



SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2006 2/07

13 Bruk av tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet

Ragnild Bremnes og Trond Hatling

Sammendrag

Andelen henvisninger med begjæring om bruk av tvungent psykisk helsevern var omtrent uendret i perioden 2005 til 2006. Ved 44 prosent av sykehusinnleggelsene fra eget bosted i 2006 var det fra henvisende instans begjært tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. I 2005 var andelen 43 prosent. Den absolutte endringen i antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern er likevel mer enn dobbelt så stor (syv prosent) som økningen i antall henvisninger til frivillig innleggelse (to prosent) på sykehusnivå. Etter at tvangsbe-
gjæringen ble vurdert av spesialist, ble omfanget av tvungent psykisk helsevern noe lavere enn ved henvisningsbegjæring. I 2006 ble endelig vedtak om tvungent psykisk helsevern fattet for 32 prosent av sykehusinnleggelsene, en økning på ett prosentpoeng fra 2005. Av disse var 55 prosent vedtak om tvungen undersøkelse.

Tvungent psykisk helsevern benyttes i størst grad med begrunnelse i pasientens behov for behandling. En noe større andel menn enn kvinner ble tvangsinnlagt i 2006. Andelen tvangsinnleggelse var høyest blant innleggelse klassifisert med schizofreni spektrum-
lidelser (27 prosent) og organiske lidelser (ti prosent) sammenlignet med innleggelse klassifisert med andre diagnosegrupper.

Analysene som er gjort er basert på data innhentet fra et utvalg av institusjoner godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. En del institusjoner har ikke levert data av tilfreds-
stillende kvalitet og er utelatt fra analysen. Det er derfor knyttet noe usikkerhet til resul-
tatenes generaliserbarhet, spesielt hva gjelder andelen tvangsinnleggelse det enkelte år. Et
slikt mål kan være påvirket av hvilke institusjoner og foretak som inngår i datamaterialet. Vi
antar at utviklingstall for endring i antall tvangsinnleggelse fra 2005 til 2006 i større grad er
generaliserbare for utviklingen nasjonalt, siden vi ikke finner grunn til å anta at mangelfulle
data skulle være korrelert med henholdsvis økning eller reduksjon i bruk av tvungent psykisk
helsevern.

13.1 Om lovgrunnlaget

Med hjemmel i psykisk helsevernloven av 2. juni 1999, er det mulig å legge inn og holde til-
bake pasienter uten deres samtykke. Tvangsbruk i det psykiske helsevernet i Norge kan
deles i tre hovedgrupper; tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddel-
bruk. Dette kapitlet studerer tvungent psykisk helsevern ved norske døgninstitusjoner og
skiller mellom henvisning og spesialistvedtak.

Henvisning til tvungent psykisk helsevern omfatter en legeerklæring og en begjæring som
begge skal være uavhengig av den institusjonen pasienten legges inn til. I løpet av 24 timer
etter at innleggelsen har funnet sted, skal spesialist ansvarlig for vedtak vurdere om be-
gjæringen om tvang skal opprettholdes eller om oppholdet skal baseres på frivillighet.

Spesialistvedtaket kan bare endres fra tvang til frivillighet og ikke motsatt²⁷. Vedtaket er knyttet til to hovedformer: Tvingen undersøkelse, avgrenset til ti dager, for å avklare om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er til stede, og tvungent psykisk helsevern.

Ved vedtak om tvungent psykisk helsevern må pasienten være alvorlig sinnslidende (jf. psykisk helsevernlov § 3.3 med merknader). I tillegg må minst ett av to tilleggskriterier være tilstede:

Tvungent psykisk helsevern kan benyttes dersom dette er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin utsikt til bedring vesentlig redusert eller dersom det er stor sannsynlighet for at pasientens tilstand forverres i nær framtid. Kriteriet omtales ofte som behandlingsskriteriet. Tvungent psykisk helsevern kan også benyttes med begrunnelse i det såkalte farekriteriet, dvs. hvis pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv.

13.2 Datagrunnlaget

Analysene i kapitlet bygger på opplysninger om døgnopphold ved institusjoner i det psykiske helsevernet godkjent for tvungent psykisk helsevern. Datamaterialet er innhentet av Norsk Pasientregister (NPR). Klassifisering av institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse er gjort i henhold til Sosial- og helsedirektoratets oversikt per februar 2006. Institusjoner med midlertidig godkjennelse er også inkludert. På grunn av mangelfull rapportering av pasientopplysninger til NPR, er analysene gjort med utgangspunkt i et utvalg institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet. For nærmere omtale av datagrunnlaget og tall på institusjonsnivå, se SAMDATAS nettsider.

13.2.1 Datautvalg og datas representativitet

Analysene som presenteres i kapitlet er basert på forskjellige utvalg av institusjoner og innleggelse. Dette er gjort for at det datamaterialet som ligger til grunn for den enkelte analyse i størst mulig grad skal kunne generalisere et representativt resultat.

For alle utvalg er institusjoner som ikke leverer pasientdata, eller som har levert data der opplysningene avviker betydelig fra de samleoppgavene institusjonene har rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB), utelatt fra materialet. Dette har vært vanlig prosedyre i Samdata-sammenheng og begrunnes i en antagelse om at samleoppgavene er mer komplette enn data på pasientnivå fra NPR. Dette stemmer ikke nødvendigvis for alle institusjoner, noe som representerer en potensiell feilkilde i datamaterialet.

