

Tvang i psykisk helsevern

Status etter lovendringene i 2017

Rapport

IS-2888



Innhold

Forord	2
Sammendrag	4
1. Innledning	6
1.1 Om analysene	7
1.2 Lovgrunnlag	9
1.3 Måltall og styringssignaler til de regionale helseforetakene	10
2. Tvungent psykisk helsevern	12
2.1 Henvisning til og etablering av tvungent psykisk helsevern	13
2.2 Tvangsinnleggelse	16
2.3 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	24
3. Behandling uten eget samtykke	26
3.1 Omfang og utvikling	27
4. Tvangsmidler og skjerming	30
4.1 Omfang og utvikling	31
Vedlegg	36
Illustrasjon av fordeling ved bruk av boksplott	37

Forord

Alle mennesker har som utgangspunkt selvbestemmelsesrett over egen helse, og hovedregelen er at alle typer helsehjelp skal være basert på pasientens eget samtykke. Dette gjelder også for pasienter i det psykiske helsevernet. For å ivareta andre viktige hensyn som liv eller helse, kan selvbestemmelsesretten unntaksvis settes til side. Slike unntak er regulert ved lov, og for det psykiske helsevernet gjelder da psykisk helsevernloven.

Selv om alle former for tvangsbruk er strengt regulert og bruken alltid skal begrenses til situasjoner der frivillighet ikke fører frem, er det fortsatt mange pasienter som mottar helsehjelp under tvang i det psykiske helsevernet i Norge. For 2018 viser rapporterte data til Norsk pasientregister at det ble truffet ett eller flere vedtak om tvungen tilbakeholdelse, behandling uten samtykke og/ eller bruk av tvangsmidler for til sammen 7 000 pasienter. Samme år var 16 prosent av alle døgnopphold i psykisk helsevern og én av fire akuttinnleggelser basert på et vedtak om tvungen tilbakeholdelse.

Tvungen helsehjelp er en alvorlig inngripen i pasientenes liv. Målet om redusert bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene er over mange år gjentatt både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler og måltall for de regionale helseforetakene. Med virkning fra 1. september 2017 ble psykisk helsevernloven revidert med formål om å øke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Det ble innført en kompetansebasert modell med krav om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen behandling og tilbakeholdelse. Lovendringene betyr i praksis at samtykkekompetente pasienter kan nekte å ta imot et tilbud om behandling i psykisk helsevern med mindre de utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse. I tillegg ble blant annet kravene til begrunnelser av vedtak skjerpet og det ble innført krav om vedtak før iverksettelse av skjerming når pasienten motsetter seg skjermingen.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble innført i tjenestene i 2019. Pakkeforløpene skal bidra til økt fokus på brukerinvolvering, samarbeid med pårørende, samhandling med kommunen og mer systematisk utredning, behandling og oppfølging av pasientene. De fleste pasienter i psykisk helsevern inngår i forløpene. Med økt fokus på disse elementene, samt bruk av kriseplan og individuell plan, er det et mål at bruk av tvang kan reduseres. Helsedirektoratet utarbeider nasjonale faglige råd om forebygging og skånsom bruk av tvang som skal publiseres høsten 2020.

Denne rapporten omhandler bruk av tvang i det psykiske helsevernet og gir en oversikt geografiske forskjeller og utviklingstrekk gjennom perioden 2014 til 2018. Analyser av utvikling fokuserer i særlig grad på eventuelle effekter av lovendringen fra 2017.



Sammendrag

Med virkning fra 1. september 2017 ble psykisk helsevernloven endret og vilkårene for bruk av tvang i psykisk helsevern ble innskjerpet. Lovendringen ga forventning om reduksjon i bruken av tvang i tjenestene. Fra 2016 til 2017 viste da også aktivitetsstatistikken for psykisk helsevern reduksjon for flere tvangsformer. Selv om den videre utviklingen inn i 2018 igjen viser økning for både tvangsinnleggelses, tvangsbehandling, tvangsmidler og skjerming, er det indikasjoner på noen effekter av lovendringen. Dette gjelder blant annet redusert varighet av tvungent psykisk helsevern. Regionene utvikler seg imidlertid til dels i forskjellig retning, og endringene er ikke entydige eller store nok til med rimelig sikkerhet å kunne si at praksis er endret. Større effekter på lengre sikt kan ikke utelukkes.

Ingen større endring i praksis for henvisning til og etablering av tvungent vern

I 2018 ble det gjort nærmere 12 000 henvisninger til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Henvisningene gjaldt i all hovedsak akutt døgnbehandling og henvisers anmodning om tvungen tilbakeholdelse bla tatt til følge for 62 prosent av henvisningene. På nasjonalt nivå var omfanget av henvisninger og etableringer uendret fra 2016 til 2018. Vi ser altså foreløpig ikke volumendringer som indikerer økt terskel for tvungent psykisk helsevern etter lovendringen i 2017. Vi kan imidlertid ikke utelukke at effekten av strengere vilkår for tvungent psykisk helsevern til en viss grad motvirkes av økt oppmerksomhet på vedtaksplikt for pasienter som ikke motsetter seg vern, men som ikke kan avgi et gyldig samtykke og hvor det derfor må fattes vedtak.

Tvangsinnleggelsesraten var på samme nivå i 2018 som før lovendringen

Aktivitetsdata for 2018 viser at 5 700 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 8 100 ganger dette året. For aldersgruppen 16 år og eldre beregnes med det en rate for tvangsinnleggelses på 186 innleggelses per 100 000 innbyggere. Etter reduksjon i tvangsinnleggelsesraten fra 2016 til 2017 var ratenivået dermed tilbake på samme nivå som i året før lovendringen. Årsstatistikken for 2019 publiseres først i mai 2020, men per 2. tertial 2019 ligger det ikke an til større endringer fra 2018 til 2019.

Indikasjoner på redusert varighet av tvungent vern

Etter lovendringen i 2017 er grunnlaget for å opprettholde det tvungne vernet tatt bort dersom pasienten, etter en tids behandling, gjenvinner sin samtykkekompetanse. Tilgjengelige registerdata gir ikke informasjon om total tid under tvungent vern, men analysene viser både nedgang i bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og færre døgn under tvungent vern for de lengste tvungne

døgnoppholdene. Fra kontrollkomisjonenes årsrapportering vet vi også at antallet årskontroller for tvungent psykisk helsevern er redusert fra 2016 til 2018. Alle disse endringene indikerer at lovendringene, som forventet, har hatt effekt på varigheten av det tvungne vernet og at tid under tvungent vern er redusert.

En større andel av tvangsinnleggelsene begrunnes i farevilkåret

En innvending mot innføring av den kompetansebaserte modellen var at økt bruk av farevilkåret kunne bli en utilsiktet sidevirkning av lovendringen. Dette fordi man antok at det tidligere kunne ha vært et "underforbruk" av farevilkåret for å unngå stigmatisering av pasienten. Med skjerpede krav for behandlingstvilkåret, må farevilkåret i større grad brukes der dette vilkåret er aktuelt. Fra 2016 til 2018 ser vi samlet en forsiktig økning i antall innleggelses under vedtak om tvungent psykisk helsevern og en liten vridning i angitte vilkår i favør av farevilkåret. 25 prosent av innleggelsene var begrunnet i farevilkåret i 2018 mot 20 prosent i 2016. Vi observerer altså bare en mindre nedgang i tvangsinnleggelses begrunnet i behandlingstvilkåret alene. Dette kan skyldes at lovendringen har gitt økt oppmerksomhet på vedtakskrav for pasienter som ikke kan avgi et gyldig samtykke, og at man derfor oftere formelt tvangsinnlegger en gruppe pasienter som tidligere ikke ble holdt tilbake under vedtak om tvungent vern.

