den nye strukturen. Stavanger universitetssykehus (der store deler av virksomheten er overført til DPS) og Sykehuset Innlandet, Gjøvik (som også er overført til et DPS) er holdt utenfor sammenligningen.



Figur 5.3 Bruk av mekaniske tvangsmidler etter institusjon. Antall timer per 365 oppholdsdøgn. Trimmede rater og totalrater. Sykehus. 2007.

Denne figuren viser en mer uttalt skjevfordeling enn Figur 5.2, både for de trimmede ratene og for totalratene. De trimmede ratene varierer fra 0,0 til 33,1 timer per 365 oppholdsdøgn, men totalratene varierer fra 0,0 til 48,6 timer per 365 oppholdsdøgn. Ekstremobservasjonene er knyttet til under halvparten av sykehusene. Vi har også her undersøkt i hvilken grad dette kan skyldes tilfeldige variasjoner i pasientsammensetningen ved den enkelte institusjon det enkelte år. Vi kan først merke oss at det er en høy korrelasjon mellom de trimmede ratene og totalratene ( $r=0,74$ ). Selv om trimming av data kan påvirke tallene for den enkelte institusjon, er mønsteret altså likevel gjennomgående det samme, uavhengig av om "ekstremverdiene" holdes utenfor. Det er også en svært høy korrelasjon mellom totalratene for 2001 og 2003 ( $r=0,89$ ) og også en høy korrelasjon mellom 2003 og 2005 ( $r=0,55$ ) og mellom 2005 og 2007 ( $r=0,65$ ). Enkelte sykehus synes altså gjennomgående å bruke mekaniske tvangsmidler over flere timer enn andre sykehus. Dette gjelder uavhengig av om "ekstremtilfellene" inkluderes eller ekskluderes.

### 5.1.2 Oppsummering mekaniske tvangsmidler

Fra 2001 til 2007 har det vært en betydelig økning i bruken av mekaniske tvangsmidler. Målt både ved antall ganger, antall timer og antall pasienter er økningen mer enn 20 prosent til tross for reduksjon fra 2005 til 2007. Reduksjonen i siste del av perioden ser langt på vei ut til å kunne forklare ved en reduksjon i antall pasienter mekaniske tvangsmidler ble benyttet i forhold til. Målt ved antall ganger eller timer per pasient er det bare mindre endringer fra 2005 til 2007.

Mekaniske tvangsmidler benyttes i all hovedsak ved sykehusavdelingene. I absolutte tall benyttes mekaniske tvangsmidler i størst omfang ved akuttavdelingene, men målt ved rater per 365 oppholdsdøgn er omfanget høyest i sikkerhetsavdelingene. Ratene for mekaniske tvangsmidler i sikkerhetsavdelingene er imidlertid vesentlig redusert fra 2005 til 2007.

Flere menn enn kvinner utsettes for mekaniske tvangsmidler og også flere timer gjelder menn enn kvinner. Mekaniske tvangsmidler brukes likevel flest ganger overfor kvinner. Med andre ord benyttes mekaniske tvangsmidler oftere, men over kortere perioder overfor

kvinner enn overfor menn. Dette mønsteret gjelder hele perioden, men andelen som gjelder kvinner er svakt økende uavhengig av indikator.

25 av de 29 sykehusene i det psykiske helsevernet for voksne rapporterte om bruk av mekaniske tvangsmidler i 2007. Det er imidlertid betydelige forskjeller i bruken av mekaniske tvangsmidler mellom sykehusene. Dette gjelder hele perioden 2001 – 2007. En stor andel av den mekaniske tvangsmiddelbruken er konsentrert om et fåtall pasienter. Tilfeldigheter knyttet til pasientsammensetningen det enkelte år vil dermed i noen grad kunne påvirke tallene for enkeltinstitusjoner. Dette gjelder både antall ganger og timer mekaniske tvangsmidler blir brukt. Korrelasjonen mellom totalratene for 2005 og 2007 var beskjeden, men den høye korrelasjonen mellom trimmet rate og totalrate i 2007 og mellom totalratene for 2003 og 2005 og mellom totalratene for 2005 og 2007, indikerer likevel at enkelte sykehus gjennomgående benytter mekaniske tvangsmidler i større grad enn andre.

## 5.2 Korttidsvirkende legemidler

Tabell 5.6 viser bruken av korttidsvirkende legemidler, målt ved antall ganger og pasienter og fordelt etter institusjonstype i 2001, 2003, 2005 og 2007.

Tabell 5.6 Bruk av korttidsvirkende legemidler etter institusjonstype og år. Antall ganger og pasienter. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Pasienter*			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Sykehus	2 106	1 240	2 054	1 741	586	574	764	707
Andre institusjoner	12	74	92	63	7	19	56	29
Totalt	2 118	1 314	2 146	1 804	593	593	820	736
Pst endring 2001-03				-38				0
Pst endring 2003-05				63				38
Pst endring 2005-07				-16				-10
Pst endring 2001-07				-15				24

\*Tallet på pasienter er svakt overestimert. Dette skyldes at enkelte institusjoner mangler gjennomgående pasientnummer.

Tallene for 2005 er korrigert pga. feilrapportering fra ett av sykehusene.

Korttidsvirkende legemidler ble i 2007 benyttet ved 26 av de 29 sykehusene med psykiatrisk avdeling. De ble i tillegg benyttet ved seks DPS, totalt 63 ganger. Fra 2003 til 2005 var det betydelig økning i antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet, mens det var nedgang både fra 2001 til 2003 og fra 2005 til 2007. For perioden under ett har det dermed vært en reduksjon på 15 prosent. Antall pasienter som ble utsatt for bruk av korttidsvirkende legemidler har økt med 24 prosent fra 2001 til total 707 pasienter i 2007, men hadde høyeste nivå i 2005.

Tabell 5.7 viser fordelingen etter avdelingstype ved sykehusene i 2007<sup>12</sup>, mens tabell 5.8 viser de tilsvarende fordelingene, justert for driftsomfang målt ved oppholdsdøgn (rater). Se avsnitt 5.1 for beskrivelse av ratene.

<sup>12</sup> Etersom samme pasient kan ha vært utsatt for bruk av korttidsvirkende legemidler ved flere avdelingstyper, blir antall pasienter noe høyere i tabell 5.7 enn i tabell 5.6.

Tabell 5.7 Bruk av korttidsvirkende legemidler etter avdelingstype. Antall ganger og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Pasienter	
	Antall	Pst	Antall	Pst
Akuttavdelinger	1 257	72	571	80
Korttid og intermediær avd	145	8	39	5
Langtidsavdelinger	65	4	16	2
Rehabiliteringsavdelinger	103	6	14	2
Sikkerhetsavdelinger	107	6	43	6
Psykiatriske avd	55	3	30	4
Avd for unge schizofrene	6	0	3	0
Andre sykehusavdelinger	3	0	1	0
Sykehus totalt	1 741	100	717	100

Korttidsvirkende medikamenter ble i 2007, som i 2005, særlig benyttet ved akuttavdelingene. Dette gjelder både for antall ganger og for antall pasienter. 80 prosent av pasientene som ble utsatt for korttidsvirkende legemidler var innlagt ved denne avdelingstypen, og 72 prosent av bruken gjelder disse pasientene. Sikkerhetsavdelingene stod for 19 prosent av bruken i 2005, men både andelen og antall ganger er vesentlig lavere i 2007 enn i 2005.

Tabell 5.8 Bruk av korttidsvirkende legemidler etter avdelingstype. Rater for antall ganger og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Pasienter	
	Rate	Pst av gj.snitt	rate	Pst av gj.snitt
Akuttavdelinger	1,7	221	0,8	244
Korttid og intermediær avd	0,4	46	0,1	30
Langtidsavdelinger	0,3	41	0,1	24
Rehabiliteringsavdelinger	0,4	55	0,1	18
Sikkerhetsavdelinger	0,5	69	0,2	67
Psykiatriske avd	0,2	28	0,1	37
Avd for unge schizofrene	0,0	5	0,0	7
Andre sykehusavdelinger	0,0	6	0,0	5
Sykehus totalt	0,8	100	0,3	100

Også i forhold til pasientbelegget ble korttidsvirkende medikamenter brukt hyppigst ved de akuttavdelingene. Ratene for akuttavdelingene er litt lavere enn ved registreringen for 2005, mens raten for antall ganger per 365 oppholdsdøgn er vesentlig redusert for sikkerhetsavdelingene. For sykehusavdelingene totalt er raten for antall ganger per 365 oppholdsdøgn redusert fra 0,9 til 0,8 mens raten for antall pasienter per 365 oppholdsdøgn er uendret på 0,3.



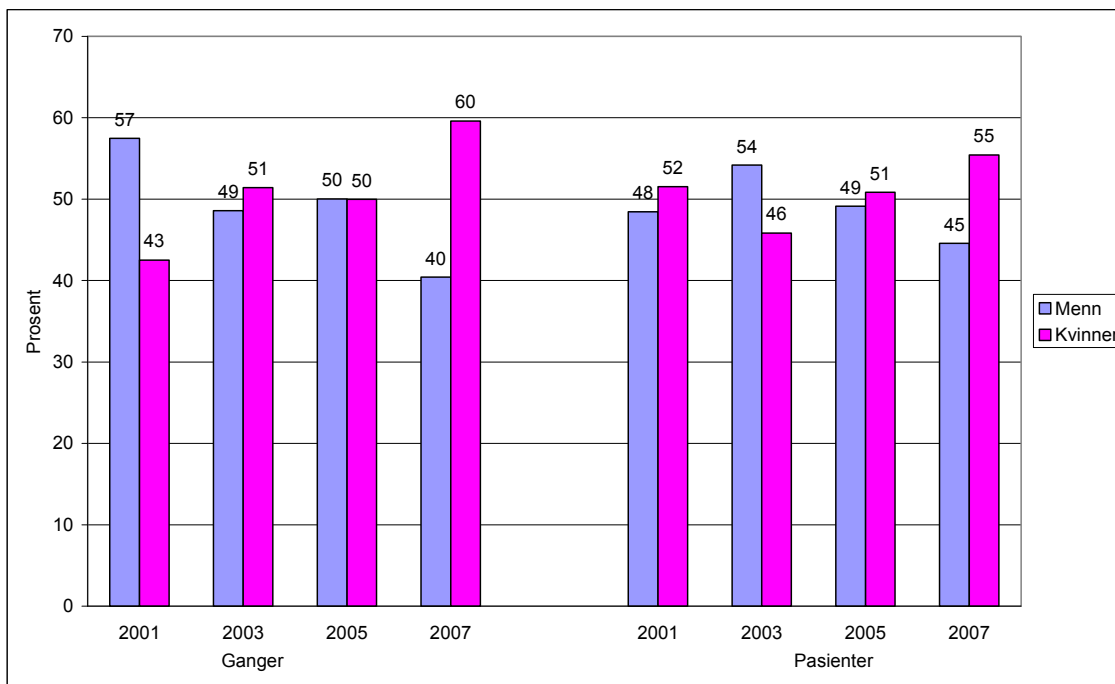
Tabell 5.9 viser bruken av korttidsvirkende legemidler avhengig av pasientens kjønn for årene 2001, 2003, 2005 og 2007 både når det gjelder antall ganger og pasienter<sup>13</sup>. Figur 5.4 viser den prosentvise fordelingen for de samme årene.

Tabell 5.9 Bruk av korttidsvirkende legemidler etter pasientens kjønn og år. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Menn	1 211	633	1 071	729	284	318	403	328
Pst endring 2001-03				-48				12
Pst endring 2003-05				69				27
Pst endring 2005-07				-32				-19
Pst endring 2001-07				-40				15
Kvinner	896	670	1 070	1 075	302	269	417	408
Pst endring 2001-03				-25				-11
Pst endring 2003-05				60				55
Pst endring 2005-07				0				-2
Pst endring 2001-07				20				35
Opplysning om kjønn mangler	11	11	5	0	7	6	4	0
<b>Totalt</b>	<b>2 118</b>	<b>1 314</b>	<b>2 146</b>	<b>1 804</b>	<b>593</b>	<b>593</b>	<b>824</b>	<b>736</b>
Pst endring 2001-03				-38				0
Pst endring 2003-05				63				39
Pst endring 2005-07				-16				-11
Pst endring 2001-07				-15				24

Tallene for 2005 er korrigert pga. feilrapportering fra ett av sykehusene.

<sup>13</sup> Kvinner er noe overrepresentert i døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne sammenlignet med menn. Dette gjelder hele perioden 2001 til 2007 (Pedersen og Bjerkan, 2008).



Figur 5.4 Bruk av korttidsvirkende legemidler etter pasientens kjønn og år. Prosentvis fordeling av antall ganger og pasienter. 2001, 2003, 2005 og 2007.

Ved registreringen i 2001 ble korttidsvirkende legemidler brukt hyppigere (flere ganger) overfor menn enn overfor kvinner. Ved registreringene i 2003 og 2005 jevnet dette seg ut mens korttidsvirkende legemidler i 2007 ble brukt vesentlig flere ganger i forhold til kvinner enn i forhold til menn. Målt i antall pasienter ser man ikke helt den samme utviklingen. Med unntak av i 2003 ble medikamenter brukt overfor flere kvinner enn menn. Fra 2005 til 2007 er det en reduksjon på 19 prosent for menn, mens antallet kvinner er omtrent det samme disse to årene.

Det er ikke et entydig mønster i utvikling gjennom perioden 2001 – 2007 verken for kvinner eller menn, men for perioden samlet øker antall pasienter korttidsvirkende legemidler ble brukt i forhold til både for menn og kvinner. Hyppigheten (antall ganger) er redusert for menn og økt for kvinner.

Tabell 5.10 viser mål for spredning i bruken av korttidsvirkende medikamenter per pasient i 2001, 2003, 2005 og 2007.