Utvalgene inkluderer ikke institusjoner som mangler opplysninger om henvisningsformalitet eller spesialistvedtak for mer enn 20 prosent av innleggelsene. Dersom manglende rapportering av henvisningsformalitet eller vedtak relativt sett forekommer hyppigere ved for eksempel frivillige innleggelse, vil man på aggregert nivå få en underrapportering av dette utfallet relativt til øvrige utfall ved høy missingandel. Ved å ekskludere institusjoner med høy missingandel unngår man slike potensielle skjevheter i analysedataet.

Utvalgene avgrenses også til kun å gjelde innleggelse fra egen bolig. Innleggelse fra egen bolig utgjorde i underkant av 80 prosent av alle innleggelse i både 2005 og 2006. Hele institusjonen er tatt ut dersom det mangler opplysninger om hvorfra pasienten legges inn for mer enn 20 prosent av innleggelsene. Data som leveres til NPR er ikke personentydige, og man kan ikke følge behandlingsforløpet til personer som behandles ved flere institusjoner, for eksempel ved overføring fra sykehus til distriktpsikiatriske sentra (DPS). Innleggelse fra andre avdelinger eller institusjoner ekskluderes på grunn av store ulikheter i rapporteringspraksis for innleggelsesformalitet ved slike overføringer.

²⁷ Etter lovendring 01.01.2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang.

Tabell 13.1 gir en oversikt over de ulike utvalgene som er benyttet i kapitlet. Som en tilnærming til de ulike utvalgenes representativitet presenteres mål for aktivitet for hvert utvalg relativt til aktivitet ved alle døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Aktivitet er målt i antall oppholdsdøgn. Døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern genererte i overkant av 1,2 millioner oppholdsdøgn i 2006. Mer enn 70 prosent av disse er oppholdsdøgn ved sykehus. De øvrige er i all hovedsak ved DPS. Tvungent psykisk helsevern med døgn forekommer dermed klart hyppigst ved sykehusene.

Tabell 13.1 Andel aktivitet, målt ved oppholdsdøgn i 2006, som dekkes av de ulike utvalgene av døgninstitusjoner relativt til aktivitet ved alle døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i 2006. Etter region og institusjonstype.

RHF	Prosent			
	2005 og 2006	2006 Kjønn	2006 Begrunnelse	2006 Diagnose
	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Helse Øst	39	89	64	77
- Sykehus	43	93	72	79
- DPS oa	18	63	18	63
Helse Sør	83	92	58	65
- Sykehus	91	91	52	59
- DPS oa	70	95	68	76
Helse Vest	68	95	92	73
- Sykehus	69	96	90	96
- DPS oa	66	95	95	40
Helse Midt-Norge	0	0	0	0
- Sykehus	0	0	0	0
- DPS oa	0	0	0	0
Helse Nord	54	58	58	54
- Sykehus	62	62	62	62
- DPS oa	0	28	28	0
Totalt	51	78	62	63
- Sykehus	52	79	63	68
- DPS oa	47	74	58	48
Antall oppholdsdøgn	609 850	935 886	741 533	754 390
Antall institusjoner	28	39	29	29

Datakilde: NPR og SSB

For en oversikt over hvilke institusjoner som inngår i de enkelte utvalgene henvises det til nettsidene til SAMDATA.

Datarepresentativitet, målt ved oppholdsdøgn, er noe høyere for sykehus enn for DPS og andre institusjonstyper. Det er også til dels store variasjoner mellom de ulike regionene med

hensyn til datas representativitet. Spesielt for 2006 er at datakvaliteten for hele Helse Midt-Norge RHF er underkjent. Tabellen viser også at Helse Nord RHF er representert med relativt lave aktivitetsandeler, mens Helse Øst er spesielt dårlig representert i utvalg 1. Fordi bare deler av virksomheten er representert i analyse materialet, vil alle analyseresultater bare kunne være indikatorer. Materialet er ikke egnet til å si noe sikkert om det totale omfanget av tvangsinnleggelses i Norge.

Beskrivelse av Utvalg 1

Utvalg 1 inkluderer totalt 28 institusjoner som hadde tilfredsstillende datakvalitet som beskrevet over i både 2005 og 2006. Utvalget representerer bare i overkant av halvparten av aktiviteten ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern men antas likevel å kunne være representativt for analyser av endring i omfang av tvungent psykisk helsevern siste to år. Nivå i omfang av tvungent psykisk helsevern vil kunne avhenge av hvilke institusjoner som inkluderes i et analyseutvalg²⁸, men for endringstall antas sannsynligheten å være mindre for at de institusjonene vi ikke har data for har en annen utvikling enn vårt materiale. Utvalget er utgangspunkt for alle analyser i avsnitt 1.3 og 1.4.

Beskrivelse av utvalg 2

Det er ikke knyttet missingproblematikk til variabelen kjønn, og i analyser som gjelder tvungent psykisk helsevern og kjønnsfordeling (jf. tabell 13.7) inkluderes derfor alle institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet i 2006. Vi har ingen grunn til å anta at praksis eller kjønnsfordeling ved institusjoner som ekskluderes fra utvalget er vesentlig forskjellig fra den utvalget representerer, og aktivitetsandelen utvalget representerer er også høy (78 prosent). Analysene som gjelder kjønn antas derfor å gi en god indikasjon på kjønnsfordelingen innen tvungent psykisk helsevern generelt.