Flere pasienter under vedtak om behandling uten samtykke

Aktivitetsdata for 2018 viser at det dette året ble truffet minst ett vedtak om behandling uten samtykke for nærmere 2 000 pasienter. Vedtakene gjelder nesten utelukkende tvungen behandling med legemidler. På nasjonalt nivå er pasientraten for tvangsbehandling svakt økende på tross av de skjerpede kravene fra 2017. Utviklingen er imidlertid ikke lik for alle regioner. Som for tvangsinnleggelsene kan økningen vi ser i noen områder skyldes at lovendringen har gitt oppmerksomhet til kravet om å vedtaksfeste behandling av pasienter som ikke motsetter seg behandlingen, men som ikke kan avgi et gyldig samtykke. Økningen gjelder i så tilfelle pasienter som også tidligere ble behandlet, men der behandlingen ble gjennomført uten å være nedfelt i vedtak.

Flere skjermingsvedtak, men mer dempet vekst i bruken av tvangsmidler enn tidligere år

Både pasient- og vedtaksraten for skjerming hadde sterkere vekst fra 2017 til 2018 enn foregående år. Utviklingen er i henhold til de forventninger som følger av lovendringen fra 2017 og nytt krav om å fatte vedtak i alle tilfeller av skjerming som pasienten motsetter seg. 2 800 pasienter hadde ett eller flere vedtak om skjerming.

For tvangsmidler viser utviklingen fra 2017 til 2018 en mer dempet vekst sammenlignet med tidligere år. Dette er knyttet til redusert bruk av mekaniske tvangsmidler og en mer dempet vekst i vedtak som gjelder kortvarig fastholding. Det ble truffet vedtak om bruk av tvangsmiddel for til sammen 2 300 pasienter i 2018.

1. Innledning

1.1 Om analysene

Rapporten bygger på tilrettelagte data fra Norsk pasientregister for perioden 2014 - 2018, og gir en overordnet oversikt over nasjonale og regionale utviklingstrekk og forskjeller i tvangsbruk i det psykiske helsevernet gjennom denne perioden. Gjennomgangen dekker tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold og rettighetsinngripende tiltak under gjennomføring av det tvungne vernet. De ulike tvangsformene er nærmere omtalt i avsnitt 1.2.

Informasjon om utviklingstrekk og grunnlagstall på lavere nivå enn region er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider for statistikk:

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern>

Ser spesielt på effekt av endringer i psykisk helsevernloven i 2017

Med virkning fra 1. september 2017 ble *manglende samtykkekompetanse* et vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. I praksis betyr lovendringen at samtykkekompetente pasienter kan avslå tilbud om behandling og oppfølging i psykisk helsevern. Dette gjelder pasienter som ikke utgjør fare for eget liv eller andres liv eller helse. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner sin samtykkekompetanse kan også avslutte behandlingen etter eget ønske.

Lovendringen var forventet å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern, kanskje først og fremst ved en nedkorting av tvangsforløpene. Lovendringen antas imidlertid også å ha bidratt til økt bevissthet om at pasienter som ikke kan avgi et gyldig samtykke ikke kan behandles uten at det fattes vedtak etter psykisk helsevernloven. Effekten av økt bevissthet vil isolert kunne gi en økning i antall vedtak om tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke.

Utviklingstrekk for bruk av tvang i perioden som studeres er vurdert i lys av lovendringen fra 2017. Dette er gjort ved sammenligning av status for året før og året etter endringen (hhv. 2016 og 2018). Eventuelle langsiktige effekter på pasientforløpet og tjenesteutformingen for den aktuelle pasientpopulasjonen ligger utenfor rammene for denne gjennomgangen, og kan heller ikke evalueres fullt ut før det foreligger data for en lengre tidsperiode.

Begrensninger i datagrunnlagene:

Datagrunnlagene gir ikke informasjon om alle sentrale størrelser som er aktuelle for å kunne vurdere lovendringens effekt på tvangsbruk i tjenestene. Dette gjelder i særlig grad tidspunkt for opphør av tvungent psykisk helsevern. Endringer i tid under tvungent vern kan dermed ikke analyseres ved bruk av pasientdata. Vi har heller ikke informasjon om behandlers vurderinger av pasientens samtykkekompetanse ved etablering, ikke-etablering og opphør av tvungent vern og vedtak om behandling uten samtykke.

Bostedsbaserte analyser

Analysene som presenteres i rapporten og på tilhørende websider tar utgangspunkt i hvor pasientene er bosatt og ikke hvor de er behandlet. Bruken av tvang måles ved befolkningskorrigerede rater per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre. Resultatene vil med denne tilnærmingen korrigere for forskjeller i tvangsbruk som skyldes oppgavefordeling mellom helseforetak og institusjoner. Siden pasientene oftest behandles ved det sykehuset eller det distriktpspsykiatriske senteret de sokner til, vil eventuelle praksisforskjeller mellom institusjonene likevel reflekteres i ratene som beregnes, med høyere rater for områder der de ansvarlige institusjonene bruker mer tvang. Ratene vil imidlertid også være påvirket av andre forhold, herunder egenskaper ved de kommunale tjenestetilbudene og spesialisthelsetjenestenes samarbeid med disse samt egenskaper ved befolkningen i de aktuelle områdene.

Pasientdata fra Norsk pasientregister

Analysene som presenteres er basert på pasientdata slik disse er rapportert til Norsk pasientregister og tilrettelagt i Helsedirektoratet. Analysegrunnlagene omfatter både ungdomspsykiatriske avdelinger og tjenester for voksne og dekker med det tvangsbruk for alle pasienter eldre enn 12 år.

Kvalitet og kompletthet:

Det har historisk vært knyttet usikkerhet til innrapporterte pasientdata for bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Dette skyldes både manglende registrering og systemtekniske utfordringer ved innrapporteringen. Det er nedlagt betydelig arbeid for at helseforetakene skal finne løsninger for dette, og data antas fra 2015 å være relativt komplette for tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler.

For tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og behandling uten eget samtykke, kan ikke manglende kompletthet eller feil avdekkes på andre måter enn ved kontroll mot journal. Det er foreløpig ikke gjort noen systematisk kontroll av komplettheten i innrapporterte data for disse tvangsformene, men innholdet i dataene er rutinemessig tilbakemeldt til de rapporterende enhetene. Rapporteringsenhetene har mulighet til og er ansvarlige for å revidere feil i egne data. Feil og mangler som ikke er tilbakemeldt og korrigert fra enhetene, vil ikke kunne fanges opp av alternative kontroller i direktoratet.

For å ivareta sammenlignbarhet i perioden som studeres, er analysegrunnlagene for tvangsinnleggelse i 2014 og henvisningsformalitet (referert for 2016 og 2018) justert for mangelfull innrapportering. For øvrige datagrunnlag er det ikke gjort slike justeringer.

Volumtall avviker noe fra nasjonale kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer som følger tvangsbruk i psykisk helsevern omfatter ikke ungdomspsykiatriske avdelinger og justeres heller ikke for mangelfull innrapportering. Volumtall som presenteres i denne rapporten, med tilhørende nettsider, vil derfor vise noe høyere nivå enn de som gjenfinnes for kvalitetsindikatorerne på helsedirektoratet.no. Vi gjør også oppmerksom på at kvalitetsindikatorerne er aggregert fra behandlingssted. De regionale tallene som presenteres for kvalitetsindikatorerne vil dermed vise status for pasientbehandlingen ved institusjonene i den enkelte region, men ikke korrigerer for pasientstrømmer og gjestepasienter på tvers av regionene. Dette gir noen forskjeller for regionale volumtall.