Tabell 5.10 Bruk av korttidsvirkende legemidler per pasient og år. Antall ganger per pasient (gjennomsnitt, median og øvre kvartil). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Gj.snitt	Median	Øvre kvartil
2001	3,6	1	3
2003	2,2	1	2
2005	2,7	1	2
2007	2,5	1	3

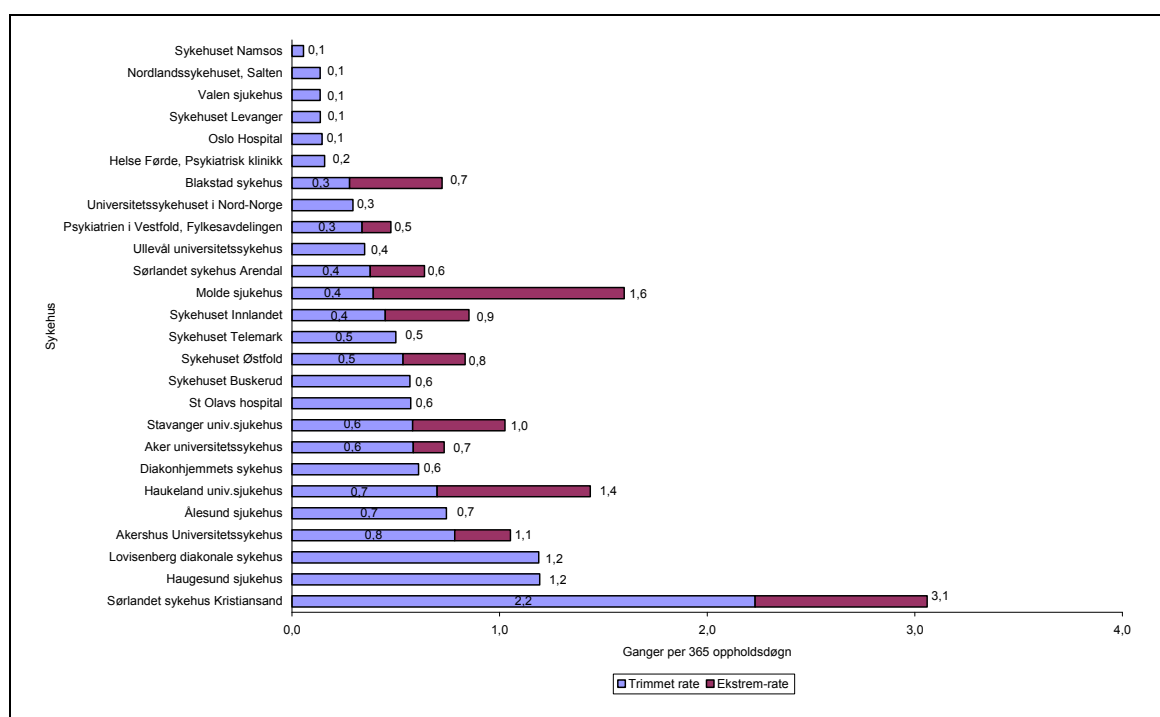
Også når det gjelder korttidsvirkende legemidler er det en skjevfordeling: Overfor noen få pasienter er slike legemidler brukt svært mange ganger. Dette trekker opp gjennomsnittet.

Gjennomsnittet har variert i perioden men var lavere i 2007 enn i 2001. Medianen på 1 gang per pasient gjelder alle registreringsår.

### 5.2.1 Sammenligning mellom sykehus

I dette avsnittet viser vi institusjonsvise forskjeller i bruken av korttidsvirkende legemidler mellom sykehusene, målt ved bruksraten (ganger per 365 oppholdsdøgn). Beregningsmåten er omtalt i metodekapitlet. I figuren er sykehusene sortert etter de trimmede ratene.

Figur 5.5 viser de institusjonsvise forskjeller i ratene for antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet i 2007. Vi har igjen valgt å vise både totalrater og "trimmede" rater. I de trimmede ratene har vi utelatt de 5 prosent av pasientene som ble utsatt for korttidsvirkende legemidler flest ganger. I figuren viser søylene til venstre de trimmede ratene. Til høyre for disse har vi plassert søylene som viser ratene for "ekstremgruppen". Summen av søylene blir dermed totalraten.



Figur 5.5 Bruk av korttidsvirkende legemidler etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Trimmede og utrimmede rater. Sykehus. 2007.

Korttidsvirkende legemidler benyttes ved 26 av de 29 sykehusene med psykiatrisk avdelinger i landet<sup>14</sup>. Selv om "ekstremtilfellene" holdes utenfor, er det ikke ubetydelige forskjeller i tvangsbruken. Om vi ser på totalratene blir forskjellene enda større. Spørsmålet blir da hvor stabile de institusjonsvise forskjellene er. En første indikasjon på dette vil være å sammenligne totalratene med de trimmede ratene: Korrelasjonskoeffisienten er relativt høy (Pearsons  $r=0,88$ ). Med andre ord er også de trimmede ratene gjennomgående høyere ved sykehus med høyere totalrater. Vi har i tillegg undersøkt stabiliteten over tid, om det er de samme institusjonene som hadde høye/lave totalrater også ved de tidligere

<sup>14</sup> Modum bad nervesanatorium, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Viken senter for psykiatri og sjelesorg har ikke rapportert om bruk av noen form for tvangsmidler, og er derfor utelatt fra undersøkelsen.

registreringene<sup>15</sup>. Det er ingen sammenheng mellom ratene for 2001 og 2003 ( $r = -0,04$ ), men en kraftigere sammenheng mellom 2003 og 2005 ( $r = 0,58$ ). Korrelasjonen mellom ratene i 2005 og 2007 er enda kraftigere ( $r = 0,64$ ). Den lave korrelasjonen mellom 2001 og 2003 skyldes delvis en ekstremverdi for en av institusjonene i 2001, men selv om denne holdes utenfor er korrelasjonen fortsatt lav ( $r = 0,26$ ). Utviklingen gjennom perioden for øvrig tyder likevel i noen grad på at enkelte institusjoner bruker mer korttidsvirkende legemidler enn andre. Ratene er imidlertid uansett påvirket av tilfeldige variasjoner i pasientbelegg det enkelte år.

### 5.2.2 Oppsummering korttidsvirkende legemidler

Korttidsvirkende legemidler ble i 2007 brukt ved 26 sykehus og seks DPS-er overfor til sammen 736 pasienter. Dette er 24 prosent flere pasienter enn i 2001. Det har imidlertid vært en nedgang i antall ganger slike legemidler ble benyttet, totalt 15 prosent. Det gjennomsnittlige antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet overfor hver pasient er redusert i perioden.

Korttidsvirkende legemidler benyttes i hovedsak på akuttavdelingene. I 2007 skjedde 72 prosent av bruken (antall ganger) ved denne avdelingstypen og dette gjaldt 80 prosent av pasientene korttidsvirkende legemidler ble benyttet overfor. Også ved sikkerhetsavdelingene har det gjennom perioden vært benyttet relativt mye korttidsvirkende legemidler. Fra 2005 til 2007 har det imidlertid vært en betydelig nedgang, både i absolutte tall og i forhold til pasientbelegget, i antall ganger korttidsvirkende legemidler ble benyttet ved denne avdelingstypen.

I 2007 ble korttidsvirkende medikamenter benyttet overfor flere kvinner enn menn, og også vesentlig flere ganger overfor kvinner. Forskjellen gjelder ikke entydig for hele perioden, og kan skyldes tilfeldig variasjon i pasientsammensetningen.

Det er betydelige forskjeller mellom sykehusene mht i hvilket omfang korttidsvirkende legemidler benyttes. For 2007 var det høy korrelasjon mellom rater med og uten "ekstremobservasjoner", og det er også betydelig korrelasjon mellom totalratene for hhv 2003 og 2005 og 2005 og 2007. Dette tyder på at enkelte institusjoner har en tendens til å bruke korttidsvirkende legemidler i større grad enn andre. Det presiseres imidlertid at disse resultatene er følsomme for "ekstremobservasjoner" og tilfeldig variasjon.

---

<sup>15</sup> Institusjonsstrukturen har endret seg i løpet av perioden. I de tilfeller institusjoner har blitt slått sammen har ratene for tidligere år blitt beregnet på nytt ut fra den nye strukturen. Stavanger universitetssykehus (der store deler av virksomheten var overført til DPS i 2005) og Sykehuset Innlandet, Gjøvik (som også er overført til et DPS) er holdt utenfor sammenligningen

### 5.3 Isolering

Tabell 5.11 viser bruken av isolering, målt ved antall ganger, timer og pasienter i 2001, 2003, 2005 og 2007. Tallene er fordelt på sykehus og andre institusjoner.

Tabell 5.11 Bruk av isolering etter institusjonstype og år. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner\*. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Timer				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Sykehus	822	235	183	169	899	313	554	195	31	41	32	64
Andre institusjoner	7	1	1	6	7	1	3	22	2	1	1	4
<b>Totalt</b>	<b>829</b>	<b>236</b>	<b>184</b>	<b>175</b>	<b>906</b>	<b>314</b>	<b>557</b>	<b>216</b>	<b>33</b>	<b>42</b>	<b>33</b>	<b>68</b>
Pst endring 2001-03				-72				-65				27
Pst endring 2003-05				-22				77				-21
Pst endring 2005-07				-5				-61				106
Pst endring 2001-07				-79				-76				106

\* For 2003 mangler opplysninger fra en institusjon som for 2001 innrapporterte 6 tilfeller av isolering fordelt på 5 pasienter over til sammen 6 timer, 40 minutter.

Målt ved antall ganger isolering er benyttet, er bruken kraftig redusert i perioden 2001 - 2007. Også målt i timer var det en tilsvarende nedgang for perioden sett under ett. Isolering benyttes bare overfor et fåtall pasienter, men ble benyttet overfor flere pasienter i 2007 enn øvrige rapporteringsår. Isolering ble benyttet ved 13 sykehus og to DPS-er i 2007. Dette representerer en økning i antall institusjoner fra 2005 (8 sykehus, 1 DPS).

Tabell 5.12 viser fordelingen etter avdelingstype ved sykehusene, mens tabell 5.13 viser hyppighet i forhold til driftsomfang målt ved antall oppholdsdøgn (rater). Se avsnitt 5.1 for en beskrivelse av ratene.

Tabell 5.12 Bruk av isolering etter avdelingstype. Antall ganger, timer og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Timer		Pasienter	
	Antall	Pst	Antall	Pst	Antall	Pst
Akuttavdelinger	71	42	51	26	40	63
Korttid og intermediær avd	14	8	24	12	7	11
Langtidsavdelinger	6	4	4	2	3	5
Rehabiliteringsavdelinger	0	0	0	0	0	0
Sikkerhetsavdelinger	21	12	23	12	7	11
Psykiogeriatriske avd	22	13	10	5	5	8
Avd for unge schizofrene	0	0	0	0	0	0
Andre sykehusavdelinger	35	21	82	42	2	3
<b>Sykehus totalt</b>	<b>169</b>	<b>100</b>	<b>195</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Tabell 5.13 Bruk av isolering etter avdelingstype. Rater for antall ganger, timer og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Timer		Pasienter	
	Rate	Pst av gj.snitt	Rate	Pst av gj.snitt	Rate	Pst av gj.snitt
Akuttavdelinger	0,10	129	0,07	81	0,05	191
Korttid og intermediær avd	0,03	46	0,06	69	0,02	60
Langtidsavdelinger	0,03	39	0,02	22	0,01	51
Rehabiliteringsavdelinger	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Sikkerhetsavdelinger	0,11	139	0,12	134	0,04	122
Psykiogeriatriske avd	0,09	117	0,04	46	0,02	70
Avd for unge schizofrene	0,00	0	0,00	0	0,00	0
Andre sykehusavdelinger	0,56	734	1,30	1488	0,03	111
Sykehus totalt	0,08	100	0,09	100	0,03	100

Målt i antall ganger benyttes isolering særlig ved akuttavdelinger, og i noen grad ved sikkerhetsavdelinger, psykiogeriatriske avdelinger og ved "andre sykehusavdelinger"<sup>16</sup>. I rapporteringen for 2005 ble isolering i hovedsak benyttet ved korttid- og intermediæravdelingene (Pedersen, Hatling og Røhme, 2007), mens denne avdelingstypen bare representerer 8 prosent av antall ganger isolering ble benyttet i 2007. Akuttavdelingene dominerer også dersom man måler omfanget i tid eller i antall pasienter. Ratetallene (tabell 5.13) viser størst omfang i sikkerhetsavdelingene målt i ganger og i tid og i akuttavdelingene målt i antall pasienter, per 365 oppholdsdøgn.

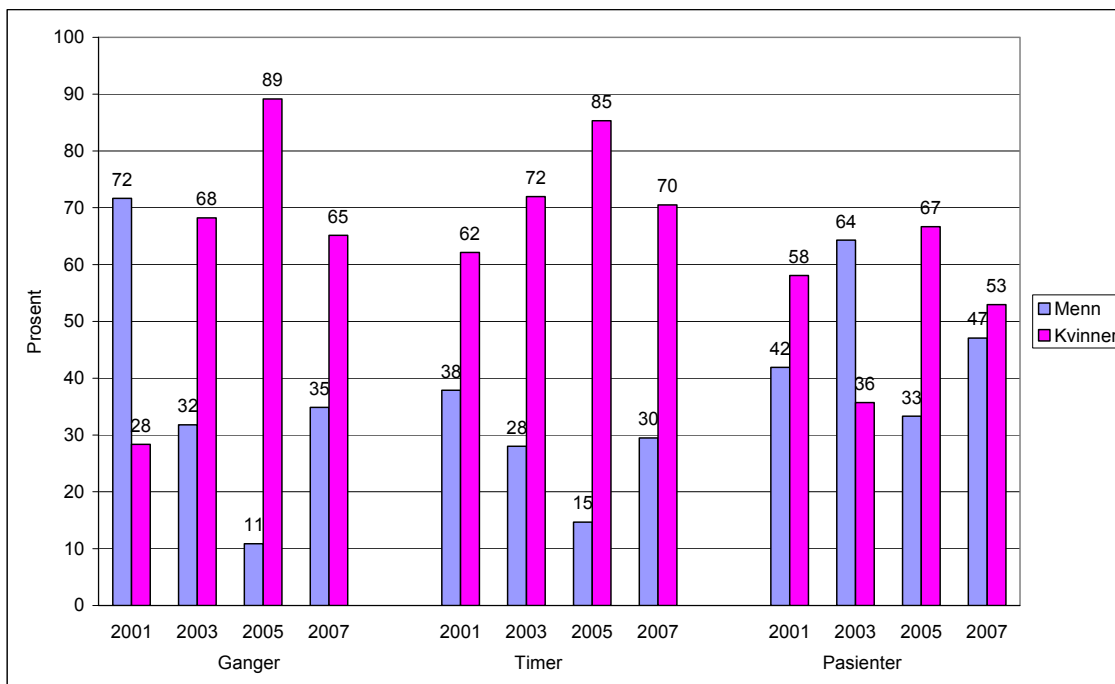
Tabell 5.14 viser fordelingen i bruk av isolering mellom kjønnene, målt ved antall ganger og antall timer isolering har vært benyttet, samt antall pasienter som ble berørt. Figur 5.6 viser den prosentvise fordelingen for de samme indikatorene<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Dette gjelder en psykoseavdeling ved Valen sykehus.

<sup>17</sup> Kvinneandelen utgjør 51-53 prosent av pasientene i døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Dette gjelder hele perioden 2001 til 2007 (Pedersen og Bjerkan, 2008).

Tabell 5.14 Bruk av isolering etter pasientens kjønn og år. Antall ganger, timer og pasienter. Alle voksenpsykiatriske institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Timer				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Menn	594	75	20	61	343	88	82	64	13	27	11	32
Pst endring 2001-03				-87				-74				108
Pst endring 2003-05				-73				-7				-59
Pst endring 2005-07				205				-22				191
Pst endring 2001-07				-90				-81				146
Kvinner	235	161	164	114	563	226	475	152	18	15	22	36
Pst endring 2001-03				-31				-60				-17
Pst endring 2003-05				2				110				47
Pst endring 2005-07				-30				-68				64
Pst endring 2001-07				-51				-73				100
<b>Totalt</b>	<b>829</b>	<b>236</b>	<b>184</b>	<b>175</b>	<b>906</b>	<b>314</b>	<b>557</b>	<b>216</b>	<b>31</b>	<b>42</b>	<b>33</b>	<b>68</b>
Pst endring 2001-03				-72				-65				35
Pst endring 2003-05				-22				77				-21
Pst endring 2005-07				-5				-61				106
Pst endring 2001-07				-79				-76				119



Figur 5.6 Bruk av isolering etter kjønn og år. Prosentvis fordeling av antall ganger, timer og pasienter. 2001, 2003, 2005 og 2007.