Beskrivelse av utvalg 3

I analyser som gjelder begrunnelse for bruk av tvungent psykisk helsevern (jf. tabell 13.6) benyttes data fra institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet i 2006. Utover de kriterier som allerede er nevnt, begrenses utvalget til å gjelde institusjoner hvor missingandel ikke overgår 20 prosent for variabelen tilleggs kriterium. Dette er gjort for å unngå skjevheter i resultatene (som beskrevet over). Utvalget omfatter 62 prosent av aktiviteten ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern i 2006. Det kan ikke utelukkes at spesialistvurderinger og pasientegenskaper ved ekskluderte institusjoner avviker fra praksis og egenskaper i utvalget. Analyseresultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Beskrivelse av utvalg 4

Utvalg 4 benyttes i analyser som gjelder diagnosefordeling i tvungent psykisk helsevern (jf. tabell 13.8) og består av institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet i 2006. Med tilfredsstillende datakvalitet menes at tidligere omtalte kriterier oppfylles og at diagnose er angitt ved minst 80 prosent av innleggelsene. Diagnoseutvalget omfatter også bare døgnopphold avsluttet i 2006 fordi diagnose vanligvis ikke rapporteres før ved utskrivning, og missingandelen ville ha blitt betydelig høyere ved inkludering av uavsluttede opphold.

²⁸ Utvalg 1 avviker fra utvalg for 2003 og 2005, benyttet i kapittel som tvungent psykisk helsevern i Samdata, sektorrapport 2006. Presenterte tall på regionalt og nasjonalt nivå for 2005 er derfor også forskjellige. Tidligere studier har vist betydelige forskjeller mellom institusjoner i Norge i omfanget av tvangsinnleggelses, se for eksempel Bjørggård og Hatling (2005) og Samdata, sektorrapport 2006. Tall fra Samdata, sektorrapport 2006 viser for eksempel at Helse Midt-Norge RHF lå med lavere andeler tvungent psykisk helsevern enn landet for øvrig, både hva gjelder henvisninger og spesialistvedtak. Dersom dette gjelder, også for 2006, vil de nasjonale andelenes som beregnes med utgangspunkt i utvalg 1 kunne overestimere omfanget av tvungent psykisk helsevern fordi Helse Midt-Norge RHF ikke inngår i beregningsgrunnlaget. Dette viser at resultatene kan være følsomme for utvalgets sammensetning.

Utvalget omfatter 63 prosent av aktiviteten. Som for utvalg 3 må man være forsiktig med å generalisere analyseresultatene.

Omfang av tvang og frivillighet ved henvisning

Tabellene 13.2 og 13.3 gir en oversikt over fordeling av henvisningsformalitet ved innleggelser i utvalget av institusjoner med godkjent datakvalitet for både 2005 og 2006. Gjeldende lovverk stiller ikke krav om at det i henvisningen skal skilles mellom tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern og disse to kategoriene er derfor slått sammen under tvungent psykisk helsevern.

Tabell 13.2 Innleggelse til døgntil behandling etter henvisningsformalitet ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Hele utvalget og etter institusjonstype. 2005 og 2006.

Alle innleggelse i utvalget						
	2005		2006		Endring 2005-2006	
Henvisningsformalitet	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	8 695	62	9 142	62	447	5
Tvungent PHV	5 177	37	5 545	38	368	7
Annen lovhjemmel	77	1	65	0	-12	-16
Totalt	13 949	100	14 752	100	803	6
Ikke registrert	270		514			

Innleggelse ved sykehusavdelinger						
	2005		2006		Endring 2005-2006	
Henvisningsformalitet	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	6 339	56	6 475	55	136	2
Tvungent PHV	4 877	43	5 239	44	362	7
Annen lovhjemmel	75	1	63	1	-12	-16
Totalt	11 291	100	11 777	100	486	4
Ikke registrert	209		422			

Innleggelse ved institusjoner utenfor sykehus						
	2005		2006		Endring 2005-2006	
Henvisningsformalitet	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	2 356	89	2 667	90	311	13
Tvungent PHV	300	11	306	10	6	2
Annen lovhjemmel	2	0	2	0	0	0
Totalt	2 658	100	2 975	100	317	12
Ikke registrert	61		92			

Datakilde: NPR
Tallene gjelder utvalg 1

For utvalget totalt var det 803 flere henvisninger i 2006 enn i 2005. 60 prosent av økningen gjelder henvisning til innleggelse ved sykehus. Andelen som henvises til tvungent psykisk helsevern har økt med ett prosentpoeng ved sykehusene og er redusert med ett prosentpoeng ved øvrige institusjoner. Fordi de fleste henvisningene skjer til sykehus, har den totale andelen henvisninger til tvungent psykisk helsevern i utvalget økt fra 2005 til 2006. For hele utvalget var den absolutte økningen i henvisning til tvungent psykisk helsevern tilnærmet like stor som den absolutte økningen i henvisning til frivillig innleggelse, og det ser ut til at det er sykehusene som tar av for økningen i henvisninger til tvungent psykisk helsevern. Økningen i institusjoner utenfor sykehus, i hovedsak DPS-er, gjelder nesten utelukkende en

økning i henvisning til frivillig innleggelse. Dette tyder på at DPS-ene fortsatt har en beskjeden rolle i bruk av tvungent psykisk helsevern.

Tabell 13.3 Innleggelser til døgntilrettelagt behandling etter henvisningsformalitet ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Etter helseregion og institusjonstype. 2005 og 2006.