1.2 Lovgrunnlag

Psykisk helsevernloven (phvl.) regulerer bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Loven har bestemmelser om etablering og opphør av tvungent vern og om gjennomføring av det tvungne vernet, herunder behandling uten eget samtykke og restriktive tiltak, som tvangsmiddelbruk og skjerming. Det skal fattes vedtak om bruk av tvang etter psykisk helsevernloven. Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern anvendes overfor personer over 16 år. Personer under 16 innlegges med samtykke fra de som har foreldreansvaret. Det skal fattes vedtak iht. psykisk helsevernloven dersom barn og unge underlegges vedtak om tvangsmidler og skjerming.

Tvangsformene som omtales i rapporten er kort beskrevet under. For en mer utdypende fremstilling av reglene i psykisk helsevernloven, vises til Helsedirektoratets rundskriv [IS-1/2017](#).

Tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon

En pasient kan underlegges tvungent psykisk helsevern (TPH) hvis vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 er oppfylt. Dersom det først er behov for å avklare nærmere om vilkårene er oppfylt, kan pasienten underlegges tvungen observasjon (TO) i inntil 10 + 10 dager.

Det er et grunnvilkår for tvungent psykisk helsevern at pasienten har en *alvorlig sinnslidelse* og enten har behov for behandling (behandlingsvilkåret) eller er til fare for eget eller andres liv eller helse (farevilkåret). Etter lovendringen fra 2017, kan ikke tvungent psykisk helsevern lenger etableres eller opprettholdes for samtykkekompetente pasienter som ikke utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Det tvungne vernet kan gjennomføres med eller uten døgnopphold i institusjon, jf. psykisk helsevernloven § 3-5. En pasient som er underlagt tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern *med døgnopphold*, må oppholde seg på en døgninstitusjon i det psykiske helsevernet. Pasienten kan holdes tilbake med tvang dersom det er behov for det. Tvungent psykisk helsevern *uten døgnopphold* (TUD) innebærer at pasienten bor hjemme eller i kommunal institusjon, men regelmessig må møte til behandling/ kontroll på et sykehus eller et distriktpspsykiatrisk senter. Tvungent psykisk helsevern starter vanligvis med opphold i døgninstitusjon og kan, når pasienten skrives ut, etterfølges av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Behandling uten eget samtykke

Pasienter som er under tvungent psykisk helsevern, kan undersøkes og behandles uten eget samtykke på visse vilkår, jf. psykisk helsevernloven § 4-4. Ved lovendringen i 2017 ble det innført krav om at pasienten må mangle samtykkekompetanse, med mindre vedkommende er til fare for eget liv eller andres liv eller helse. Behandlingen må være klart i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis og kan for eksempel bestå i behandling med legemidler eller tvungen ernæring.

Behandling uten eget samtykke krever et eget vedtak i tillegg til vedtaket om tvungent psykisk helsevern. Også i de tilfellene der pasienten ikke motsetter seg behandlingen, men mangler samtykkekompetanse, må det fattes vedtak for å gjennomføre behandling.

Tvangsmidler

Tvangsmidler skal ikke være en del av den planlagte behandlingen i psykisk helsevern, men kan benyttes i akutte situasjoner dersom det er uomgjengelig nødvendig for å hindre en pasient i å skade seg selv eller andre eller for å avverge betydelige materielle skader. Vilkårene for bruk av tvangsmidler er angitt i psykisk helsevernloven § 4-8, som skiller mellom fire typer tvangsmidler: Mekaniske tvangsmidler (herunder belteseng), korttidsvirkende legemidler, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør (isolasjon) og kortvarig fastholding. Tvangsmidler kan anvendes overfor pasienter som er innlagt i institusjon for døgnopphold. Dette gjelder også frivillig innlagte pasienter.

Skjerming

Skjerming reguleres i psykisk helsevernloven §4-3 og innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse eller behandling eller har omsorg for pasienten. Skjerming kan benyttes dersom pasientens psykiske tilstand eller utagerende atferd gjør det nødvendig av hensyn til pasienten selv eller av hensyn til andre pasienter. Det skal fattes vedtak om skjerming dersom pasienten motsetter seg skjermingen eller hvis skjermingen vedvarer utover 24 (12) timer.

1.3 Måltall og styringssignaler til de regionale helseforetakene

Systematisk arbeid for å redusere tvangsbruken i de psykiske helsetjenestene har i flere år vært omtalt som prioritert oppgave i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. For 2017 er reduksjon i tvangsinnleggelse og pasienter med tvangsmiddelvedtak satt opp som eksplisitte mål med krav om rapportering i årlig melding. Disse målkravene er videreført også i oppdragsdokumentet for 2018. Utviklingen skal vurderes ved rater per innbygger. For 2019 gjelder målkrav i oppdragsdokumentene bare tvangsmidler.

2. Tvungent psykisk helsevern

2.1 Henvisning til og etablering av tvungent psykisk helsevern

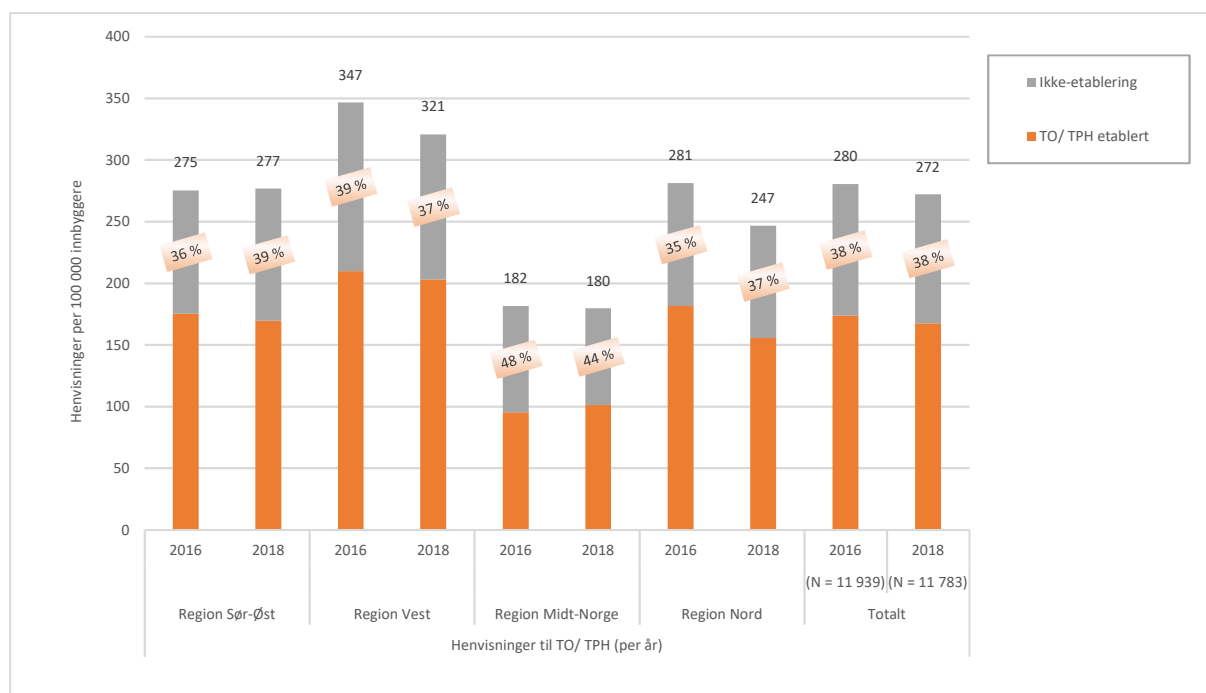
En pasient kan underlegges tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern (TPH) når vilkårene i psykisk helsevernloven §§ 3-2 eller 3-3 er oppfylt. Se omtale i avsnitt 1.2.