Antall tilfeller av isolering ble kraftig redusert fra 2001 til 2007. Nedgangen gjelder begge kjønn, men var både absolutt og relativt større for menn enn for kvinner selv om det var en økning i antall tilfeller av isolering av menn fra 2005 til 2007. Mens isolering i 2001 ble benyttet hyppigere overfor menn enn for kvinner, var det motsatte tilfelle i 2007. Målt i tid gikk bruken av isolering kraftig ned fra 2001 til 2003 både overfor kvinner og overfor menn. Økningen fra 2003 til 2005 er i sin helhet knyttet til kvinner men fra 2005 til 2007 var det igjen reduksjon for begge kjønn, men spesielt for kvinner. Isolering har gjennom hele perioden 2001 – 2007 vært mer konsentrert om kvinner enn om menn. Vi minner imidlertid om at tallene er små og tilfeldig variasjon i pasientsammensetningen kan gi store utslag.

Tabell 5.15 viser hvilken spredning i bruk av isolering vi finner per pasient, både når det gjelder ganger og timer.

Tabell 5.15 Bruk av isolering per pasient og år. Antall ganger og timer per pasient (median, gjennomsnitt, øvre kvartil). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

		Gj.snitt	Median	Øvre kvartil
Ganger per pasient	2001	25,1	2,0	9,0
	2003	5,6	2,0	2,3
	2005	5,6	2,0	9,5
	2007	2,6	1,0	2,0
Timer per pasient	2001	27,4	2,0	12,5
	2003	7,5	1,9	5,6
	2005	16,9	4,0	18,9
	2007	3,2	1,0	2,0

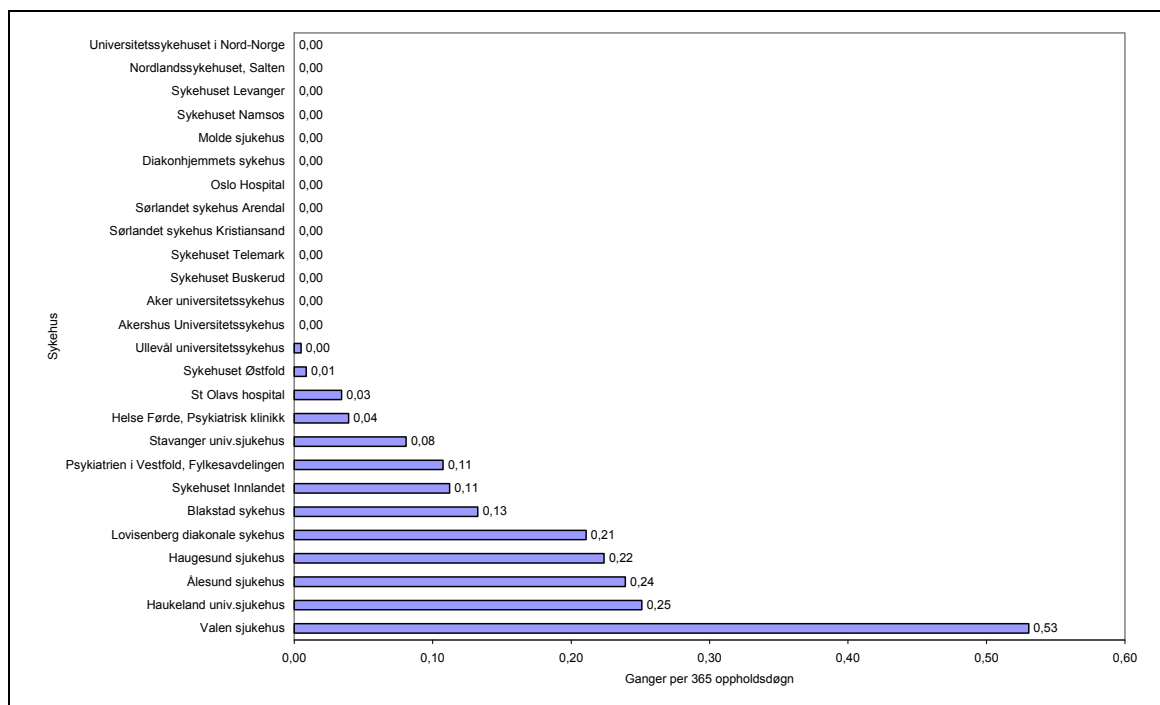


For alle årene finner vi en klar skjevfordeling for begge indikatorene. Gjennomsnittsverdiene er betydelig høyere enn medianverdiene. Gjennomsnittlig antall ganger per pasient gikk betydelig ned fra 2001 til 2003. Dette var særlig knyttet til en nedgang for den fjerdedelen som var mest utsatt for isolering. Fra 2003 til 2005 har bruken overfor denne gruppen økt, men uten at dette har fått konsekvenser for gjennomsnittet, mens gjennomsnittet er halvert fra 2005 til 2007. Igjen ser dette ut til å kunne forklares ved vesentlig reduksjon for de pasientene som var utsatt for isolering flest ganger. For perioden sett under ett er gjennomsnittlig antall ganger isolering er benyttet per pasient redusert fra 25,1 til 2,6.

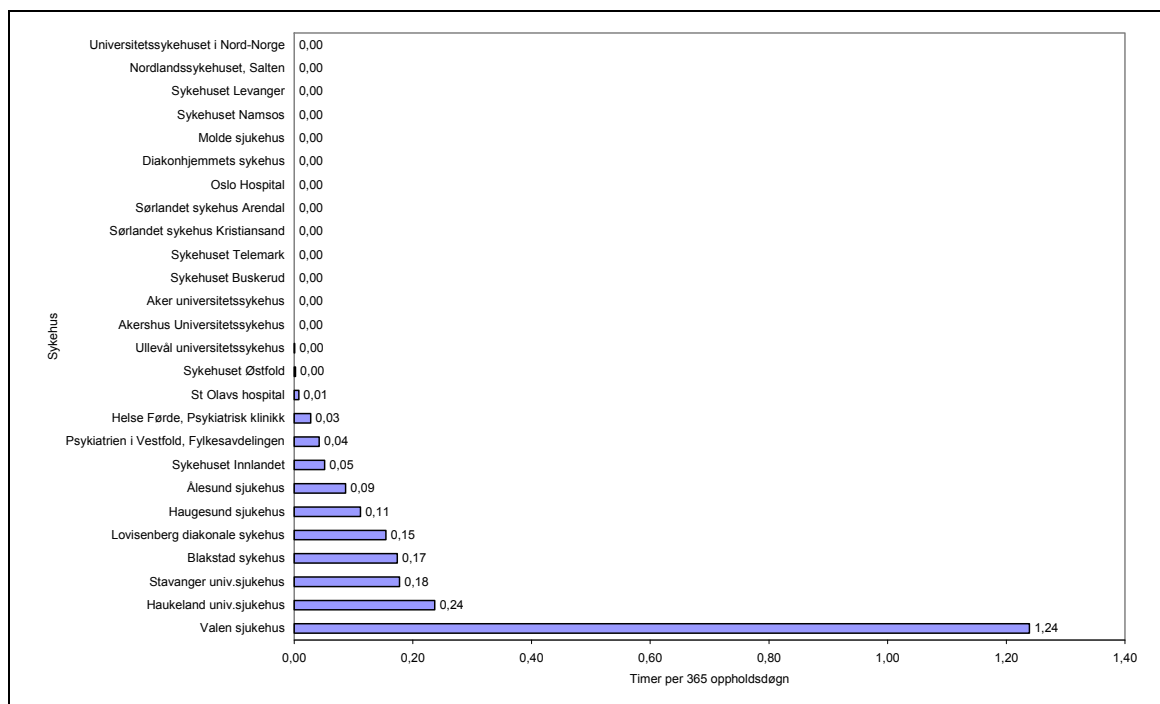
Målt i timer per pasient gikk gjennomsnittet betydelig ned fra 27,4 timer per pasient i gjennomsnitt i 2001 til 7,5 timer i 2003. Deretter ble det mer enn fordoblet fra 2003 til 2005. Økningen synes her å være gjennomgående for hele fordelingen. I 2007 var gjennomsnittet igjen redusert til 3,2 timer per pasient, og til 2 timer eller mindre for 75 prosent av pasientene.

### 5.3.1 Sammenligning mellom sykehus

Figur 5.7 viser de institusjonsvise forskjellene i ratene over antall ganger isolering ble benyttet i 2007. Figur 5.8 viser den tilsvarende fordelingen for timeratene. Som vi har sett, var det bare 64 pasienter som ble utsatt for isolering ved sykehus med psykiatrisk avdeling i 2007. Isolering ble benyttet ved 13 sykehus, men fem av disse benyttet isolering overfor bare én pasient. Ratetall må derfor behandles med betydelig forsiktighet. Det gir heller ikke mening å "trimme" tallene for "ekstremverdier".



Figur 5.7 Bruk av isolering etter institusjon og år. Antall ganger per 365 oppholds-døgn. Totalrater. Sykehus. 2007.



Figur 5.8 Bruk av isolering etter institusjon og år. Antall timer per 365 oppholdsdøgn. Totalrater. Sykehus. 2007.

I 2001 var det i alt ti institusjoner som benyttet isolering. Av disse benyttet fem institusjoner isolering overfor mer enn to pasienter. De tilsvarende tallene for 2003 var hhv tolv og seks. For 2005 er tallene åtte og tre og for 2007 altså 13 og åtte. Et fåtall institusjoner ser ut til å ha en stabil praksis knyttet til bruk av isolering, mens isolering også brukes unntaksvis ved enkelte andre institusjoner. I 2007 var om lag halvparten av pasientene isolering ble benyttet overfor tilknyttet Haukeland og Lovisenberg. Målt i timer og ganger per 365 oppholdsdøgn var det likevel Valen som hadde de høyeste ratene.

### 5.3.2 Oppsummering isolering

Mellom 2001 og 2007 ble bruken av isolering (antall ganger) redusert med 79 prosent. Tidsbruken gikk i samme periode ned med 76 prosent, mens antall pasienter isolering ble brukt overfor økte med 106 prosent til 68 pasienter i 2007. Målt i faktisk antall ganger, timer og pasienter, brukes isolering nå særlig ved akuttavdelingene, men korrigert for driftsomfang (antall per 365 oppholdsdøgn) brukes tvangsmidlet flest ganger og timer ved sikkerhetsavdelingene. Isolering benyttes i større grad overfor kvinner enn overfor menn. I 2007 ble isolering benyttet ved om lag halvparten av sykehusene med psykiatriske avdelinger. Halvparten av pasientene som ble utsatt for isolering var tilknyttet to av disse institusjonene.

## 5.4 Holding

Tabell 5.16 viser bruken av holding fordelt på sykehus og andre institusjoner i 2007. Regulering av holding er nytt fra 1.1.2007.

Tabell 5.16 Vedtak om holding etter institusjonstype. Antall ganger, timer og pasienter. 2007.

	Ganger	Timer	Pasienter
Sykehus	962	240	252
Andre institusjoner	37	6	20
Totalt	999	246	272

22 sykehus og 8 andre døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne rapporterte om bruk av holding i 2007. Holding ble brukt til sammen 999 ganger fordelt på 272 pasienter. Holding ble i all hovedsak benyttet ved sykehusene.

Tabell 5.17 viser fordelingen i bruk av holding etter avdelingstype ved sykehusene i 2007<sup>18</sup>, mens tabell 5.18 viser omfanget i hver avdelingstype i forhold til driftsomfanget (rater). Se kapittel 5.1 for beskrivelse av ratene.

Tabell 5.17 Vedtak om holding etter avdelingstype. Antall ganger og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Timer		Pasienter	
	Antall	Pst	Antall	Pst	Antall	Pst
Akuttavdelinger	504	52	134	56	154	60
Korttids- og intermediaeravdelinger	53	6	33	14	23	9
Langtidsavdelinger	99	10	20	8	24	9
Rehabiliteringsavdelinger	70	7	18	8	10	4
Sikkerhetsavdelinger	75	8	10	4	24	9
Psykiogeriatriske avdelinger	141	15	20	8	14	6
Avd for unge schizofrene	13	1	6	2	3	1
Andre sykehusavdelinger	7	1	0	0	3	1
Sykehus totalt	962	100	240	100	255	100

<sup>18</sup> Ettersom samme pasient kan ha vært utsatt for holding ved flere avdelingstyper, blir antall pasienter noe høyere i tabell 5.17 enn i tabell 5.16.