Henvisningsformalitet	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Øst						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	2 006	49	2 100	47	94	5
Tvungent PHV	2 053	50	2 293	52	240	12
Annen lovhjemmel	42	1	38	1	-4	-10
Totalt	4 101	100	4 431	100	330	8
Ikke registrert	97		108		11	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	155	90	196	93	41	26
Tvungent PHV	18	10	15	7	-3	-17
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	0
Totalt	173	100	211	100	38	22
Ikke registrert	0		3		3	
Helse Sør						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	1 861	62	2 105	61	244	13
Tvungent PHV	1 131	38	1 333	39	202	18
Annen lovhjemmel	24	1	15	0	-9	-38
Totalt	3 016	100	3 453	100	437	14
Ikke registrert	75		159		84	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	798	94	965	93	167	21
Tvungent PHV	52	6	73	7	21	40
Annen lovhjemmel	0	0	1	0	1	-
Totalt	850	100	1 039	100	189	22
Ikke registrert	24		26		2	

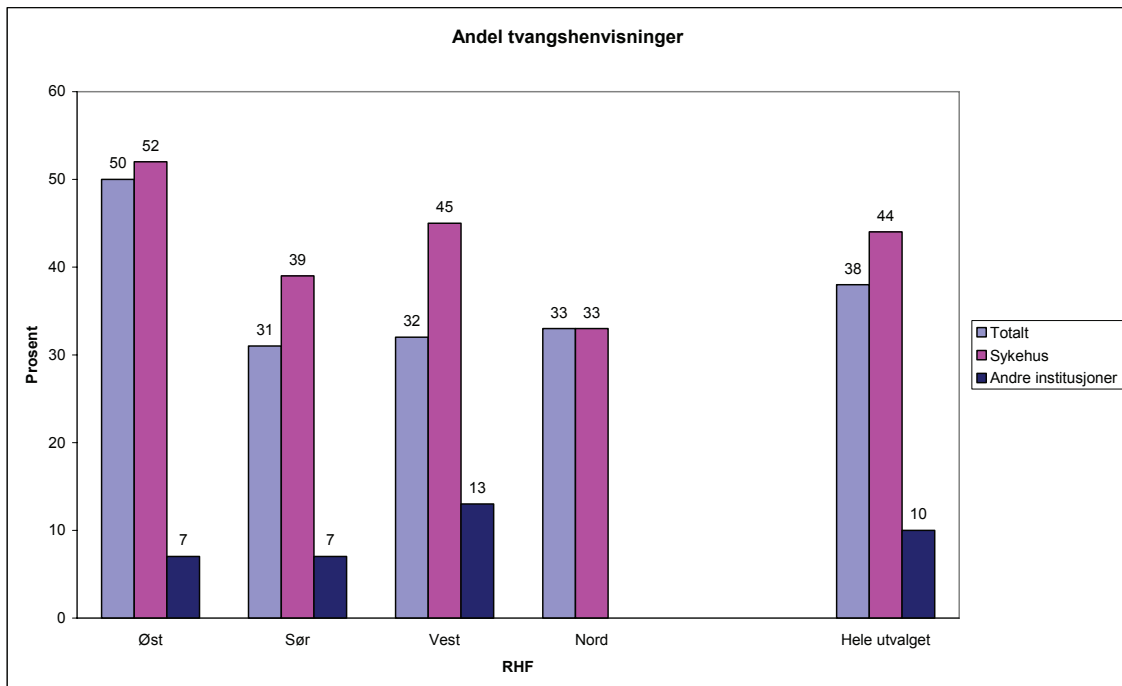
Henvisningsformalitet	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Vest						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	1 677	55	1 551	55	-126	-8
Tvungent PHV	1 352	45	1 257	45	-95	-7
Annen lovhjemmel	9	0	7	0	-2	-22
Totalt	3 038	100	2 815	100	-223	-7
Ikke registrert	35		59		24	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	1 403	86	1 506	87	103	7
Tvungent PHV	230	14	218	13	-12	-5
Annen lovhjemmel	2	0	1	0	-1	-50
Totalt	1 635	100	1 725	100	90	6
Ikke registrert	37		63		26	
Helse Nord						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	795	70	719	67	-76	-10
Tvungent PHV	341	30	356	33	15	4
Annen lovhjemmel	0	0	3	0	3	-
Totalt	1 136	100	1 078	100	-58	-5
Ikke registrert	2		96		94	

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Tabell 13.3 viser betydelig variasjon i omfanget av henvisninger til tvungent psykisk helsevern regionene i mellom. For sykehusene ligger Helse Øst RHF høyest med henvisning til tvungent psykisk helsevern for 52 prosent av innleggelsene i utvalget i 2006. Helse Nord RHF ligger lavest med 33 prosent. Tabellen viser også at omfanget av henvisninger til tvungent psykisk helsevern til døgninstitusjoner utenfor sykehusene varierer noe mellom de tre regionene hvor slike institusjoner inngår i utvalget. Med unntak av Helse Vest RHF har alle regionene hatt en økning i antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern.

Figur 13.1 viser andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern på regionnivå for henholdsvis sykehus, DPS og andre døgninstitusjoner og for utvalget sett under ett.



Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1

Figur 13.1 Andel innleggelses med henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Etter region og institusjonstype. 2006.

Tre av de regionale helseforetakene har total andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern på om lag 30 prosent. Helse Øst har spesielt høy andel slike henvisninger til sykehusene, mens Helse Vest henviser relativt flere til tvungent psykisk helsevern ved døgninstitusjoner utenfor sykehusene. Det er imidlertid viktig å ta høyde for betydningen datarepresentativitet og arbeidsfordeling mellom institusjonene kan ha for dette resultatet.