Før det tvungne vernet kan etableres, skal pasienten undersøkes og vilkårene vurderes av to leger. Den ene skal være uavhengig av den institusjonen tvungen etableres ved. Ofte er det pasientens fastlege eller lege i legevakt som gjør den første undersøkelsen av pasienten og som henviser til det psykiske helsevernet. Den andre undersøkelsen finner sted i mottakende institusjon og skal skje innen 24 timer etter at pasienten har ankommet institusjonen. Faglig ansvarlig treffer deretter vedtak om etablering eller ikke - etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Begrepsavklaring

Alle døgnopphold med vedtak om tvungen observasjon og/ -eller tvungent psykisk helsevern vil videre være omtalt som *tvangsinnleggelse*. Definisjonen omfatter også gjeninnleggelse av pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Det vil derfor være flere tvangsinnleggelse i løpet av et år enn henvisninger med innleggelse til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Henvisninger til tvungent vern uten etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern inngår ikke i statistikken for tvangsinnleggelse. Første døgnopphold/kontakt i en henvisning av denne typen omtales videre som *ikke-etablering*. Henvisninger til tvungent vern gjelder, med få unntak, henvisning til akutt døgnbehandling. Ikke-etablering vil derfor inngå i aktivitetsrapporteringen som døgnopphold.

Figur 2.1 Henvisninger til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern i 2016 og 2018. Rate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.

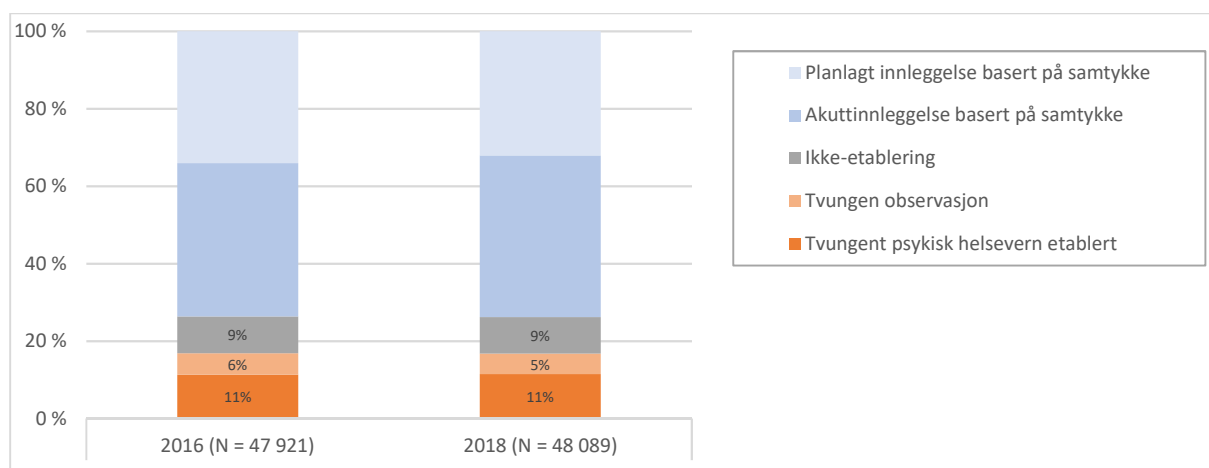


1) Viderehenvisninger mellom døgninstitusjoner i psykisk helsevern og gjeninnleggelse av TUD-pasienter innenfor samme eller tidligere års henvisninger inngår ikke i tallgrunnlagene for beregning av henvisningsrater og andel ikke-etablering.

Nærmere 12 000 henvisninger til tvungent vern i 2018

I 2018 ble det gjort nærmere 12 000 henvisninger til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. For landet samlet gir dette en henvisningsrate til tvungent vern på 272 henvisninger per 100 000 innbyggere, men med relativt store regionale forskjeller og betydelig lavere rate for Midt-Norge enn for de andre regionene¹. Henvisers anmodning om tvungen tilbakeholdelse for observasjon eller psykisk helsevern ble tatt til følge for 62 prosent av henvisningene.

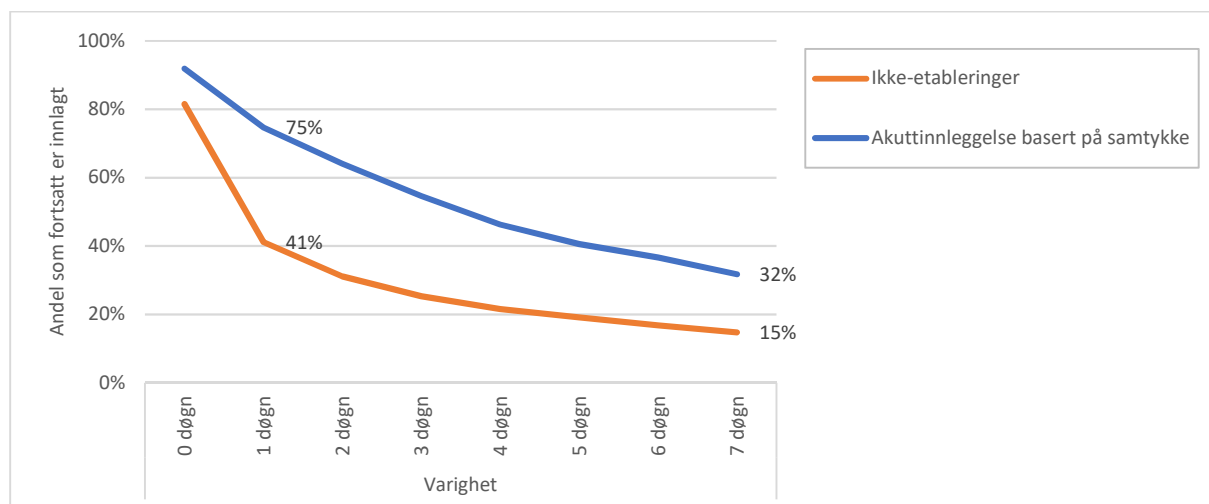
Figur 2.2 Innleggelse i psykisk helsevern i 2016 og 2018. Prosentvis fordeling etter hastegrad og rettslig grunnlag.