Tabell 5.18 Vedtak om holding etter avdelingstype. Rater for antall ganger, timer og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Timer		Pasienter	
	Rate	Pst av gj.snitt	Antall	Pst av gj.snitt	Antall	Pst av gj.snitt
Akuttavdelinger	0,7	160	0,2	170	0,2	185
Korttids- og intermedieravdelinger	0,1	30	0,1	76	0,1	50
Langtidsavdelinger	0,5	112	0,1	90	0,1	103
Rehabiliteringsavdelinger	0,3	67	0,1	70	0,0	36
Sikkerhetsavdelinger	0,4	87	0,1	47	0,1	105
Psykiatriske avdelinger	0,6	131	0,1	73	0,1	49
Avd for unge schizofrene	0,1	21	0,0	37	0,0	19
Andre sykehusavdelinger	0,1	26	0,0	3	0,0	42
Sykehus totalt	0,4	100	0,1	100	0,1	100

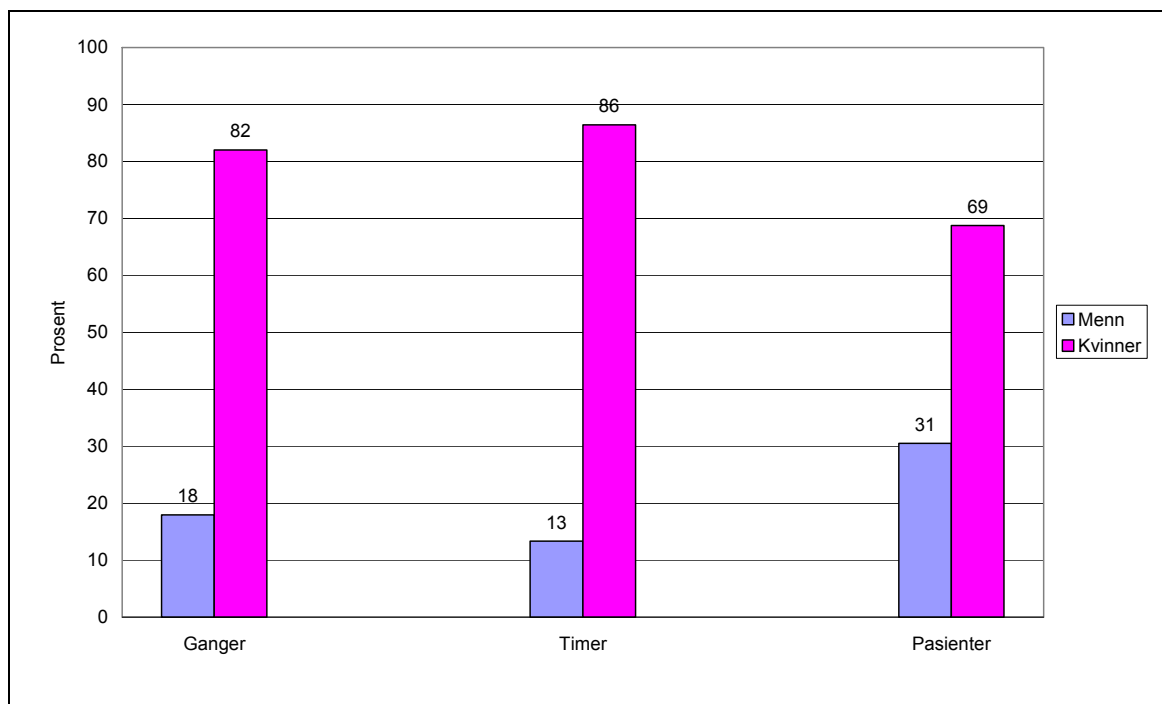
Holding skjer i hovedsak ved akuttavdelingene. 50 – 60 prosent av omfanget i 2007 skjedde ved denne avdelingstypen, enten man måler ved antall ganger, varighet eller antall pasienter holding ble brukt overfor. Dette resultatet holder seg også når man justerer for driftsomfanget, men målt ved antall ganger per 365 oppholdsdøgn, brukte også de psykiatriske avdelingene og langtidsavdelingene holding hyppigere enn gjennomsnittet for sykehusavdelingene.

Tabell 5.19 viser bruken av holding i 2007, fordelt etter kjønn, både når det gjelder antall ganger, timer og pasienter<sup>19</sup>. Figur 5.9 viser den relative fordelingen mellom menn og kvinner.

Tabell 5.19 Vedtak om holding etter pasientens kjønn. Antall ganger, timer og pasienter. Alle institusjoner. 2007.

	Ganger	Timer	Pasienter
Menn	179	33	83
Kvinner	817	212	187
Opplysning om kjønn mangler	3	1	2
Totalt	999	246	272

<sup>19</sup> 51-53 prosent av pasientene ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet er kvinner. Dette gjelder hele perioden 2001 til 2007 (Pedersen og Bjerkan, 2008).



Figur 5.9 Vedtak om holding. Prosentvis fordeling av antall vedtak, timer og pasienter etter kjønn. 2007.

Holding er et tvangsmiddel som i all hovedsak blir brukt overfor kvinner. 4 av 5 ganger holding ble benyttet, gjaldt dette en kvinne. Kvinnene er klart overrepresentert også hvis man måler i varighet eller i antall pasienter.

Tabell 5.20 viser spredningen i bruk av holding per pasient for 2007, både når det gjelder antall ganger og antall timer.

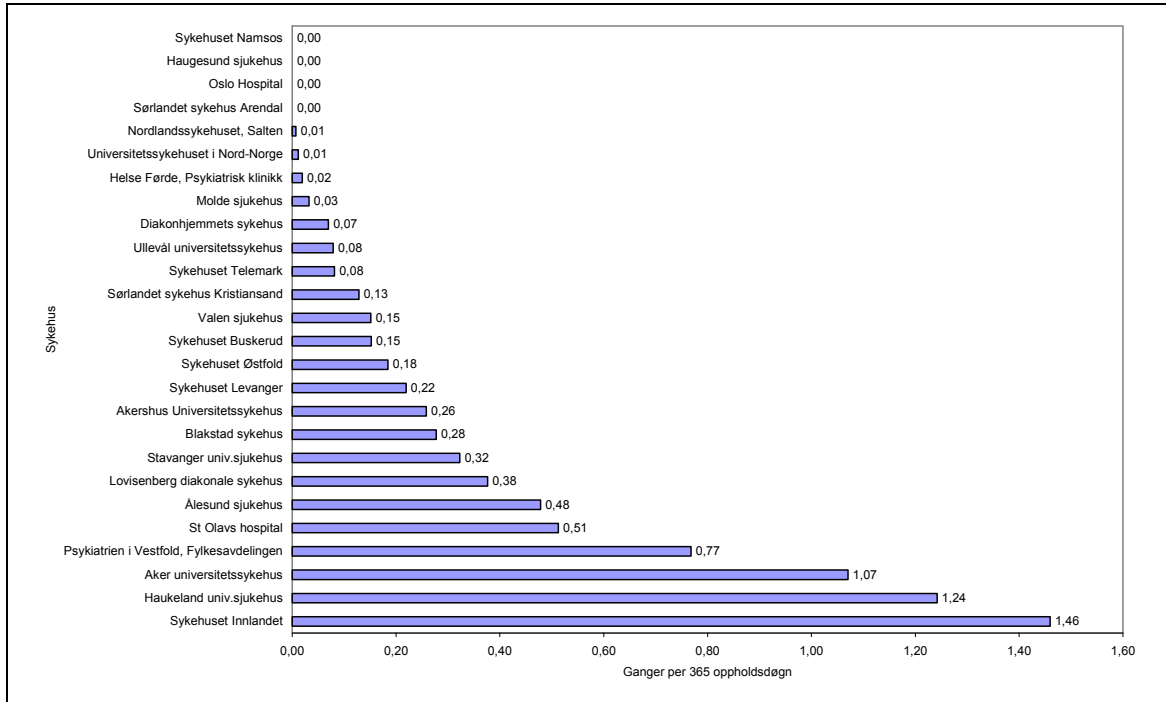
Tabell 5.20 Vedtak om holding. Antall ganger og timer per pasient (gjennomsnitt, median, øvre kvartil). Alle institusjoner. 2007.

		Gj.snitt	Median	Øvre kvartil
Ganger per pasient	2007	3,7	1,0	3,0
Timer per pasient	2007	0,9	0,3	0,8

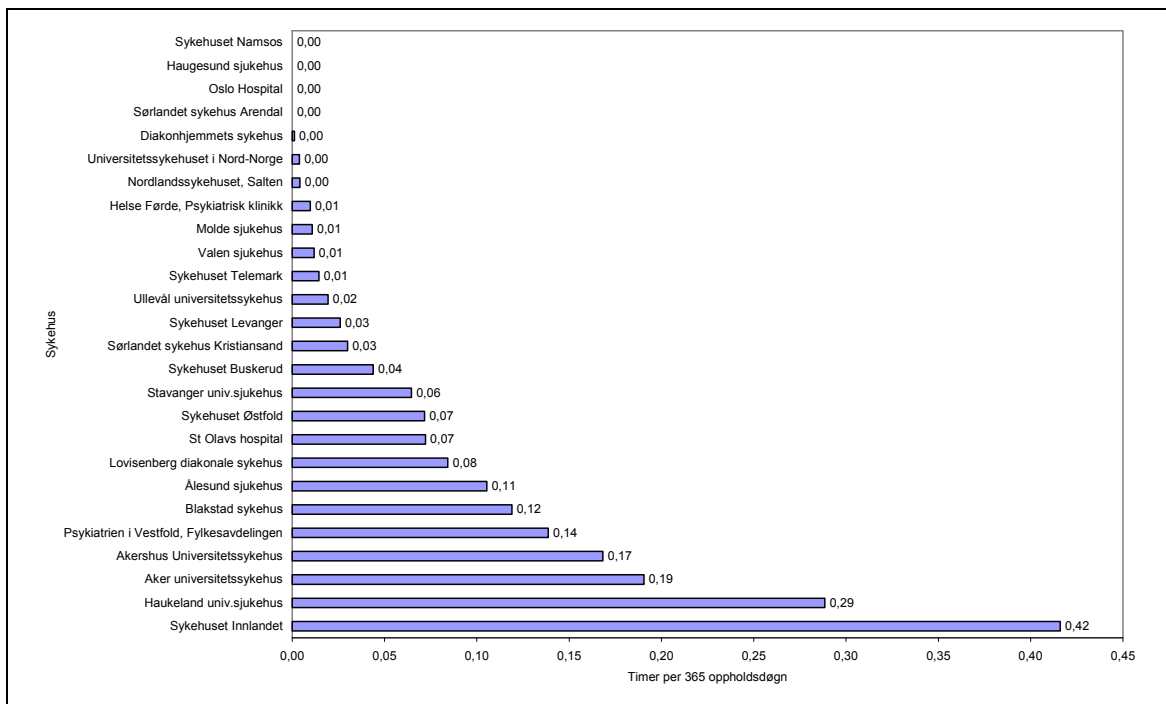
Også i bruken av holding er det en klar skjevfordeling. Gjennomsnittet ligger høyere enn grensen for øvre kvartil både for antall ganger og for antall timer per pasient. Med andre ord ble et lite mindretall betydelig hyppigere utsatt for holding enn flertallet av pasientene tvangsmidlet ble benyttet i forhold til, og holding ble også benyttet over vesentlig lengre tid i forhold til et fåtall pasienter.

#### 5.4.1 Sammenligning mellom sykehus

Figur 5.10 viser den sykehusvise fordelingen av ratene for antall ganger holding har blitt brukt. Figur 5.11 viser tilsvarende fordeling for antall timer. Tallene er standardisert i forhold til driftsomfang, målt ved antall oppholdsdøgn. Fordi omfanget av holding er forholdsvis lite, er ikke ratene trimmet. Det er derfor bare totalratene som presenteres.



Figur 5.10 Vedtak om holding etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Totalrater. Sykehus. 2007.



Figur 5.11 Vedtak om holding etter institusjon. Antall timer per 365 oppholdsdøgn. Totalrater. Sykehus. 2007.

22 av de 26 sykehusene som rapporterte om bruk av tvangsmidler i 2007, rapporterte om ett eller flere tilfeller av holding<sup>20</sup>. Omfanget varierer imidlertid vesentlig på institusjonsnivå. Ved omtrent halvparten av sykehusene som rapporterer om bruk av holding i 2007 ble holding benyttet færre enn 10 ganger. De to sykehusene som benyttet holding flest ganger stod alene for om lag 25 prosent av tilfellene. Siden holding ikke er rapportert tidligere, er det usikkert om dette skyldes systematiske forskjeller i praksis eller underrapportering.

#### 5.4.2 Oppsummering holding

Holding rapporteres for første gang i 2007, og ble da brukt ved 22 sykehus og 8 andre døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Som for tvangsmidler for øvrig, benyttes holding i overveiende grad ved akuttavdelingene. Dette gjelder enten man justerer for aktivitet (per 365 oppholdsdøgn) eller ikke. Holding brukes langt oftere overfor kvinner enn overfor menn. 82 prosent av vedtakene om holding gjaldt kvinner, og to av tre pasienter som ble utsatt for holding var kvinner. På institusjonsnivå observeres det til dels store forskjeller i omfanget av holding. Mer enn halvparten av sykehusene som rapporterte om bruk av tvangsmidler i 2007 rapporterer i svært liten grad om holding, mens to sykehus alene stod for om lag 25 prosent av tilfellene.

---

<sup>20</sup> Holding ble ikke benyttet ved Sykehuset Namsos, Haugesund sjukehus, Oslo Hospital og Sørlandet sykehus, Arendal. Modum Bad nervesanatorium, NKS Olaviken aderspsykiatriske sykehus og Viken senter for psykiatri og sjelesorg benyttet ikke tvangsmidler i 2007, og er derfor utelatt fra undersøkelsen.

## 5.5 Skjerming over 48 timer (etter vedtak)

Hjemmelen for skjerming over 48 timer (etter vedtak) finnes i psykisk helsevernlovens §4.3. Egne forskrifter for bruken trådte først i kraft fra 1.1.2007<sup>21</sup>. Vedtak om skjerming over 48 timer (24/12 i 2007) omtales videre som Vedtak som skjerming.

Tabell 5.21 viser antall vedtak om skjerming, og antall pasienter der slikt vedtak er fattet (en eller flere ganger). Tallene er fordelt etter institusjonstype og år.

Tabell 5.21 Vedtak om skjerming etter institusjonstype og år. Antall ganger og pasienter. 2001, 2003, 2005 og 2007

	Ganger				Pasienter*			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Sykehus	761	1 245	1 928	2 246	442	757	1 088	1 181
Andre institusjoner	17	35	121	103	15	29	75	58
Totalt	778	1 280	2 049	2 349	457	786	1 163	1 239
Pst endring 2001-03				65				72
Pst endring 2003-05				60				48
Pst endring 2005-07				15				7
Pst endring 2001-07				202				171

\* Tallet på pasienter er svakt overestimert. Dette skyldes at enkelte institusjoner mangler gjennomgående pasientnummer.

Vi mangler oppgaver over bruken av skjerming for tre institusjoner i 2001. For 2003 mangler vi oppgaver for en institusjon, mens tallene for en annen institusjon ikke er komplette. Tallene i tabellen er derfor noe underestimert for disse årene. I 2007 ble det gjort vedtak om skjerming i 26 sykehus og 9 andre døgninstitusjoner.

Det har gjennom hele perioden vært en betydelig økning i bruken av skjerming og spesielt for perioden 2001 - 2005. Fra 2005 til 2007 var økningen 15 prosent målt i antall ganger og 7 prosent målt i antall pasienter. Økningen fra 2005 til 2007 er imidlertid ikke gjennomgående. For sykehusene økte nivået totalt, men om lag halvparten av sykehusene hadde en nedgang i antall vedtak om skjerming i perioden. Ved døgninstitusjoner utenom sykehusene er nivået redusert fra 2005 til 2007. Dette kan delvis forklares ved at DPS-avdelinger i Stavanger universitetssjukehus HF er overført til sykehuset. Samlet gir dette en økning på 202 prosent for antall ganger og 171 prosent for antall pasienter fra 2001 - 2007.

Tabell 5.22 viser fordelingen etter avdelingstype ved sykehusene i 2007, mens tabell 5.23 viser hyppighet i forhold til driftsomfang målt ved antall oppholdsdøgn samme år (rater)<sup>22</sup>. Se kapittel 5.1 for en beskrivelse av ratene.

<sup>21</sup> I forbindelse med revisjonen i 2006 ble det stilt krav om at skjermingstiltak over 24 timer skulle vedtaksfestes, samt utarbeidet forskrifter for skjerming (FOR 2006-12-15 nr. 1423). Samtidig ble det også gjort en presisering mht. type skjerming: Dersom pasienten blir overført til skjermet enhet eller liknende, og dette innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes over 12 timer.

<sup>22</sup> Ettersom enkelte pasienter har vært underlagt skjerming ved flere avdelingstyper, blir antall pasienter noe høyere i tabell 5.22 enn i tabell 5.21.