13.3 Omfang av tvang og frivillighet etter spesialistvedtak

Endelig vedtak om bruk av tvungent psykisk helsevern fattes av spesialist ved enheten pasienten henvises til. Tabellene 13.4 og 13.5 gir en oversikt over spesialistvedtak for alle innleggelses i utvalget i 2005 og 2006.

Tabell 13.4 Innleggelse til døgntilrettelagt etter spesialistvedtak ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Hele utvalget og etter institusjonstype. 2005 og 2006.

Alle innleggelse i utvalget						
Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	10 014	72	10 766	72	752	8
Frivillig kontrakt	84	1	70	0	-14	-17
Tvungen undersøkelse	2 118	15	2 250	15	132	6
Tvungent PHV	1 716	12	1 804	12	88	5
Annen lovhjemmel	55	0	45	0	-10	-18
Totalt	13 987	100	14 935	100	948	7
Ikke registrert	232		331			
Innleggelse ved sykehusavdelinger						
Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	7 623	67	8 048	67	425	6
Frivillig kontrakt	83	1	66	1	-17	-20
Tvungen undersøkelse	2 072	18	2 226	19	154	7
Tvungent PHV	1 495	13	1 555	13	60	4
Annen lovhjemmel	54	0	44	0	-10	-19
Totalt	11 327	100	11 939	100	612	5
Ikke registrert	173		260			
Innleggelse ved institusjoner utenfor sykehus						
Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	2 391	90	2 718	91	327	14
Frivillig kontrakt	1	0	4	0	3	300
Tvungen undersøkelse	46	2	24	1	-22	-48
Tvungent PHV	221	8	249	8	28	13
Annen lovhjemmel	1	0	1	0	0	0
Totalt	2 660	100	2 996	100	336	13
Ikke registrert	59		71			

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Utvalget sett under ett har en økning på syv prosent i totalt antall fattede spesialistvedtak. Den relative økningen er noe høyere ved døgninstitusjoner utenfor sykehusene, men den absolutte økningen er nesten dobbelt så stor ved sykehusene. Målt i prosentvis ending fra 2005, har vedtak om tvungen undersøkelse ved sykehusene økt relativt mer enn vedtak om frivillig innleggelse. Vedtak om tvungent psykisk helsevern har økt relativt mindre. Ved andre døgninstitusjoner er situasjonen noe forskjellig med både faktisk og relativ nedgang i henvisninger til tvungen undersøkelse. Den relative fordelingen mellom de ulike typene vedtak må likevel kunne sies å være forholdsvis stabil i perioden dersom man studerer utvalget under ett. Tabell 13.4 viser imidlertid en økning i både antallet innleggelser til tvungen observasjon og til tvungent psykisk helsevern i perioden. Forutsatt at reinnleggelsesraten ikke har endret seg, indikerer dette at bruk av tvungent psykisk helsevern ikke gjelder et konstant antall pasienter men øker tilnærmet proporsjonalt med antall innleggelser.

Tabell 13.5 Innleggelser til døgnbehandling etter spesialistvedtak ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Absolutte tall og prosentvis fordeling med endring. Etter helseregion og institusjonstype. 2005 og 2006.

Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Øst						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	2 675	64	2885	65	210	8
Frivillig kontrakt	6	0	7	0	1	17
Tvungen observasjon	921	22	989	22	68	7
Tvungent PHV	524	13	539	12	15	3
Annen lovhjemmel	40	1	35	1	-5	-13
Totalt	4 166	100	4455	100	289	7
Ikke registrert	32		84		52	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	155	90	199	93	44	28
Frivillig kontrakt	0	0	0	0	0	-
Tvungen observasjon	0	0	0	0	0	-
Tvungent PHV	18	10	14	7	-4	-22
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	0
Totalt	173	100	213	100	40	23
Ikke registrert	0		1		1	

Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Sør						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	2 005	67	2371	68	366	18
Frivillig kontrakt	65	2	46	1	-19	-29
Tvungen observasjon	562	19	621	18	59	10
Tvungent PHV	374	12	447	13	73	20
Annen lovhjemmel	7	0	3	0	-4	-57
Totalt	3 013	100	3 488	100	475	16
Ikke registrert	78		3		-75	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	810	95	982	95	172	21
Frivillig kontrakt	0	0	1	0	1	-
Tvungen observasjon	0	0	0	0	0	-
Tvungent PHV	38	4	54	5	16	42
Annen lovhjemmel	1	0	1	0	0	-
Totalt	849	100	1 038	100	189	22
Ikke registrert	25		27		2	
Helse Vest						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	2 065	69	1 899	67	-166	-8
Frivillig kontrakt	12	0	11	0	-1	-8
Tvungen observasjon	466	15	461	16	-5	-1
Tvungent PHV	460	15	447	16	-13	-3
Annen lovhjemmel	7	11	6	0	-1	-14
Totalt	3 010	100	2 824	100	- 186	- 6
Ikke registrert	63		50		-13	
Innleggelser ved DPS oa						
Frivillig	1 426	87	1 537	88	111	8
Frivillig kontrakt	1	0	3	0	2	200
Tvungen observasjon	46	3	24	1	-22	-48
Tvungent PHV	165	10	181	10	16	10
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	-
Totalt	1 638	100	1 745	100	107	7
Ikke registrert	34		43		9	

Spesialistvedtak	2005		2006		Endring 2005-2006	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Helse Nord						
Innleggelser ved sykehusavdelinger						
Frivillig	878	77	893	76	15	2
Frivillig kontrakt	0	0	2	0	2	-
Tvungen observasjon	123	11	155	13	32	26
Tvungent PHV	137	12	122	10	-15	-11
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	-
Totalt	1 138	100	1 172	100	34	3
Ikke registrert	0		2		2	