Ikke-etableringer utgjør et betydelig volum av korte døgnopphold

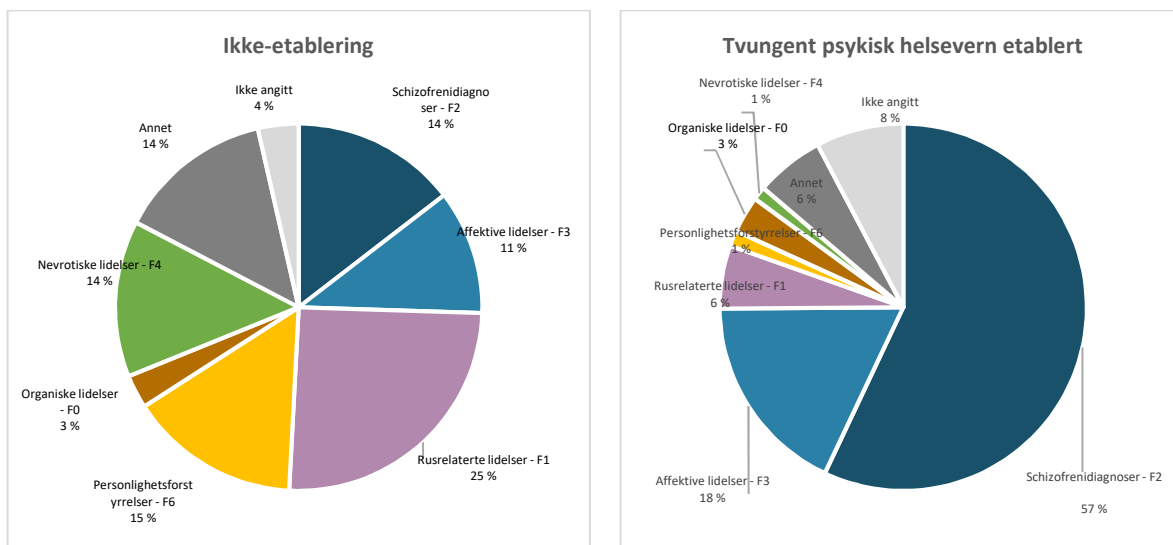
Ved ikke-etablering har pasienten reelt vært holdt tilbake under tvang inntil 24 timer i påvente av vedtaksansvarliges vurdering. 4 500 innleggelse i det psykiske helsevernet i 2018 var en innleggelse av denne typen. Dette er 9 prosent av innleggelsene dette året. Kompetanse og gode henvisningsrutiner i førstelinje-tjenestene er derfor også et viktig bidrag for å unngå unødig bruk av tvang i tjenestene.

Figur 2.3 Varighet av akutte døgnopphold i 2018.



¹ For innleggelse i døgnavdeling mangler informasjon om henvisningsformalitet for 10 prosent av henvisningsperiodene i 2018 og 13 prosent av henvisningsperiodene i 2016. Beregnet volum av henvisninger til tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern og tilhørende regionale og nasjonale rater er korrigert for mangelfull innrapportering av henvisningsformalitet.

Figur 2.4 Hoveddiagnose (ICD 10) ved innleggelse. Gjelder ikke-etableringer og innleggelser under tvungent psykisk helsevern i 2018.



Datagrunnlagene for 2018 viser at bare et mindretall av pasientene fortsatte døgntillegningen på frivillig grunnlag når tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern ikke ble etablert. 59 prosent ble avsluttet i løpet av første døgn etter at innleggelsen fant sted, og 85 prosent av pasientene var utskrevet innen én uke. Til sammenligning var medianverdi for varighet samme år beregnet til fire døgn for akutte døgntillegninger der henvisningen og innleggelsen var basert på samtykke.

For pasienter som i 2018 ble holdt tilbake for døgntillegninger under vedtak om tvungent psykisk helsevern var schizofrenilidelser (F2) og affektive lidelser (F3) de hyppigst forekommende hoveddiagnosene. Ikke-etableringer gjaldt oftere pasienter med rusrelaterte lidelser (F0), personlighetsforstyrrelser (F6) og nevrotiske lidelser (F4). Dette bildet er stabilt over tid.

Ingen større endringer i volum av henvisninger eller etableringer etter lovendringen

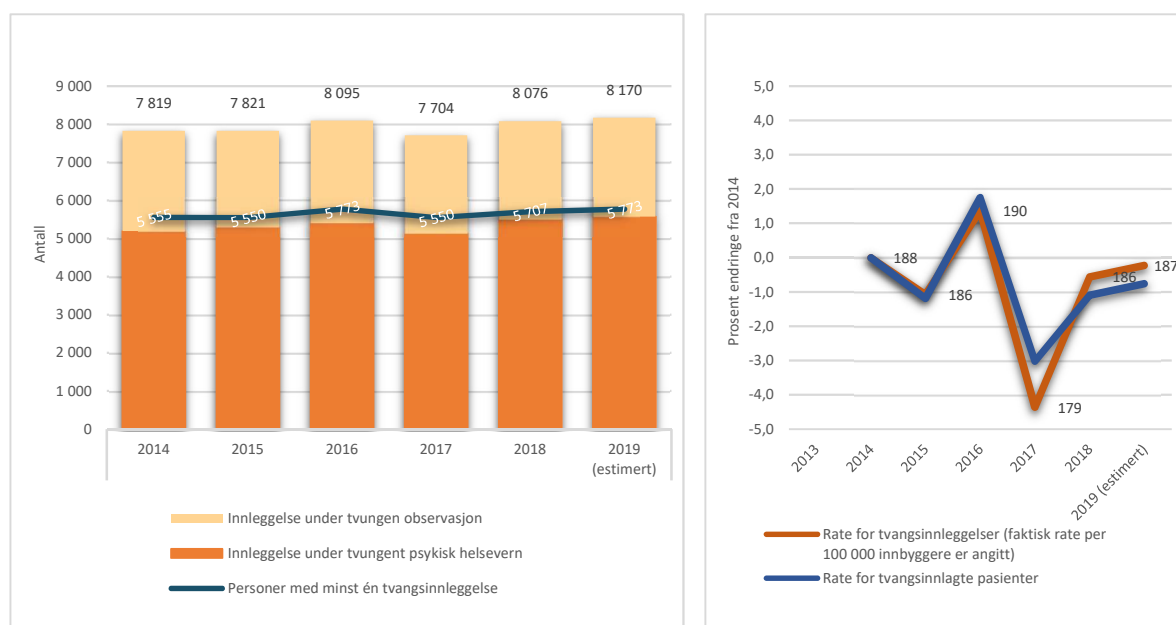
På nasjonalt nivå er volumet av henvisninger til tvungent vern uendret fra 2016 til 2018, men befolkningsvekst gir likevel en liten reduksjon i henvisningsraten som beregnes per innbygger. Andel etableringer er også uendret fra 2016 til 2018. Vi ser altså foreløpig ikke endringer som tyder på økt terskel for henvisning eller etablering av tvungent vern som følge av lovendringen fra 2017. Vi kan imidlertid ikke utelukke at effekten av strengere vilkår for tvungent psykisk helsevern til en viss grad motvirkes av økt oppmerksomhet på vedtaksplikt for pasienter som ikke kan avgi et gyldig samtykke.

2.2 Tvangsinnleggelseser

Ser vi bort fra innleggelseser som gjelder henvisning med ikke-etablering (jfr. omtale i avsnitt 2.2), viser aktivitetsdata for 2018 at 5 700 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 8 100 ganger dette året. To av tre tvangsinnleggelseser gjaldt tilbakeholdelse i døgninstitusjon under vedtak om tvungent psykisk helsevern, mens den siste tredjedelen av tvangsinnleggelsesene var tilbakeholdelse for tvungen observasjon der vilkårene for tvungent psykisk helsevern ikke ble vurdert å være oppfylte etter endt observasjonsperiode.

For aldersgruppen 16 år og eldre beregnes med dette en gjennomsnittsrate på 186 tvangsinnleggelseser per 100 000 innbyggere i 2018. Raten var, som tidligere år, høyere for menn enn for kvinner og avtagende med økt alder. 130 av tvangsinnleggelsesene gjaldt pasienter yngre enn 18 år.

Figur 2.5 Tvangsinnleggelseser og tvangsinnlagte pasienter i det psykiske helsevernet. Utvikling i perioden 2014 - 2019.