Tabell 5.22 Vedtak om skjerming etter avdelingstype. Antall ganger og pasienter (N og prosent). Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Pasienter	
	Antall	Pst	Antall	Pst
Akuttavdelinger	1 387	62	888	72
Korttids- og intermedieravdelinger	335	15	139	11
Langtidsavdelinger	126	6	46	4
Rehabiliteringsavdelinger	80	4	34	3
Sikkerhetsavdelinger	2 41	11	84	7
Psykogeriatriske avdelinger	43	2	21	2
Avd for unge schizofrene	4	0	2	0
Andre sykehusavdelinger	30	1	11	1
Sykehus totalt	2 246	100	1 225	100

Tabell 5.23 Vedtak om skjerming etter avdelingstype. Rater for antall ganger og pasienter per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007.

	Ganger		Pasienter	
	Antall	Pst av gj.snitt	Antall	Pst av gj.snitt
Akuttavdelinger	1,91	189	1,22	222
Korttids- og intermedieravdelinger	0,83	82	0,34	63
Langtidsavdelinger	0,62	61	0,23	41
Rehabiliteringsavdelinger	0,33	33	0,14	26
Sikkerhetsavdelinger	1,21	120	0,42	77
Psykogeriatriske avdelinger	0,17	17	0,08	15
Avd for unge schizofrene	0,03	3	0,01	3
Andre sykehusavdelinger	0,48	47	0,17	32
Sykehus totalt	1,01	100	0,55	100

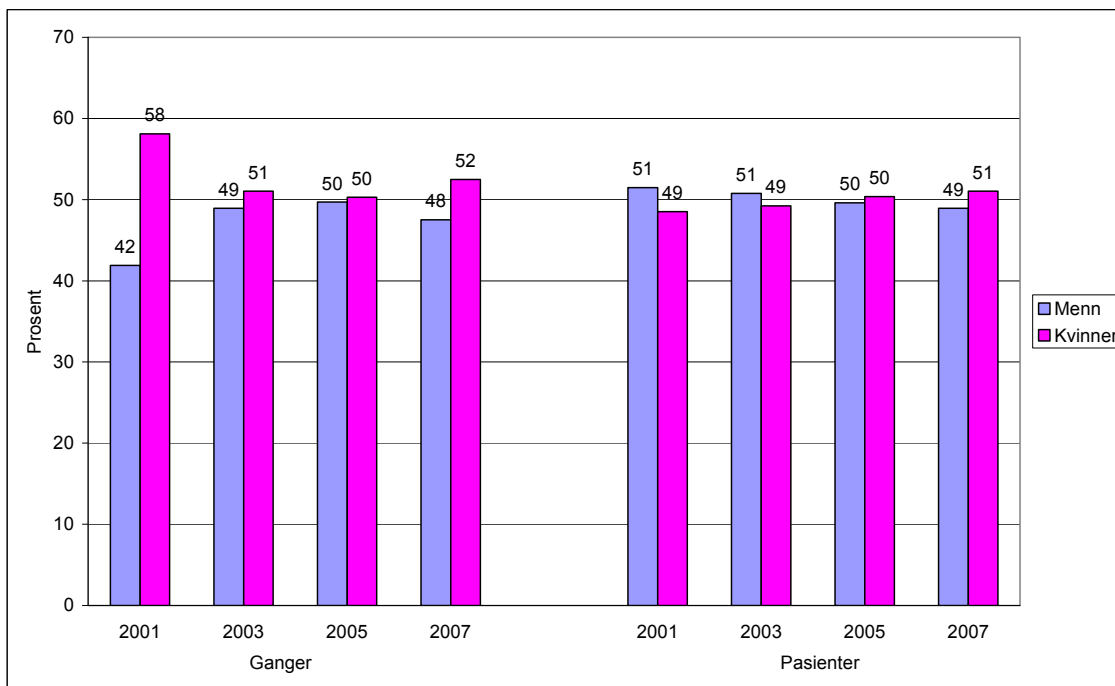
Både absolutt og relativt er vedtak om skjerming mest hyppig ved akuttavdelingene. 62 prosent av vedtakene og 72 prosent av de berørte pasientene befant seg på disse avdelingene. Dette er en større andel enn i 2005, og ratene som justerer for driftsomfanget er også høyere (Pedersen, Hatling og Røhme 2007). Målt ved rater per 365 oppholdsdøgn har bruken av skjerming et betydelig omfang også ved sikkerhetsavdelingene. Sikkerhetsavdelingene hadde også en kraftigere vekst i bruken av skjerming enn de øvrige avdelingstypene i perioden 2001 – 2005. Fra 2005 – 2007 går imidlertid omfanget ned målt både ved antall og ved rater.

Tabell 5.24 viser bruken av skjerming fordelt etter pasientenes kjønn i 2001, 2003, 2005 og 2007<sup>23</sup>. Figur 5.12 viser den prosentvise fordelingen for hvert av årene.

Tabell 5.24 Vedtak om skjerming etter pasientens kjønn og år. Antall ganger og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Menn	313	626	1 012	1 118	226	399	573	607
Pst endring 2001-03				100				77
Pst endring 2003-05				62				44
Pst endring 2005-07				10				6
Pst endring 2001-07				257				169
Kvinner	434	653	1 024	1 231	213	387	582	632
Pst endring 2001-03				50				82
Pst endring 2003-05				57				50
Pst endring 2005-07				20				9
Pst endring 2001-07				184				197
Opplysning om kjønn mangler	31	1	13	0	19	1	10	0
<b>Totalt</b>	<b>778</b>	<b>1 280</b>	<b>2 049</b>	<b>2 349</b>	<b>458</b>	<b>787</b>	<b>1 165</b>	<b>1 239</b>
Pst endring 2001-03				65				72
Pst endring 2003-05				60				48
Pst endring 2005-07				15				6
Pst endring 2001-07				202				171

<sup>23</sup> 51-53 prosent av pasientene ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne er kvinner. Dette gjelder hele perioden 2001 til 2007 (Pedersen og Bjerkan, 2008).



Figur 5.12 Vedtak om bruk av skjerming. Prosentvis fordeling av antall vedtak og pasienter etter kjønn og år. 2001, 2003, 2005 og 2007.

Gjennom hele perioden har om lag like mange menn som kvinner blitt utsatt for skjerming. Ved registreringen i 2001 ble det imidlertid tatt flere vedtak om skjerming overfor kvinner enn overfor menn. I 2003 og i 2005 var antall vedtak omtrent likelig fordelt mellom menn og kvinner mens det i 2007 igjen var en liten forskjell med noen flere vedtak om skjerming som gjaldt kvinner.

Tabell 5.25 viser mål for spredning i antall vedtak per pasient.

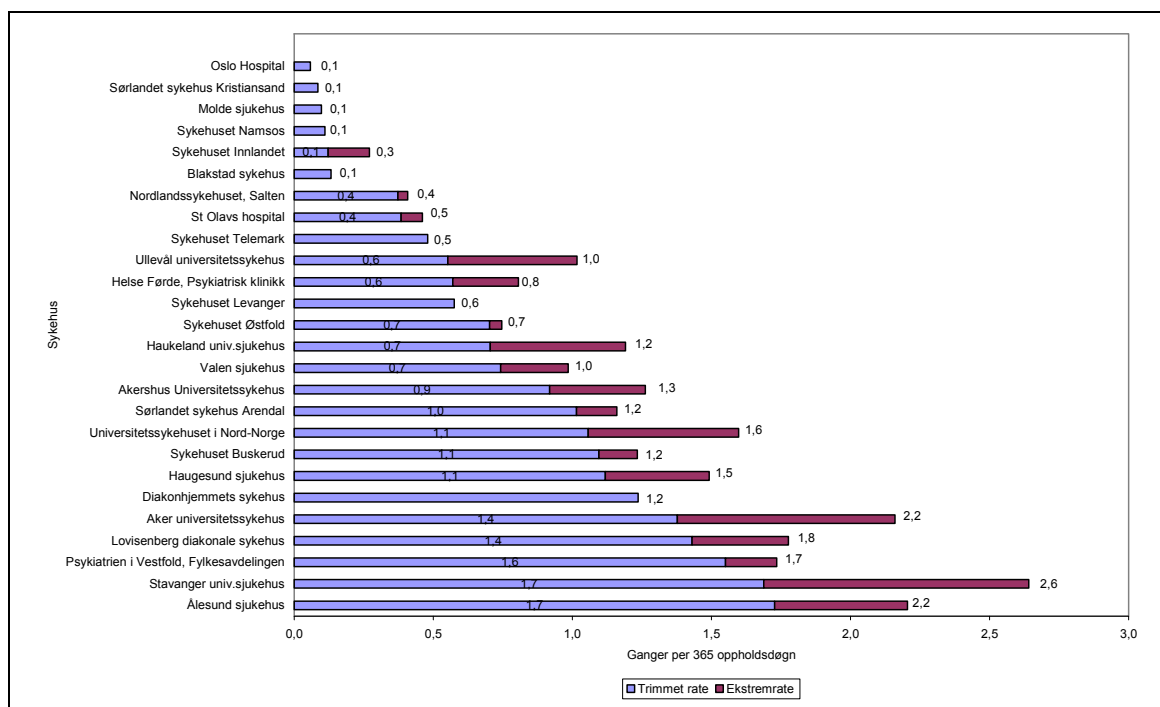
Tabell 5.25 Vedtak om bruk av skjerming per pasient og år. Antall ganger per pasient (gjennomsnitt, median, øvre kvartil). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Gj.snitt	Median	Øvre kvartil
2001	1,7	1,0	2,0
2003	1,6	1,0	2,0
2005	1,8	1,0	2,0
2007	1,9	1,0	2,0

Også for vedtak om skjerming finner vi en skjevfordeling. Over halvparten av de berørte pasientene har bare ett vedtak, mens gjennomsnittet ligger nært opp mot verdi for øvre kvartil. Gjennomsnittet har også økt både fra 2003 til 2005 og fra 2005 til 2007. Fordelingen er imidlertid mindre skjev enn for tvangsmidlene. Medianverdien har holdt seg stabilt på ett vedtak per pasient, og mindre enn 25 prosent av pasientene har mer enn to vedtak på alle rapporteringstidspunkt. Økningen i antall vedtak om skjerming skyldes med andre ord ikke en generell økning i antall vedtak per pasient, men at skjerming har blitt brukt i forhold til flere pasienter samt en liten økning i antall vedtak for de pasientene det i aller størst grad ble gjort vedtak i forhold til.

### 5.5.1 Sammenligning mellom sykehus

Figur 5.13 viser den institusjonsvise fordelingen over antall vedtak om skjerming i 2007. Tallene er standardisert i forhold til driftsomsfang, målt ved antall oppholdsdøgn. Igjen har vi valgt å "trimme" ratene. De fem prosent av pasientene som hadde flest vedtak er trukket ut. Disse var utsatt for 27 prosent av vedtakene. Søylen til venstre viser de trimmede ratene. Søylen for "ekstremtilfellene" er plassert til høyre for disse. Summen viser dermed totalraten. I figuren er sykehusene sortert etter de trimmede ratene. For beregningsmåten viser vi til metodekapitlet.



Figur 5.13 Vedtak om skjerming etter institusjon. Antall vedtak per 365 oppholdsdøgn. Trimmede og utrimmede rater. Sykehus. 2007.

26 av de 29 sykehus med psykiatrisk avdeling fattet i 2007 vedtak om skjerming<sup>24</sup>. Det er betydelige forskjeller i bruken av skjerming. Dette gjelder både trimmede rater og totalrater.

Spørsmålet blir da om slike forskjeller gjenspeiler ulik praksis mellom institusjonene, eller om det snarere er knyttet til tilfeldige forskjeller i pasientsammensetningen det enkelte år. For å undersøke dette, har vi for det første beregnet korrelasjonskoeffisienten mellom de trimmede og de utrimmede ratene. Koeffisienten er svært høy (Pearsons  $r=0,96$ ). Selv om "ekstremtilfeller" kan påvirke tallene for den enkelte institusjon, blir de institusjonsvise forskjellene altså langt på vei de samme enten "ekstremtilfeller" inkluderes eller ekskluderes. Vi har i tillegg undersøkt utviklingen over tid, i hvilken grad det er de samme institusjonene som hyppigst fattet vedtak om skjerming alle årene<sup>25</sup>. Korrelasjonen mellom ratene for 2001 og 2003 ( $r=0,48$ ), mellom ratene for 2003 og 2005 ( $r=0,57$ ) og mellom ratene for 2005 og 2007 ( $r=0,58$ ) er betydelige. Det ser altså ut til at enkelte institusjoner gjennomgående

<sup>24</sup> Modum Bads nervesenatorium, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Viken senter for psykiatri og sjelesorg benyttet ikke noen form for tvangsmidler eller skjerming og inngår ikke i undersøkelsen. For øvrig ble skjerming benyttet ved alle sykehus med psykiatrisk avdeling i 2007.

<sup>25</sup> Institusjonsstrukturen har endret seg i løpet av perioden. I de tilfeller institusjoner har blitt slått sammen har ratene for tidligere år blitt beregnet på nytt ut fra den nye strukturen. Stavanger universitetssykehus (der store deler av virksomheten er overført til DPS) og Sykehuset Innlandet, Gjøvik (som også er overført til et DPS) er holdt utenfor sammenligningen

hyppigere fatter vedtak om skjerming enn andre institusjoner, og at disse forskjellene ikke kan føres tilbake til tilfeldige variasjoner i pasientbelegget.

#### 5.5.2 Oppsummering skjerming over 48 timer (etter vedtak)

Fra 2001 til 2007 økte antall skjermingsvedtak og antall pasienter utsatt for slikt vedtak med henholdsvis 202 og 171 prosent. Vedtak om skjerming ble i hele perioden fattet omtrent like hyppig overfor kvinner som overfor menn. Skjermingsvedtak ble fattet ved 26 av de 29 sykehusene med psykiatrisk avdeling. Vedtak ble også fattet ved ni andre døgninstitusjoner. Gjennomsnittlig antall vedtak per pasient var 1,7 i 2001 og 1,9 i 2007, altså en liten økning. Dette skyldes økning i antall vedtak for de pasientene det ble fattet flest vedtak i forhold til.

Skjermingsvedtak er mest vanlig ved akuttavdelingene (62 prosent), men skjerming benyttes også i noe utstrekning ved korttids- og intermediæravdelingene og ved sikkerhetsavdelingene. I 2005 ble skjerming brukt like ofte ved sikkerhetsavdelingene som ved akuttavdelingene, og bruken av skjerming ved sikkerhetsavdelingene var økende i perioden 2001 - 2005. Dette gjelder ikke for perioden 2005 - 2007. I denne perioden økte omfanget av skjerming ved akuttavdelingene mens det var en nedgang ved sikkerhetsavdelingene, målt ved antall ganger og antall pasienter per 365 oppholdsdøgn.