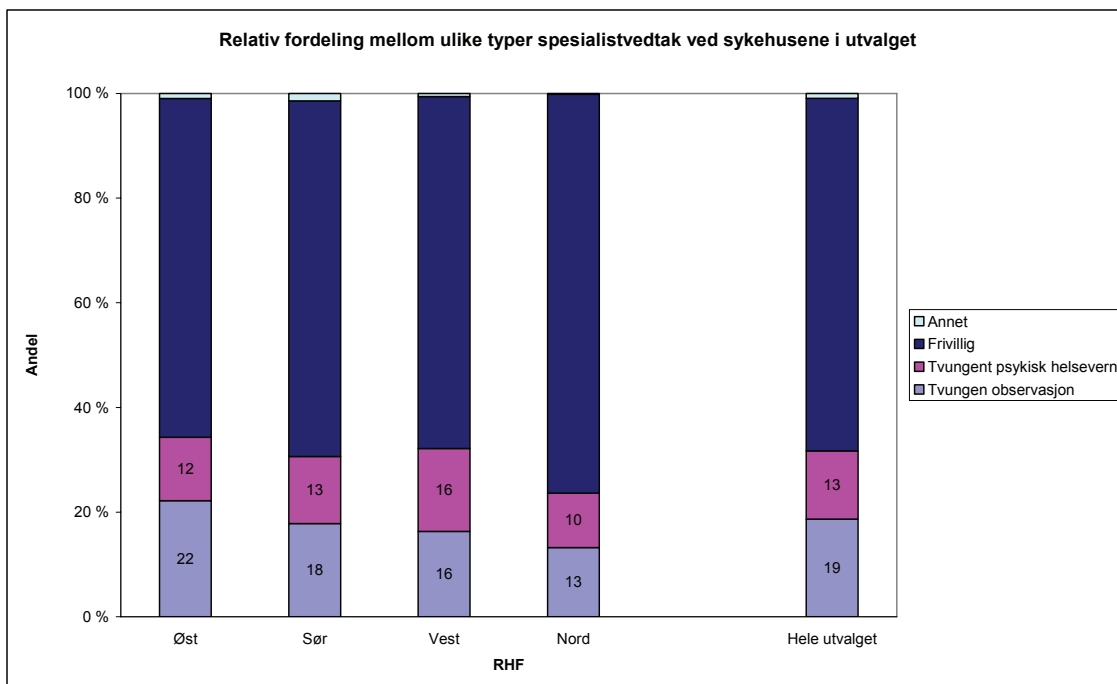
Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1

På regionnivå er det også en viss variasjon i bruk av tvungent psykisk helsevern. For sykehusene har Helse Øst den høyeste andelen vedtak om tvungen observasjon i 2006 med 22 prosent. Andel vedtak om tvungent psykisk helsevern samme år er høyest i Helse Vest med 16 prosent. Andelene for begge de to typene vedtak er lavest i Helse Nord.

Dersom man for sykehusene ser på antall vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern under ett, finner man fra 2005 en økning i alle regioner med unntak av Helse Vest. I denne regionen har imidlertid det totale antallet innleggelser i utvalget også gått ned, slik at andel spesialistvedtak om både tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern har økt med ett prosentpoeng i perioden. Den prosentvise økningen er relativt størst i Helse Sør RHF. Andel innleggelser til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon må kunne sies å være forholdsvis stabil for alle regioner både for sykehus og andre institusjoner med en endring på ett til to prosentpoeng fra 2005.

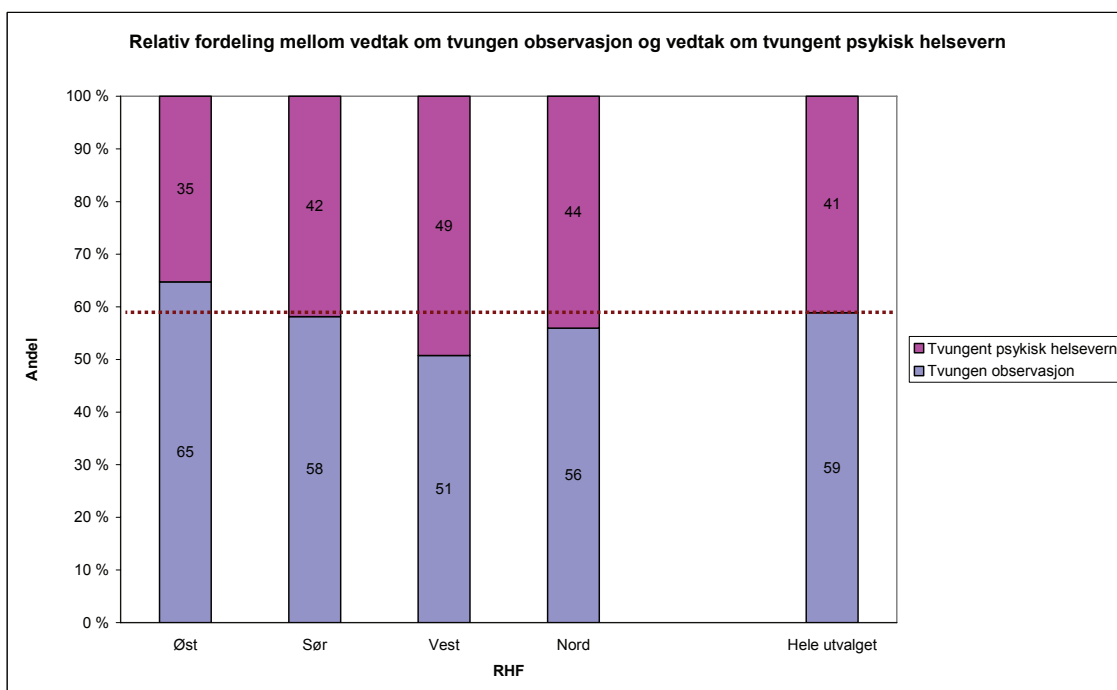
Figur 13.2 viser regional variasjon i relativ fordeling mellom ulike typer spesialistvedtak ved sykehusene i utvalget i 2006. De to nederste feltene i stolpene viser til sammen omfanget av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Figur 13.3 viser den relative fordelingen mellom disse to typene vedtak i regionene.



Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Figur 13.2 Relativ fordeling mellom ulike typer spesialistvedtak i 2006 ved sykehus i utvalget. Etter region.



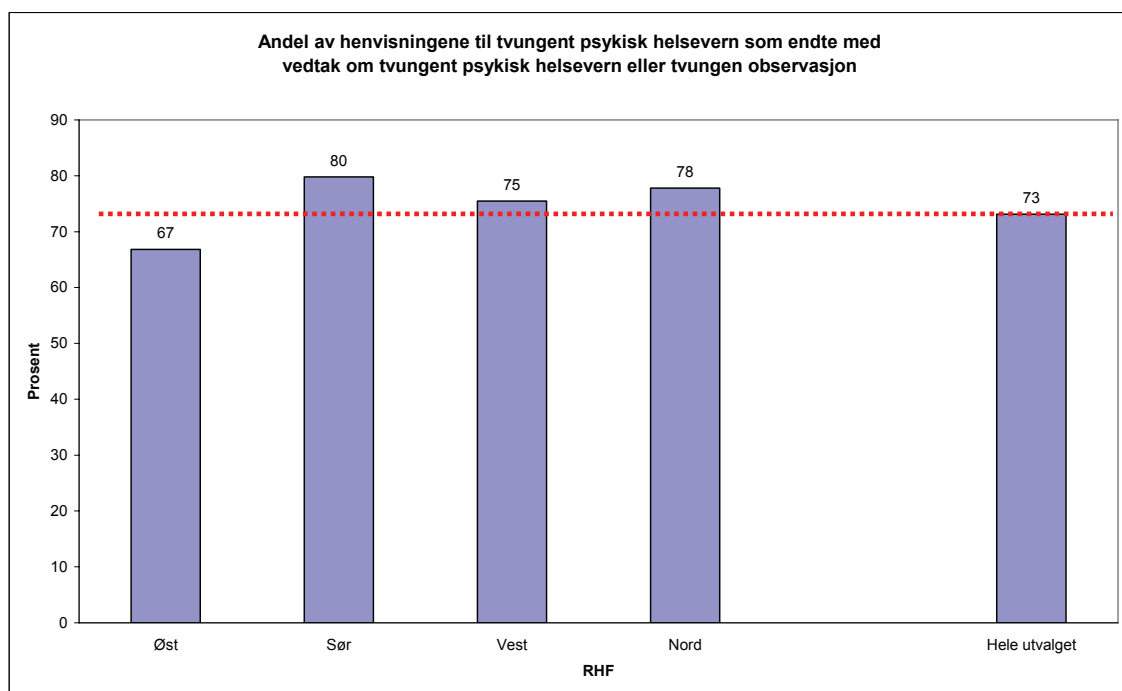
Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Figur 13.3 Relativ fordeling mellom spesialistvedtak om tvungen psykisk helsevern og spesialistvedtak om tvungen observasjon i 2006 ved sykehus i utvalget. Etter region

Som vist i tabell 13.5, er andelen vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon vesentlig lavere i Helse Nord enn i de øvrige regionene. Figur 13.2 viser en regional variasjon på mer enn ti prosentpoeng. Dersom man skiller mellom spesialistvedtakene, viser figur 13.3 at minst 50 prosent var vedtak om tvungen observasjon i alle regioner. Stiplet linje markerer gjennomsnittlig nivå for alle sykehus i utvalget på i underkant av 60 prosent. Helse Øst ligger over dette nivået, mens Helse Vest ligger lavere. De øvrige to regionene i utvalget ligger omtrent på gjennomsnittet.

Henvissende lege har ikke nødvendigvis spesiell kompetanse innen psykiske lidelser, og man vil derfor kunne forvente et visst avvik mellom henvissende leges og spesialistens vurdering av behov for tvungen psykisk helsevern. Det var totalt 5 545 henvisninger til tvungent psykisk helsevern i utvalget i 2006. Av disse ble det fattet vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i 73 prosent av tilfellene. Figur 13.4 viser hvor stor prosentandel av henvisningene til tvungent psykisk helsevern som faktisk endte med vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i de enkelte regionene. Stiplet linje viser gjennomsnittlig nivå for hele utvalget.



Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 1.

Figur 13.4 Andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern i 2006 ved alle institusjoner i utvalget som endte med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Etter region.