1) Pasienttallene inkluderer pasienter med tvangsinnleggelse i det aktuelle aktivitetsåret.

2) Tall for 2019 er estimert basert på 1. og 2. tertial-tall for tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern for voksne slik disse er publisert gjennom NKI. Estimert gjør påslag for tvangsinnleggelseser i ungdomspsykiatriske avdelinger og tvangsinnleggelse siste tertial 2019 i henhold til rapportert volum for 2018.

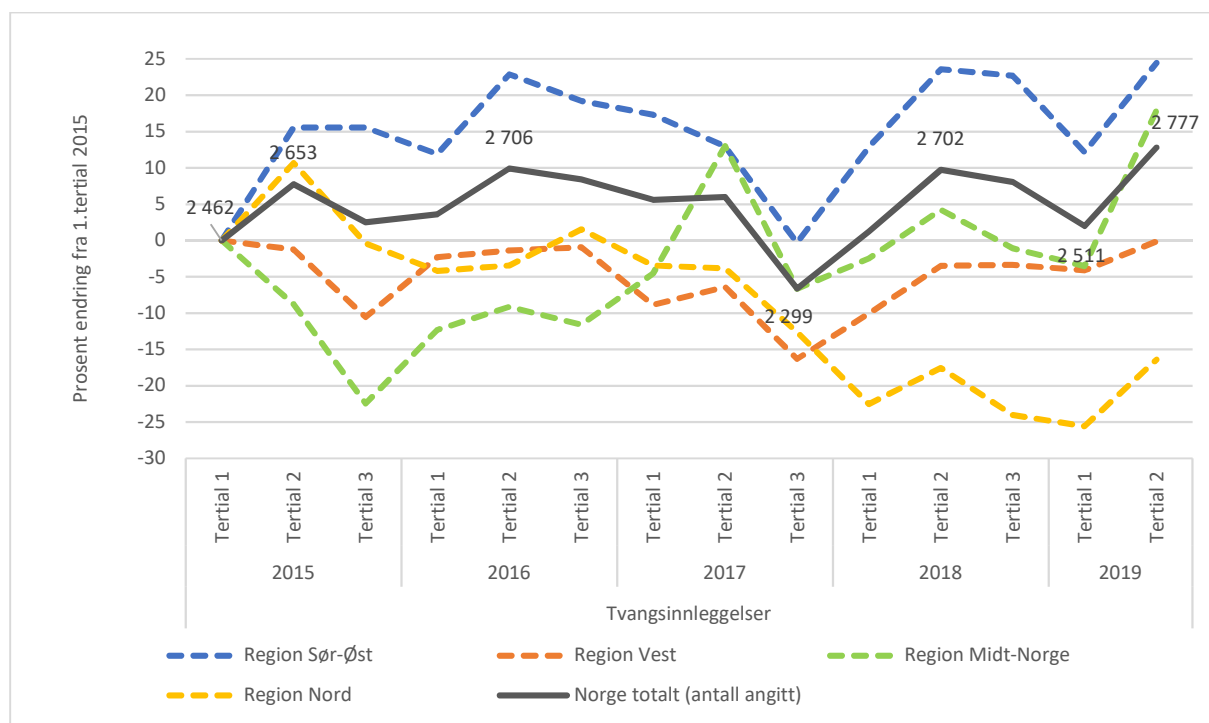
Ingen vedvarende endring i tvangsinnleggelsesraten

For femårsperioden 2014 – 2018 vurdert samlet, viser aktivitetsdata for psykisk helsevern en liten økning i volumet av tvangsinnleggelseser og tvangsinnlagte pasienter. Folketallet i samme periode har økt tilsvarende og rate per innbygger var, med unntak for 2017, på omtrent samme nivå gjennom hele denne perioden. Figur 2.5 viser at pasientraten og innleggelsesraten følger hverandre tett. Forholdstallet mellom innleggelseser og pasienter har holdt seg stabilt på 1,4 innleggelseser per pasient gjennom hele perioden og det observeres foreløpig heller ikke endringer i antall eller andel gjeninnleggelseser på tvang etter lovendringen. Av pasientene som ble skrevet ut fra et tvungent døgnopphold siste tertial 2017, hadde 22 prosent en ny innleggelse under tvungent vern innen tre måneder, mens 40 prosent var tvangsinnlagt på nytt innen ett år. For utskrivninger 3. tertial 2016 var tilsvarende andeler 23 og 39 prosent.

Tvangsinnleggelsesraten for 2017 var noe lavere enn den som beregnes for øvrige år i femårsperioden, og tertialtall for tvangsinnleggelses publisert gjennom nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) viser at nedgangen fra 2016 til 2017 gjaldt siste del av 2017, se figur 2.6. Utviklingen antas derfor å kunne være en umiddelbar respons på lovendringen og de innskjerpede vilkårene for tvungent psykisk helsevern, men effekten har ikke vedvart. Årsdata for 2018 viser en økning på 400 tvangsinnleggelses sammenlignet med situasjonen i 2017, og tvangsinnleggelsesraten for 2018 var nesten tilbake på samme nivå som i året før lovendringen. Økningen fra 2017 til 2018 gjaldt tvungent psykisk helsevern. For tvungen observasjon observeres ingen endring fra 2017 til 2018.

Årsstatistikken for 2019 publiseres først i mai 2020, men per 2. tertial 2019 ligger det an til at tvangsinnleggelsesraten for 2019 vil ende på omtrent samme nivå for 2018, se figur 2.5.

Figur 2.6 Tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne i perioden 2015 - 2019. Regional endring i prosent fra 1. tertial 2015.