På tross av en betydelig økning i bruken av skjerming, ser det ut til at enkelte institusjoner gjennomgående hyppigere fatter vedtak om skjerming enn andre institusjoner, og at disse forskjellene ikke kan føres tilbake til tilfeldige variasjoner i pasientbelegget.

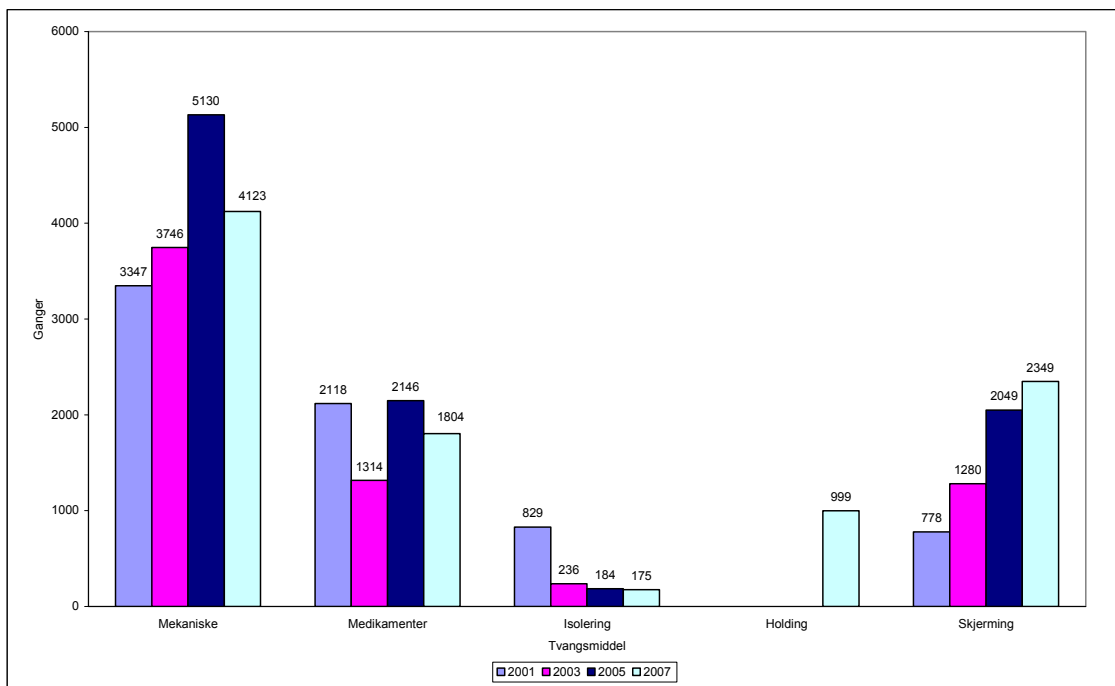
Man kan ikke se bort ifra at økningen i antall vedtak om skjerming fra 2005 til 2007 delvis kan forklares ved endring i regelverket. Mens *vedtak* om skjerming skulle fattes ved varighet utover 48 timer ved registreringene i 2001, 2003 og 2005, skulle vedtak fattes ved varighet utover 24/12 timer i 2007.

## 5.6 Samlet tvangsmiddelbruk

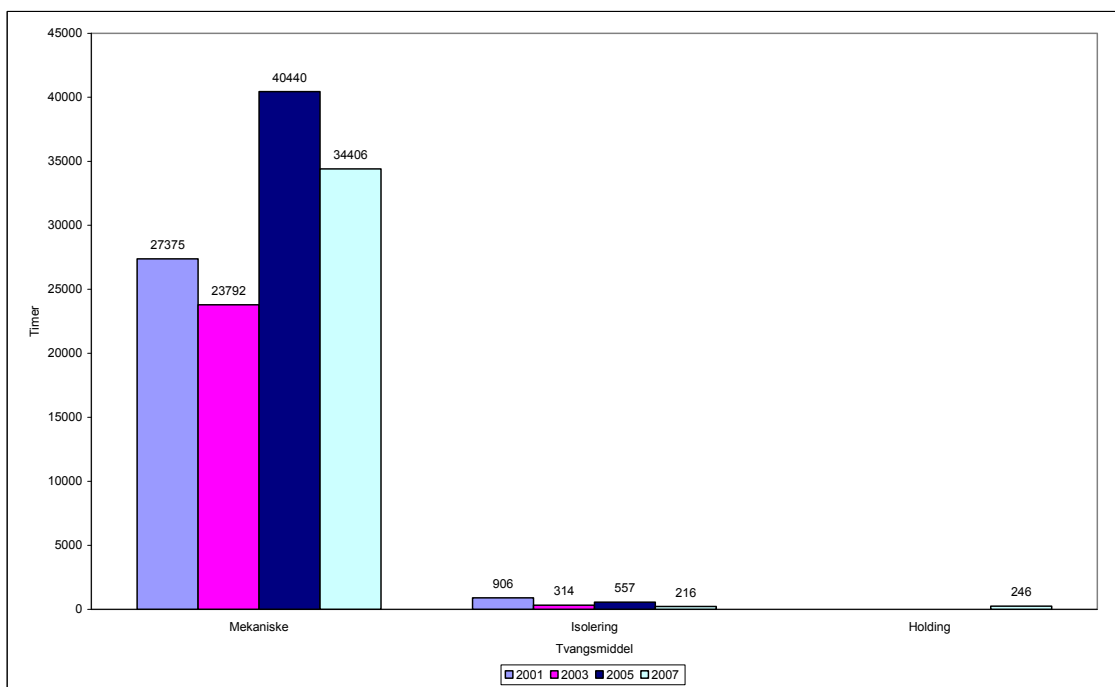
Så langt har vi framstilt bruken av det enkelte tvangsmiddel for seg. Vi vil i dette avsnittet undersøke den samlede tvangsmiddelbruken, og hvordan denne har utviklet seg over perioden 2001 til 2007.

### 5.6.1 Utvikling i den samlede tvangsmiddelbruken over perioden 2001 til 2007

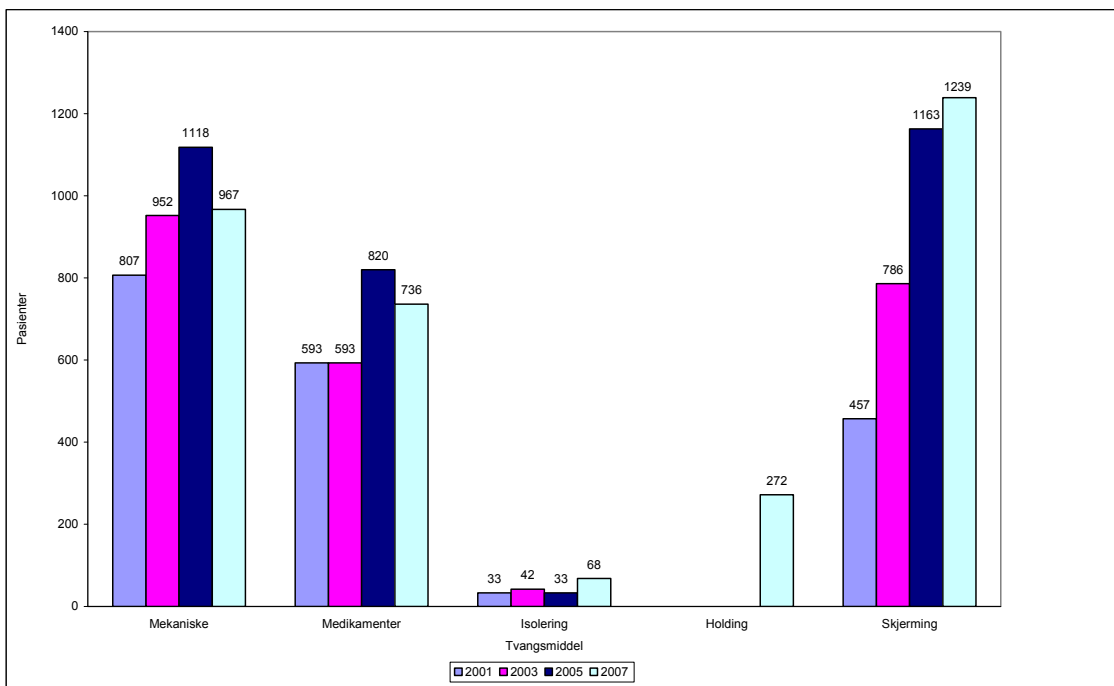
Figur 5.14 viser utviklingen i bruken av tvangsmidlene samt skjerming, målt ved antall ganger de har blitt benyttet. Figur 5.15 viser tilsvarende utviklingen i bruken, målt ved antall timer, for de tre tvangsmidlene der tidsdata foreligger (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding). Figur 5.16 viser utviklingen i antall pasienter berørt av hvert av tiltakene. I Figur 5.17 er utviklingen i den samlede tvangsbruken oppsummert. Ettersom samme pasient kan være utsatt for flere tvangsformer, gir denne figuren fordelingen både etter tvangsform, og summert på tvers av tvangsformer.



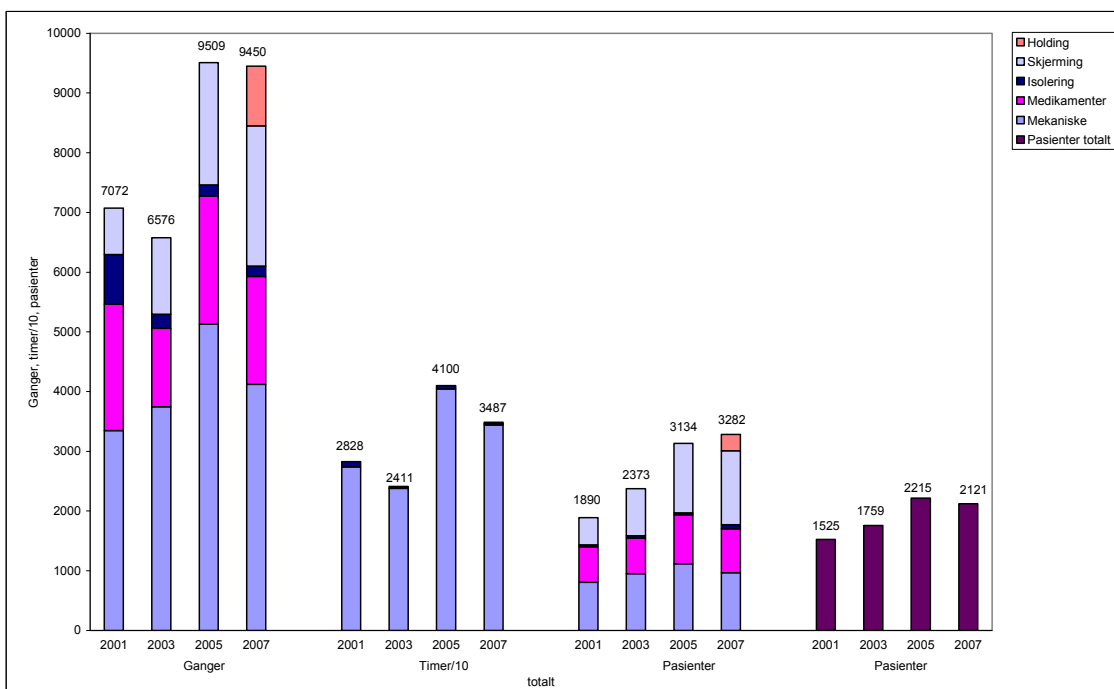
Figur 5.14 Antall ganger tvangsmidler samt skjerming ble benyttet. Etter tvangsmiddel. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.



Figur 5.15 Antall timer mekaniske tvangsmidler, isolering og holding ble benyttet. Etter tvangsmiddel. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.



Figur 5.16 Antall pasienter utsatt for tvangsmidler eller skjerming. Etter tvangsmiddel. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.



Figur 5.17 Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming. Antall ganger, timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) og pasienter etter tvangsmiddel, samt antall pasienter totalt. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Antall timer er skalert ned ved å dividere med 10



Den samlede bruken av tvangsmidler (ganger) samt vedtak om skjerming økte fra 2001-2007. Dette kan i hovedsak forklares ved en økning i omfanget av mekaniske tvangsmidler og i bruken av skjerming. Bruken av korttidsvirkende legemidler og isolering er redusert. Den samlede bruken gikk ned fra 2001 til 2003. Fra 2003 til 2005 var det en betydelig økning, mens fra 2005 til 2007 er det totale omfanget, målt ved antall ganger, omtrent uendret. Holding ble dessuten ikke rapportert for perioden 2001 – 2005, og dersom holding holdes utenfor, også for 2007, var det fra 2005 til 2007 en reduksjon i antall ganger tvangsmidler og skjerming ble benyttet. Dette kan i hovedsak forklares ved reduksjon i antall ganger mekaniske tvangsmidler ble benyttet i samme periode. Det er uvisst om denne utviklingen delvis skyldes substitusjon mellom holding og bruk av mekaniske tvangsmidler, men det ser ikke ut til å være en entydig sammenheng mellom bruk av holding i 2007 og endring i omfanget av mekaniske tvangsmidler fra 2005 til 2007.

Utviklingen i tidsbruk (knyttet til mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) viser en tilsvarende utvikling; etter en nedgang fra 2001 til 2003 har det vært en kraftig økning fra 2003 til 2005 men en nedgang fra 2005 til 2007. I antall timer har det likevel vært en økning for perioden 2001 – 2007. Dette gjelder også om timer som gjelder holding ekskluderes.

Tallet på pasienter utsatt for tvangsmidler og/eller vedtak om skjerming har økt gjennom hele perioden. Dersom holding tas ut er det imidlertid også for antall pasienter en liten nedgang for perioden 2005 til 2007. Reduksjonen gjelder antall pasienter utsatt for mekaniske tvangsmidler og korttidsvirkende legemidler. For perioden 2001 til 2007 samlet økte likevel antall pasienter utsatt for alle typer tvangsmiddel eller skjerming.

### 5.6.2 Utviklingen i bruken av tvangsmidler og skjerming etter institusjonstype.

Tabell 5.26 viser utviklingen i bruken av tvangsmidler og skjerming etter institusjonstype.

Tabell 5.26 Samlet tvangsmiddelbruk etter institusjonstype og år. Antall ganger (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding). Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Timer				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Sykehus	6 776	6 325	8 265	9 182	27 949	23 607	37 349	34 502	1 481	1 703	2 061	1 983
Andre institusjoner	296	251	732	268	332	499	3647	366	44	56	154	138
<b>Totalt</b>	<b>7 072</b>	<b>6 576</b>	<b>9 509</b>	<b>9 450</b>	<b>28 281</b>	<b>24 106</b>	<b>40 996</b>	<b>34 868</b>	<b>1 525</b>	<b>1 759</b>	<b>2 215</b>	<b>2 121</b>
Pst endring 2001-03				-7				-15				15
Pst endring 2003-05				45				70				26
Pst endring 2005-07				-1				-15				-4
Pst endring 2001-07				34				23				39

Bruken av tvangsmidler og skjerming har økt fra 2001 til 2007. Økningen gjelder sykehusene og både antall ganger, timer og pasienter. For "andre institusjoner" var det en kraftig økning i perioden 2003 til 2005. Dette skyldes hovedsakelig at psykiatriske poster ved Stavanger universitetssykehus og psykiatrisk avdeling ved Innlandet sykehus, Gjøvik ble overført til DPS. I 2007 ble avdelingene i Stavanger universitetssykehus HF igjen tilbakeført

til sykehuset, og dette forklarer delvis at nivået av tvangsmiddelbruk ved døgninstitusjoner utenfor sykehus ble redusert. Omfanget av tvangsmidler og skjerming i døgninstitusjoner utenfor sykehusene var omtrent på samme nivå i 2007 som i 2001, men dette gjaldt flere pasienter i 2007 enn i 2001.