Helse Øst utmerket seg med spesielt høy andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern, jf. tabell 13.3. Figuren viser at denne regionen også har spesielt stort avvik mellom antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern og faktiske vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Ved mer enn 30 prosent av henvisningene ble oppholdet omgjort til opphold basert på frivillighet. Tilsvarende tall for de øvrige tre regionene i utvalget varierer mellom om lag 25 og 20 prosent. Gitt gjeldende lovgivning, se 13.1, vil de som er henvist til tvungent psykisk helsevern, men får henvisningen omgjort, reelt være tvangsinnlagt i inntil 24 timer fra mottak til spesialistvedtak. Det vil derfor være ønskelig å redusere andelen henvisninger til tvungent psykisk helsevern der grunnlag for innleggelse etter slik formalitet ikke er til stede. Dersom resultatet vist i figur 13.4 er representativt,

representerer dette en særlig utfordring for henvisende instanser i Helse Øst hvor en bør se nærmere på gjeldende henvisningspraksis.

13.4 Egenskaper ved tvangsinnlagte pasienter

Vi vil i dette avsnittet undersøke egenskaper ved pasienter innlagt til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern og se på fordeling av kjønn, diagnose og begrunnelse for spesialistvedtak. Resultatene er ikke justert for andre egenskaper ved pasientene som kan ha betydning for omfanget av tvungent psykisk helsevern.

Tabell 13.6 gir en oversikt over hvilket kriterium som ligger til grunn for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Utvalget inkluderer dermed ikke innleggelse til tvungen observasjon.

Tabell 13.6 Begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern. Antall og prosentvis fordeling. 2006.

Begrunnelse	Antall	Prosent
Behandlingskriteriet	1 391	68
Farekriteriet	136	7
Begge kriterier	513	25
Totalt i utvalget	2 040	100
Begrunnelse ikke registrert	13	

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 3.

Resultatene indikerer at behandlingskriteriet er den vanligste årsaken til bruk av tvungent psykisk helsevern. I 68 prosent av innleggelsene i utvalget oppgis dette som eneste tilleggs-kriterium, mens ytterligere 25 prosent oppgir dette som ett av to kriterier for innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Behov for behandling er derfor avgjørende for vedtak om tvungent psykisk helsevern i 93 prosent av innleggelsene. Farekriteriet som eneste begrunnelse oppgis ved syv prosent av innleggelsene. Pasienten anses dermed å utgjøre en fare for seg selv eller andre ved 32 prosent av tvangsinnleggelsene.

Tabell 13.7 viser kjønnsfordeling blant pasienter med registrert spesialistvedtak ved alle døgninstitusjoner godkjent for bruk av tvang og med godkjent datakvalitet for 2006 (utvalg 2).

Tabell 13.7 Antall og prosent kvinner og menn ved innleggelser ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Hele utvalget og innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. 2006.

Kjønn	Hele utvalget		Innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon		
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Andel av hele gruppa i utvalget
Menn	10 109	45	2 668	50	26
Kvinner	12 171	55	2 643	50	22
Totalt i utvalget	22 280	100	5 311	100	24
Mangler spesialistvedtak	747				

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 2.

Tabell 13.7 viser at det er en overvekt av kvinner som legges inn ved institusjonene i utvalget. 55 prosent av alle innleggelser oppgis å gjelde kvinner. Dersom man ser på pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon, er imidlertid andelen menn og kvinner lik. Siden resultatene er basert på et utvalg og ikke hele populasjonen av pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern, skal man være forsiktig med å generalisere resultatene. Dette indikerer derfor at, ved innleggelse i døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet, er sannsynligheten for vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon høyere dersom man er mann enn dersom man er kvinne. Mens 22 prosent av kvinnene i utvalget ble innlagt med et slikt vedtak, gjelder dette 26 prosent av mennene i utvalget.

I tabell 13.8 presenteres diagnosedata for innleggelser som gjelder pasienter ved institusjoner i utvalg 4. Utvalget omfatter bare innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Tabell 13.8 Antall og prosentvis fordeling mellom ulike diagnosegrupper ved innleggelser ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Hele utvalget og innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2006.

Diagnose	Hele utvalget		Innleggelser til tvungent psykisk helsevern		
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Andel av diagnosegruppen
Organiske lidelser	596	4	61	4	10
Stoffrelaterte lidelser	2 361	14	83	5	4
Schizofreniforme lidelser	3 639	22	991	64	27
Affektive lidelser	5 045	30	320	21	6
Nevrotiske lidelser	2 053	12	20	1	1
Fysiske adferdssyndromer	168	1	4	0	2
Personlighetsforstyrrelser	1 540	9	38	2	2
Andre diagnoser kap F ICD 10	481	3	18	1	4
Andre diagnoser øvr kap ICD 10	711	4	22	1	3
Totalt i utvalget	16 594	100	1 557	100	9
Mangler diagnose	1 618		181		11

Datakilde: NPR

Tallene gjelder utvalg 4.

Ved institusjonene i utvalget er innleggelser klassifisert med schizofreni spektrum-lidelser og affektive lidelser de hyppigst forekommende. Mer enn 50 prosent av alle innleggelser i utvalget gjelder pasienter klassifisert med en av disse hoveddiagnosene. Innleggelser i de samme diagnosegruppene er også de mest vanlige ved innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Dette er registrert diagnose i 85 prosent av tilfellene.

Siste kolonne i tabell 13.8 viser andel av innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern for hver diagnosegruppe. Denne viser at i 27 prosent av innleggelsene som gjaldt pasienter med schizofrenidiagnose ble det fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern. Sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern ser dermed ut til å være høyest for denne pasientgruppa. Den andre store diagnosegruppa blant tvangsinnlagte pasienter er pasienter med affektive lidelser. Tabellen viser imidlertid at sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern er høyere for pasienter med organiske lidelser. Tvungent psykisk helsevern ble benyttet i 10 prosent av innleggelsene ved denne diagnoseklassifiseringen.