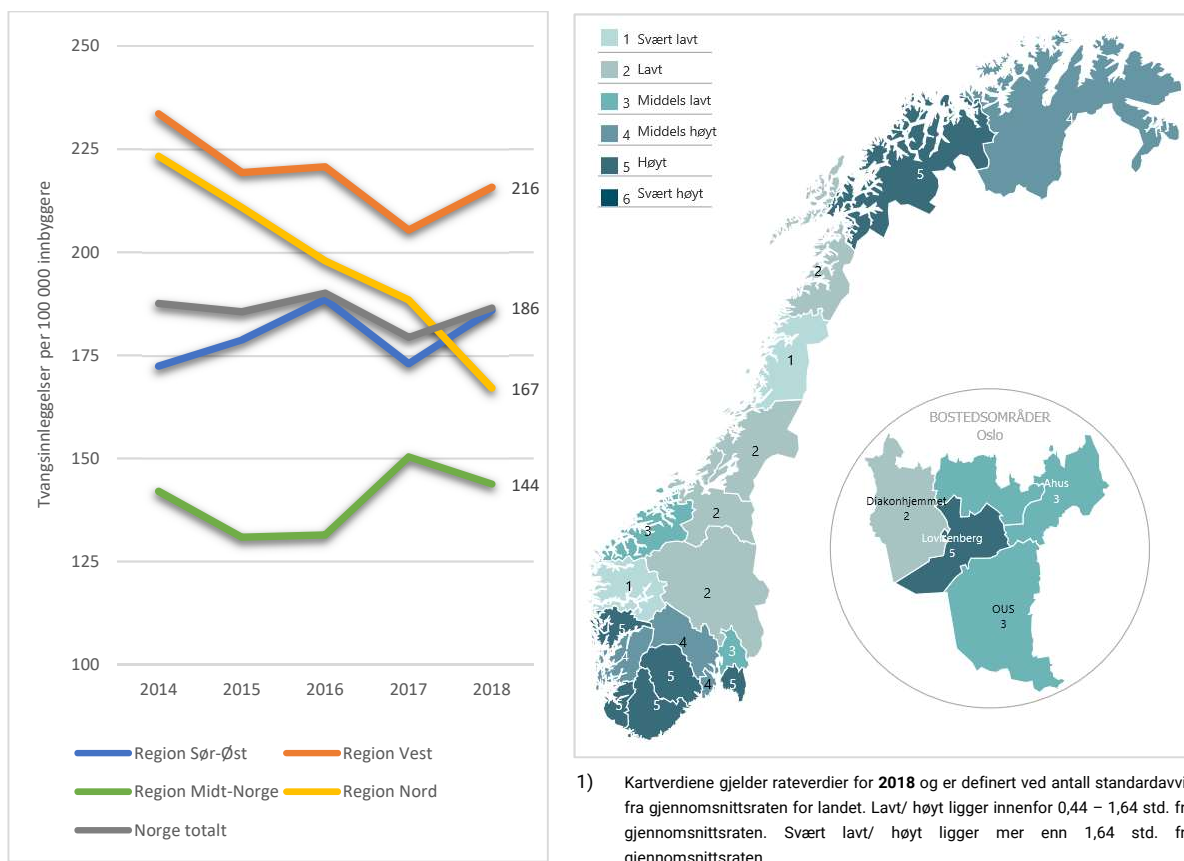


Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no

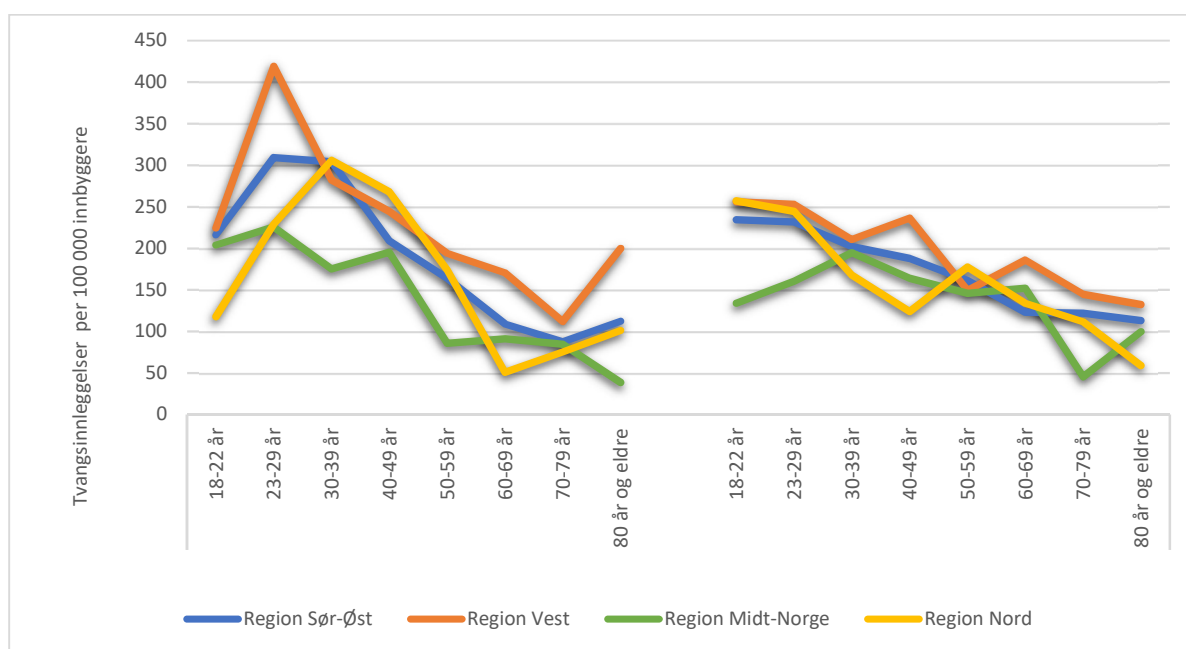
Reduserte geografiske forskjeller i perioden 2014 - 2018

Den regionale raten for tvangsinnleggelses var i 2014 høyere enn landsgjennomsnittet i regionene Nord og Vest og lavere enn landsgjennomsnittet i regionene Sør-Øst og Midt-Norge, se figur 2.7. For Sør-Øst og Midt-Norge har det imidlertid vært en liten økning i tvangsinnleggelsesraten i perioden 2014 – 2018 vurdert under ett. I Vest, og spesielt i Nord er raten redusert. Den regionale raten i Vest (høyeste regionale rate) var i 2018 fortsatt 50 prosent høyere enn samlet regional rate for Midt-Norge (laveste regionale rate), men for perioden samlet er forskjellen mellom regionene redusert. Figuren illustrerer store forskjeller også innad i regionene. På regionalt nivå gjaldt den høyere raten i Vest i 2018 både menn og kvinner og alle aldersgrupper. Ratenivået var spesielt høyt for menn i aldersgruppen 20 - 30 år.

Figur 2.7 Tvangsinnleggelses i det psykiske helsevernet i perioden 2014 – 2018. Rate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



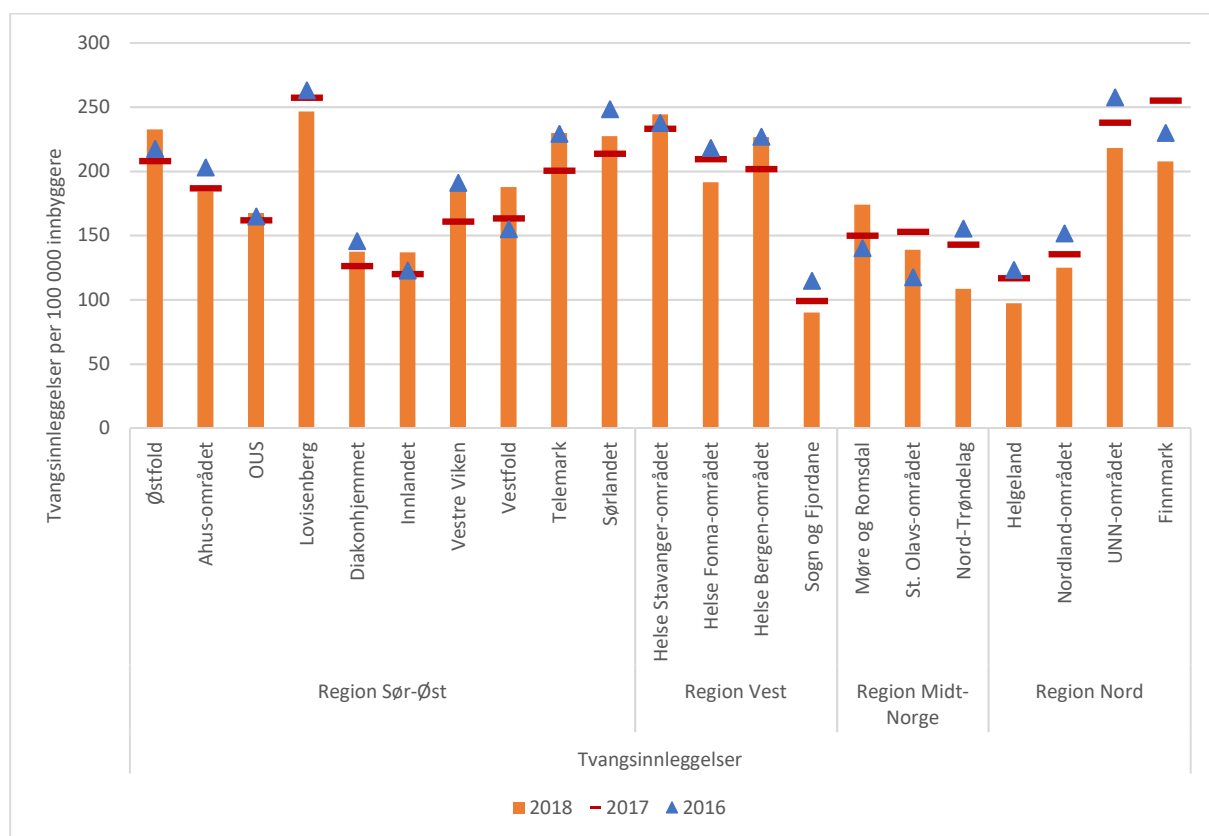
Figur 2.8 Tvangsinnleggelses i psykisk helsevern i 2018. Kjønnns- og aldersspesifikke rater etter bosted og per 100 000 innbyggere.