### 5.6.3 Samlet bruk av tvangsmidler og skjerming etter avdelingstype

Tabell 5.27 viser den samlede bruken av tvangsmidler og skjerming etter avdelingstype<sup>27</sup>. Tabell 5.28 viser de tilsvarende ratene når vi kontrollerer for driftsomfang (rater) Se avsnitt 5.1 for en beskrivelse av ratene.

Tabell 5.27 Samlet tvangsbruk samt skjerming etter avdelingstype. Antall ganger (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding). Antall og prosent. Sykehusavdelinger. 2007.

Avdelingstype	Ganger		Timer		Pasienter	
	Antall	Pst	Antall	Pst	Antall	Pst
Akuttavdelinger	5 503	60	18 652	54	1 579	75
Korttids- og intermedieravdelinger	1 054	11	7 038	20	172	8
Landtidsavdelinger	526	6	1 645	5	78	4
Rehabiliteringsavdelinger	548	6	402	1	58	3
Sikkerhetsavdelinger	1 169	13	6 563	19	150	7
Psykiatriske avdelinger	273	3	59	0	58	3
Avd for unge schizofrene	23	0	6	0	8	0
Andre sykehusavdelinger	86	1	138	0	15	1
Sykehus totalt	9 182	100	34 503	100	2 118	100

<sup>27</sup> Ettersom samme pasient kan ha vært utsatt for bruk av tvangsmidler og skjerming ved flere avdelingstyper, blir antallet pasienter noe høyere enn i tabell 5.26.

Tabell 5.28 Samlet bruk av tvangsmidler samt skjerming etter avdelingstype. Rater for antall ganger (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) per 365 oppholdsdøgn. Sykehusavdelinger. 2007.

Avdelingstype	Ganger		Timer		Pasienter	
	Per 365 døgn	Pst av gj.snitt	Per 365 døgn	Pst av gj.snitt	Per 365 døgn	Pst av gj.snitt
Akuttavdelinger	7,6	183	25,6	165	2,2	228
Korttids- og intermedieravdelinger	2,6	63	17,4	113	0,4	45
Landtidsavdelinger	2,6	62	8,0	52	0,4	40
Rehabiliteringsavdelinger	2,3	55	1,7	11	0,2	25
Sikkerhetsavdelinger	5,9	143	33,0	213	0,8	79
Psykiatriske avdelinger	1,1	27	0,2	2	0,2	25
Avd for unge schizofrene	0,2	4	0,0	0	0,1	6
Andre sykehusavdelinger	1,4	33	2,2	14	0,2	25
Sykehus totalt	4,1	100	15,5	100	1,0	100

Den samlede tvangsmiddelbruken er høyest ved akuttavdelinger, både når det gjelder antall ganger, timer og pasienter. For øvrig er det sikkerhetsavdelingene og korttids- og intermedieravdelingene som benytter tvangsmidler og skjerming i størst omfang målt ved de tre indikatorene. Også målt i forhold til driftsomfang blir tvangsmidler og skjerming hyppigst (flestep ganger per oppholdsdøgn) og i forhold til flestep pasienter brukt ved akuttavdelingene, mens varigheten er høyest ved sikkerhetsavdelingene.

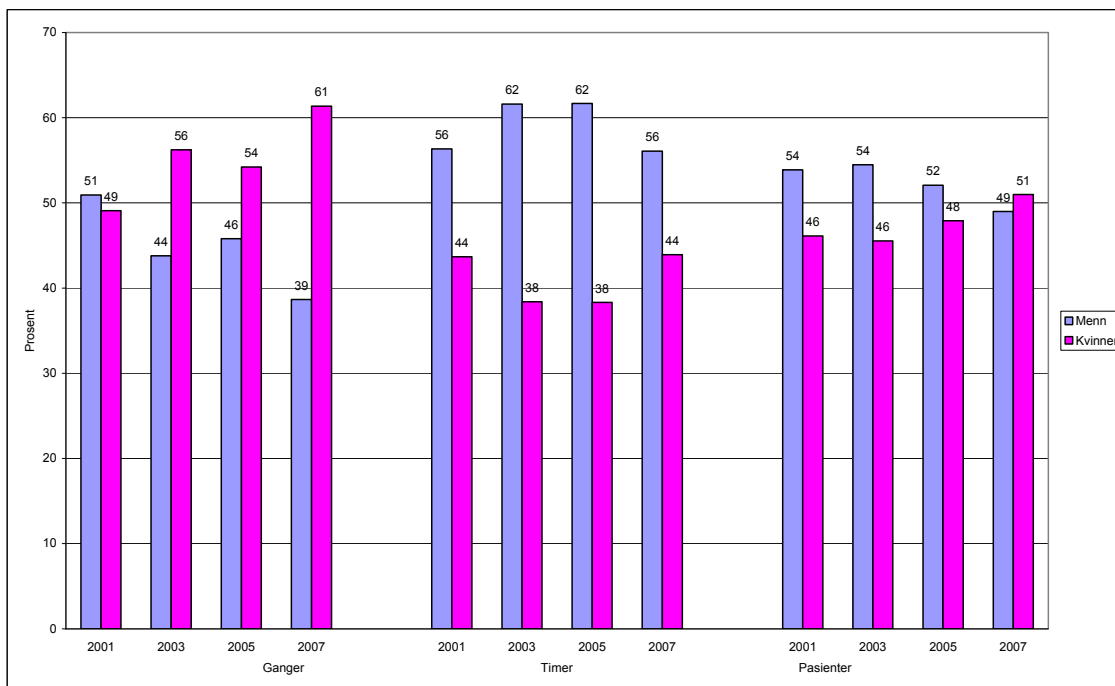
#### 5.6.4 Utviklingen i den samlede bruken av tvangsmidler og skjerming etter kjønn

Tabell 5.29 viser utviklingen i den samlede bruken av tvangsmidler og skjerming, fordelt etter pasientenes kjønn<sup>28</sup>. Figur 5.18 viser den prosentvise fordelingen mellom kjønnene.

<sup>28</sup> 51-53 prosent av pasientene ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne er kvinner. Dette gjelder hele perioden 2001 til 2007 (Pedersen og Bjerkan, 2008).

Tabell 5.29 Samlet bruk av tvangsmidler samt skjerming etter pasientens kjønn og år. Sum antall ganger (mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding) og timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) og pasienter. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

	Ganger				Timer				Pasienter			
	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007	2001	2003	2005	2007
Menn	3 569	2 862	4 297	3 651	15 901	14 751	25 232	19 547	804	958	1 149	1 038
Pst endring 2001-03				-20				-7				19
Pst endring 2003-05				50				71				20
Pst endring 2005-07				-15				-23				-10
Pst endring 2001-07				2				23				29
Kvinner	3 442	3 675	5 166	5 795	12 329	9 193	15 678	15 314	688	801	1 059	1 080
Pst endring 2001-03				7				-25				16
Pst endring 2003-05				41				71				32
Pst endring 2005-07				12				-2				2
Pst endring 2001-07				68				24				57
Kjønn ikke angitt	61	39	46	4	51	162	86	8	35	10	15	3
Totalt	7 072	6 576	9 509	9 450	28 281	24 106	40 996	34 868	1 527	1 769	2 223	2 121
Pst endring 2001-03				-7				-15				16
Pst endring 2003-05				45				70				26
Pst endring 2005-07				-1				-15				-5
Pst endring 2001-07				34				23				39



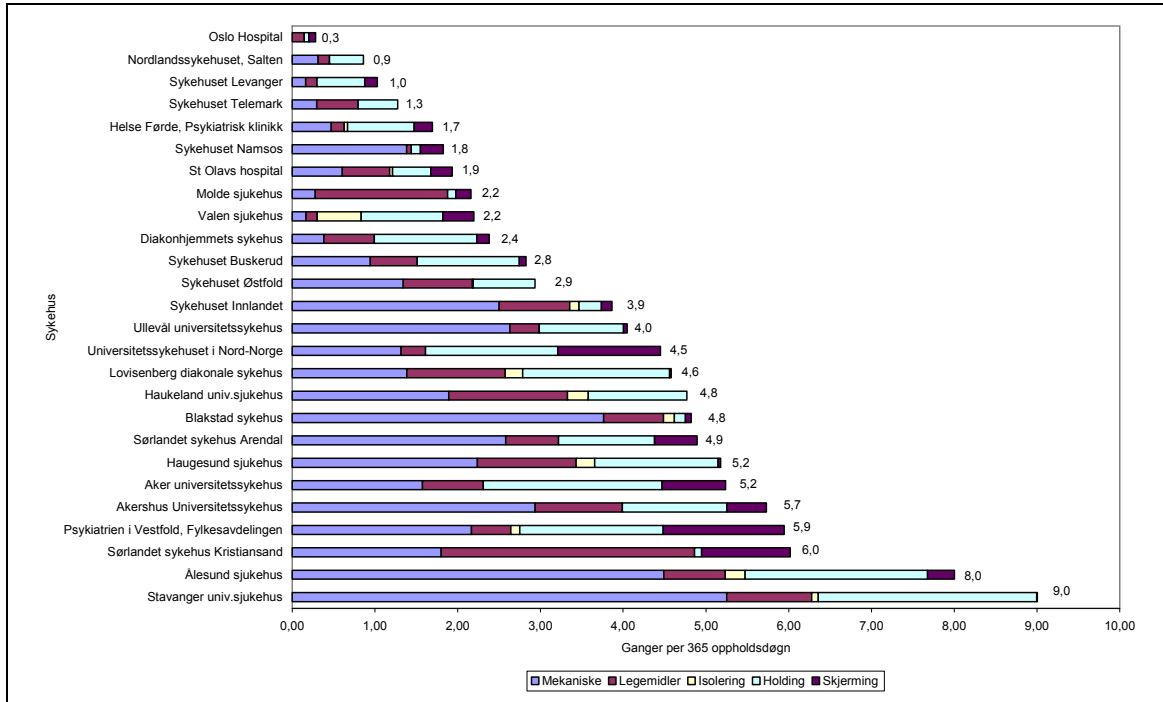
Figur 5.18 Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming etter kjønn. Antall ganger, timer (mekaniske tvangsmidler, isolering og holding) og pasienter etter tvangsmiddel. Alle institusjoner. 2001, 2003, 2005 og 2007.

Bruken av tvangsmidler og skjerming økte både for kvinner og menn i perioden 2001 - 2007, men mest for kvinner. I perioden 2001 – 2005 var det noen flere menn enn kvinner som ble utsatt for tvangsmiddelbruk/ skjerming. Ved registreringen i 2007 var 51 prosent av pasientene utsatt for dette kvinner. Med unntak av ved registreringen i 2001, ble kvinner hyppigere (flere ganger) utsatt for tvangsmidler/ skjerming enn menn. 61 prosent av gangene tvangsmidler/ skjerming ble benyttet i 2007 gjaldt en kvinne. Menn ble likevel gjennom hele perioden utsatt for flere timer med tvangsmiddelbruk enn kvinnene.

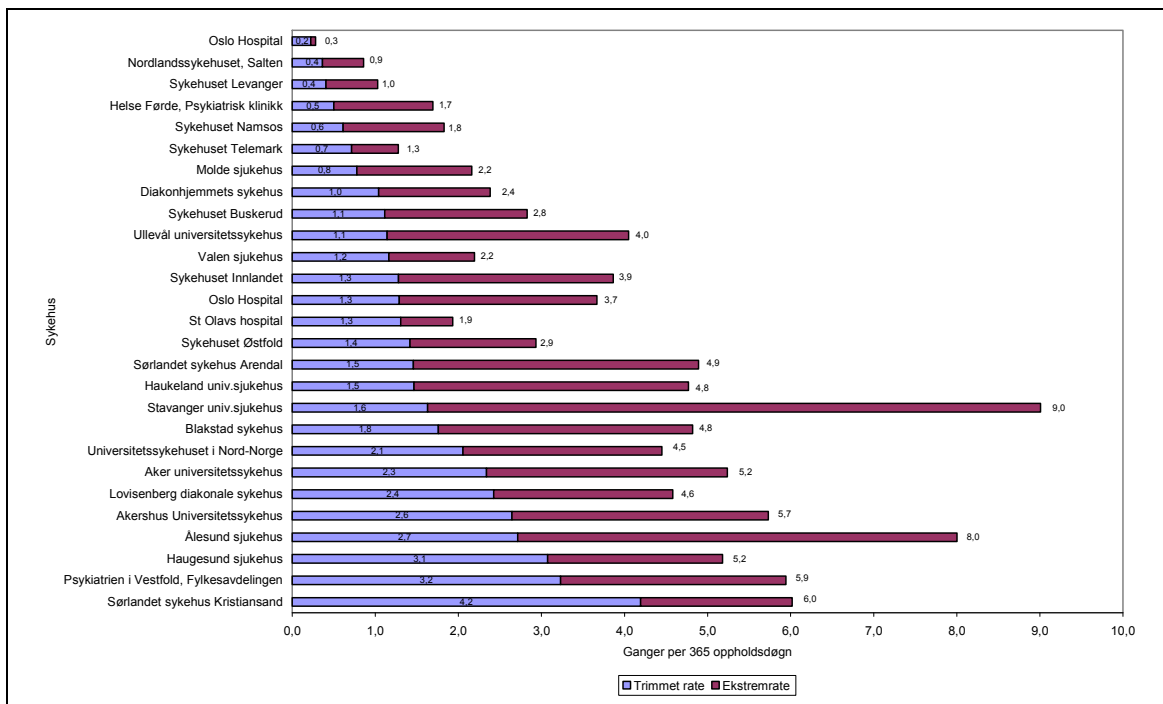
### 5.6.5 Samlet tvangsmiddelbruk etter institusjon

Vi vil avslutningsvis undersøke den samlede tvangsmiddelbruken (samt skjerming) på institusjonsnivå. Vi vil gjøre dette med utgangspunkt i raten for antall ganger de ulike tvangsmidlene og skjerming ble benyttet. Spørsmålet er om de institusjonsvise forskjellene vi har påvist i de foregående avsnittene har sin bakgrunn i ulikt valg av tvangsmiddel, snarere enn i ulik tvangsbruk samlet sett.

Vi vil først undersøke totalratene. Disse er vist i Figur 5.19. I figuren er ratene for bruk av de enkelte tvangsmidler og skjerming plassert etter hverandre. Summen blir dermed totalraten. Institusjonene er sortert etter totalraten. Vi minner om at totalraten kan være påvirket av "ekstremtilfeller". I figur 6.20 har vi derfor skilt ut "ekstremtilfellene" knyttet til mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler og vedtak om skjerming. Søylene til venstre viser her de "trimmede" ratene (eksklusive "ekstremtilfellene"). Ratene for "ekstremtilfellene" er plassert til høyre for disse. Summen blir dermed totalraten. Institusjonene er her sortert etter de trimmede ratene.



Figur 5.19 Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Sykehus. 2007.



Figur 5.20 Samlet tvangsmiddelbruk samt skjerming etter institusjon. Antall ganger per 365 oppholdsdøgn. Trimmede rater og totalrater. Sykehus. 2007.

Som det framgår av figurene, vil trimming av ratene påvirke rekkefølgen. Korrelasjonskoeffisienten mellom totalrate og trimmet rate er 0,76. Det må derfor kunne sies å være

godt samsvar mellom trimmet rate og totalrate selv om "ekstremtilfeller" i noen grad vil kunne påvirke totalratene for institusjonene.

Neste spørsmål er om de institusjonsvise forskjellene vi har påvist i de foregående avsnittene har sin bakgrunn i ulikt valg av tvangsmiddel, snarere enn i ulik tvangsbruk samlet sett. Vi vil undersøke dette med utgangspunkt i korrelasjonskoeffisientene. Korrelasjonskoeffisientene for totalratene er vist i tabell 5.30. Tabell 5.31 viser de tilsvarende koeffisientene for de trimmede ratene.

Tabell 5.30 Korrelasjonskoeffisienter (Pearsons r) for samlet bruk av tvangsmidler samt skjerming etter institusjon. Totalrater for antall ganger totalt, og ganger mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, isolering, skjerming og holding per 365 oppholdsdøgn. Sykehus. 2007.

	Mekaniske tvangsmidler	Korttidsvirkende legemidler	Isolering	Holding	Vedtak om skjerming	Ganger totalt
Mekanisk tvangsmidler	1,00					
Korttidsvirkende legemidler	0,20	1,00				
Isolering	0,27	-0,14	1,00			
Holding	0,32	0,30	0,03	1,00		
Vedtak om skjerming	0,34	-0,20	0,33	0,37	1,00	
Totalt	0,83*	0,48*	0,28	0,65*	0,56*	1,00

N=26

\*Koeffisienter signifikant forskjellig fra 0, (to-sidig test, 5 prosent nivå)

Om vi først ser på totalratene, finner vi høye og statistisk signifikante (5 prosent nivå, to-sidig test) korrelasjonskoeffisienter mellom ratene for ganger totalt, og ratene for ganger mekaniske tvangsmidler, ganger korttidsvirkende legemidler, ganger holding og ganger skjerming. Også for isolering er det signifikant positiv korrelasjon med totalratene. Isolering benyttes relativt sjelden, men altså mer ved de sykehusene som har høye totalrater for tvangsmiddelbruk. Når vi ser på korrelasjonskoeffisientene mellom totalratene for de ulike tvangsmidlene finner vi lave, og heller ikke signifikante sammenhenger. Med to unntak har alle sammenhengene positivt fortegn. Det synes m.a.o. i liten grad å foreligge substitusjonseffekter.

Tabell 5.31 Korrelasjonskoeffisienter (Pearsons r) for samlet bruk av tvangsmidler samt skjerming etter institusjon. Trimmede rater for antall ganger totalt, og ganger mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler og skjerming per 365 oppholdsdøgn. Totalrate for isolering og holding. Sykehus 2007.

	Mekaniske tvangsmidler	Korttidsvirkende legemidler	Isolering	Holding	Vedtak om skjerming	Ganger totalt
Mekanisk tvangsmidler	1,00					
Korttidsvirkende legemidler	0,40*	1,00				
Isolering	0,12	-0,08	1,00			
Holding	0,27	0,22	0,03	1,00		
Vedtak om skjerming	0,39*	0,14	0,14	0,21	1,00	
Totalt	0,79*	0,61*	0,18	0,45*	0,68*	1,00

N=26

\*Koeffisienter signifikant forskjellig fra 0, (to-sidig test, 5 prosent nivå)

Om vi holder "ekstremtilfellene" utenfor, blir ikke mønsteret vesentlig forskjellig. Også her er ratene for mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, vedtak om skjerming og holding høyt og signifikant korrelert med den trimmede totalraten. Bruken av mekaniske tvangsmidler er også relativt høyt og signifikant korrelert med bruken av korttidsvirkende legemidler og med bruken av skjerming. Alle koeffisienter uten én har positivt fortegn, og vi kan derfor fortsatt ikke anta substitusjonseffekter. Høy bruk av ett tvangsmiddel har altså ikke sin bakgrunn i lav bruk av et annet. Høy bruk av mekaniske tvangsmidler går tvert om sammen med høy bruk av henholdsvis korttidsvirkende legemidler og vedtak om skjerming.



Vedlegg Registrering, bruk av tvangsmidler, skjerming og holding i 2007

Skjema 1 Opplysninger om institusjonen og avdelingsinndelingen mv i 2007

<b>Institusjon:</b> .....
<b>Helseforetak:</b> .....
<b>Rapporteringsnummer (SSB, se Skjema 3):</b> .....
<b>Kontaktperson:</b> .....
<b>Telefonnummer:</b> .....
<b>e-post adresse:</b> .....
<b>Dato:</b> .....

Har institusjonen benyttet tvangsmidler og/eller vedtatt skjerming over 12/24 timer og/eller vedtatt holding i løpet av 2007?

Ja  Nei

(Institusjoner som svarer nei her trenger ikke fylle ut opplysningene nedenfor)

Har institusjonen benyttet samme id-nummer for samme pasient (på tvers av avdelinger) i Skjema 2?

Ja  Nei

Opplysninger om avdelingsinndeling, avdelingskoder og bruk av tvangsmidler og skjerming:

Avdelingens navn (eventuelt betegnelse på poster med særskilte funksjoner)  NB! Alle avdelinger – også de uten tvangsmidler 2007	Avdelingstype brukt ved rapportering til SSB og NPR	Spesifikasjon av post med spesial-funksjoner	Lokale avdelingskoder	Døgnplasser pr 31.12.07	Bruk av tvangsmidler? (kryss av)		Vedtatt om skjerming over 12/24 timer? (kryss av)	
	(konf. Helsetilsynets avdelingskodeverk)				Ja	Nei	Ja	Nei
					Ja	Nei	Ja	Nei
					Ja	Nei	Ja	Nei
					Ja	Nei	Ja	Nei
					Ja	Nei	Ja	Nei
					Ja	Nei	Ja	Nei
					Ja	Nei	Ja	Nei
					Ja	Nei	Ja	Nei



# Beskrivelse for utfylling av Skjema 2

---

Vi ønsker en institusjonsvis oversikt over alle pasienter oppført i tvangsmiddel-protokollen for 2007, eller der det i følge journal er fattet vedtak om skjerming av 12/24 timers varighet eller mer. Vi ønsker at denne oversikten gis **post/avdelingsvis**. Vi ber om at hver enkelt pasient registreres med hvert sitt anonyme nummer i skjemaet. **Dette pasientnummeret gjelder da for hele institusjonen**. Hvis en pasient har mottatt tvangsmidler og/eller vedtak om skjerming over 12/24 timer ved ulike avdelinger, ønsker vi at denne registreres med samme pasientnummer. Bare på denne måten kan vi få et anslag for hvor mange personer det er anvendt tvangsmidler m.v overfor. Hvis institusjonen ikke kan gi felles pasientnummer på tvers av avdelingene, må det opplyses om dette på skjema 1.

## 1. Pasientnummer:

Hver pasient gis **ett** tilfeldig tall (f eks 1, 2, 3 ...), slik at tvangsmidler/ skjerming anvendt på samme pasient, uansett avdeling/post, kan identifiseres ved hjelp av dette nummeret.

## 2. Avdelingstype:

Opplysningene vil bli sammenholdt med data om personellinnsats innsendt til Statistisk sentralbyrå, og data om oppholdsdøgn mv hentet fra pasientdata innsendt til Norsk pasientregister. Vi vil derfor be institusjonene om å ta utgangspunkt i samme inndeling av avdelingene etter avdelingstype som den som blir benyttet ved innrapportering av data til SSB og NPR (jfr. vedlegg). Har institusjonen poster med spesialfunksjoner (f eks en sterkavdelingspost) som administrativt er lagt under en annen avdeling (f eks en akuttavdeling), ber vi om at posten føres opp separat. Har institusjonen flere avdelinger med samme funksjon, kan disse føres opp separat.

## 3. Spesifikasjon av post med særskilt funksjon

Dette feltet kan benyttes for å presisere poster med særskilte funksjoner underlagt annen avdeling (f eks sterkpost underlagt en akuttavdeling)

## 4. Lokale avdelingskoder

Her føres opp den/de avdelingskodene som blir benyttet lokalt (i de økonomiske og administrative systemene).

## 5. Kjønn:

Menn angis med koden **1**, og kvinner med kode **2**.

## 6. Mekaniske tvangsmidler

Her oppgis det antall ganger og antall timer og minutter dette er brukt (kan avrundes til nærmeste kvarter).

## 7. Enkeltstående bruk av kortidsvirkende legemidler

Her oppgis antall ganger dette er brukt.

## 8. Isolering

Her oppgis det antall ganger og antall timer og minutter dette er brukt (kan avrundes til nærmeste kvarter). Med isolering menes da at pasienten blir innelåst på et rom uten personale til stede.

## 9. Holding

Her oppgis det antall ganger og antall timer og minutter dette er brukt (kan avrundes til nærmeste kvarter)

## 10. Skjerming over 12/24 timer (vedtaksfestet)

Her oppgis det antall ganger det er fattet vedtak om skjerming over 12/24 timer.

## Eksempler på utfylling av Skjema 2

Eksempel 1: Det er benyttet tvangsmidler overfor to pasienter ved akuttavdelingen. Overfor en kvinne har man brukt korttidsvirkende medikamenter en gang. Overfor en mann har man fattet vedtak om skjerming over 12/24 timer to ganger (selv om skjermingen i begge tilfelle ble avbrutt før det var gått 12 timer). I tillegg har man benyttet mekaniske tvangsmidler tre ganger over til sammen 45 minutter, samt holding i 30 minutter en gang. Institusjonen benytter internt andre koder enn de som benyttes i Helsetilsynets kodeverk.

Pasient-nummer	Avdelingstype benyttet ved rapportering til SSB og NPR  (Helsetilsynets inndeling)	Spesifikasjon av post med særskilt funksjon	Lokal avdelings-kode	Kjønn: Mann =1 Kvinne =2	Mekaniske tvangsmidler		Enkeltstående bruk av korttids-virkende	Isolering		Holding		Skjerming over 12/24 timer (vedtaks-fakt)
					antall ganger	timer : min		antall ganger	antall ganger	timer : min	antall ganger	
1	61	61	3000	2			1					
2	61	61	3000	1	3	0:45				1	0:30	2

Eksempel 2: En mannlig pasient ble først innlagt på den ordinære akuttposten. I forbindelse med innleggelsen var det nødvendig å benytte remmer i to timer, inntil han hadde roet seg ned. Dagen etter var han igjen urolig. For å unngå ytterligere bruk av remmer, valgte man å overføre ham til sterkposten, ettersom man der hadde muligheter for å benytte skjerming. Skjermingen varte sammenhengende i seks døgn, men det ble bare fattet vedtak en gang. Sterkposten inngår i akuttavdelingen, men er registrert som egen avdeling i rapporteringen til SSB.

Pasient-nummer	Avdelingstype benyttet ved rapportering til SSB og NPR  (Helsetilsynets inndeling)	Spesifikasjon av post med særskilt funksjon	Lokal avdelings-kode	Kjønn: Mann =1 Kvinne =2	Mekaniske tvangsmidler		Enkeltstående bruk av korttids-virkende	Isolering		Holding		Skjerming over 12/24 timer (vedtaks-fakt)
					antall ganger	timer : min		antall ganger	antall ganger	timer : min	antall ganger	
1	61	61	6110	1	1	2:00						
1	66*	66	6120	1								1

\* Hvis sterkposten i statistikken til SSB hadde vært rapportert sammen med de øvrige postene, skulle en her ført 61.

## **Vedlegg**

# **Statens helsetilsyns avdelingskodeverk for psykiatriske institusjoner (Rundskriv IK-44/89 fra Statens helsetilsyn)**

---

### **6 Psykiatriske avdelinger**

- 60 Generell psykiatrisk avdeling
- 61 Akuttavdeling
- 62 Korttidsavdeling
- 63 Intermediæravdeling
- 64 Langtidsavdeling
- 65 Rehabiliteringsavdeling
- 66 Sterkavdeling
- 67 Psykogeriatrisk avdeling
- 68 Nevroseavdeling
- 69 Evt lokal kode

### **7 Øvrige psykiatriske avdelinger**

- 71 Avdeling for unge schizofrene
- 72 Psykosomatisk avdeling
- 73 Avdeling for stoffmisbrukere (veksthus)
- 74 Evt lokal kode
- 75 Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
- 76 Barnepsykiatrisk avdeling
- 77 Ungdomsavdeling
- 78 Familieavdeling
- 79 Psykiatrisk sykehjem



# Litteratur

Besl. O. nr. 69 (2005-2006): Vedtak til lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

Gaskin, Caderyn J., Stephen J. Elsom and Brenda Happell (2007): Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review of the literature, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 191:298-303.

Hatling Trond og Trond Krogen (1998). *Bruk av tvang i norsk psykiatri. En empirisk gjennomgang*. Trondheim: SINTEF Unimed NIS.

Hatling, Trond, Marian Ådnanes og Johan Håkon Bjørngaard (2002): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, Rapport STF78A025017.

Mathisen, Juan R. og Per A. Føyn (2002). *Rapport fra gjennombruddsprosjekt psykiatri*. Oslo: Den norske lægeforening.

Muralidharan, S. and Fenton, M. (2006): Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Wiley Interscience.

Norvoll, Reidun (2008): Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur, SINTEF rapport A4572.

Norvoll, Reidun, Trond Hatling og Karl-Gerhard Hem (2008): Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT), SINTEF rapport A8450.

Ot.prp. nr 11 1998-99. Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)

Pedersen, Per Bernhard, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard (2004): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003, Trondheim: SINTEF Helse, Rapport STF78 A045029.

Pedersen, Per Bernhard, Trond Hatling og Kjerstina Røhme (2007): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller, Trondheim: SINTEF Helse Rapport A686.

Pedersen, Per Bernhard og Anne Mette Bjerkan (2008): Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – supplerende analyser innen spesialisthelsetjenesten. Delrapport III. SINTEF rapport A7588.

Sosial- og Helsedirektoratet (2006): Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern.

Syse, Aslak (2004): *Psykisk helsevernloven. Kommentartutgave med forskrifter*, Gyldendal Akademisk, Oslo.

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