Ikke entydig utvikling i perioden 2016 til 2018

Økningen i tvangsinnleggelsesraten fra 2017 til 2018 gjaldt nesten utelukkende foretaksområder i Sør-Øst og Vest. For Midt-Norge og i Nord ble den regionale raten redusert. Med ett unntak gjaldt denne reduksjonen også foretaksområdene i disse regionene. Ser vi på endring fra året før til året etter lovendringen er tvangsinnleggelsesraten noe redusert for 12 av 21 foretaksområder, mens den økte for ni. Utviklingen etter lovendringen er altså ikke entydig.

Figur 2.9 Tvangsinnleggelsesraten i det psykiske helsevernet i perioden 2016 – 2018. Rate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



1) Ratene er kjønns- og aldersstandardisert med totalbefolkningen for 2018 som standardbefolkning.

En litt større andel av tvangsinnleggelsene var begrunnet i faveilkåret i 2018 enn tidligere år

Innføring av kravet om manglende samtykkekompetanse ved tvungent vern begrunnet i pasientens behov for behandling (behandlingsvilkåret gir isolert en forventning om reduksjon i antall tvangsinnleggelses. Lovendringen kan imidlertid også ha hatt den effekten at tvungent vern med begrunnelse i behandlingsvilkåret etableres for flere pasienter enn før i tilfeller der pasienten ikke kan gi et gyldig samtykke. Datagrunnlaget gir ikke informasjon om vurderinger som gjelder pasientens samtykkekompetanse ved etablering eller ikke-etablering av tvungent vern. Disse effektene kan derfor ikke studeres separat, men samlet ser vi en beskjeden nedgang for tvangsinnleggelses begrunnet i behandlingsvilkåret alene fra 2016 til 2018. Reduksjonen utgjør fire prosent og teller 170 innleggelses.

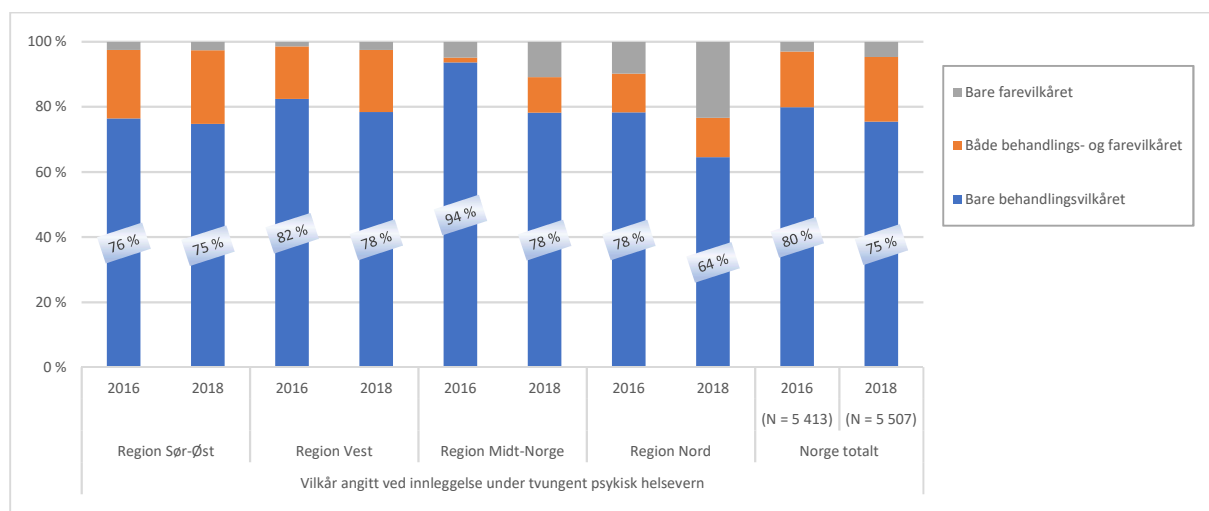
En innvending mot innføring av den kompetansebaserte modellen var at økt bruk av faveilkåret kunne bli en utilsiktet sidevirkning av lovendringen. Det vises til Prop 147 L (2015-16) pkt. 6.2.4.1:

"En innvending mot å innføre en kompetansebasert modell er at dette kan føre til økt bruk av vilkåret om at pasienten utgjør en fare for andre. Enkelte pasienter og tjenesteytere kan oppleve det mer belastende at vilkåret om manglende samtykkekompetanse blir lagt til grunn enn at vilkåret om fare for andre blir brukt. Andre pasienter eller tjenesteytere kan ha motsatt oppfatning eller opplevelse av dette. Det er mulig at økt bruk av farevilkåret kan bli en utilsiktet sidevirkning av forslaget, men departementet mener i likhet med utvalgets flertall at en viss økning i bruk av farevilkåret er legitimt i tilfeller der det dreier seg om personer som allerede i dag oppfyller dette vilkåret, men der den faglig ansvarlige velger å bruke behandlingsvilkåret"

I 2018 ble farevilkåret angitt som aktuelt vilkår for 25 prosent av alle innleggelser under vedtak om tvungent psykisk helsevern. Andelen er økt sammenlignet med 2016. Økning tilsvarer 260 innleggelser av denne typen og er fordelt mellom alle regioner.

Vi ser altså samlet en forsiktig økning i antall innleggelser under vedtak om tvungent psykisk helsevern fra året før til året etter lovendringen. Økningen gjelder innleggelser begrunnet i farevilkåret, mens antall innleggelser begrunnet i behandlingsvilkåret alene er redusert.

Figur 2.10 Angitte vilkår ved innleggelse under tvungent psykisk helsevern i 2016 og 2018.



1) Tilleggsvilkår ved tvungent psykisk helsevern var ikke angitt for henholdsvis 6 og 3 prosent av innleggelsene i 2016 og 2018. Disse er holdt utenfor prosentueringsgrunnlaget.

Ved tvungent vern hadde halvparten av døgnoppholdene i 2018 varighet utover fem uker

Det ligger i vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern at døgnopphold under tvungent vern gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser og omfattende behov for helsehjelp, og tvungne døgnoppholdene er generelt lengre enn det som er typisk for psykisk helsevern. Dette er i figur 2.11 illustrert ved bruk av boksplokk for fordeling av døgnoppholdenes varighet. Boksen i figuren viser interkvartilbredden for utvalget. 25 prosent av oppholdene har kortere varighet enn boksens nedre grense og 25 prosent har varighet utover boksens øvre grense. Medianverdien som deler utvalgene i to like deler er angitt i figuren, og i 2018 er denne beregnet til sju døgn for døgnopphold i psykisk helsevern. Det betyr at halvparten av oppholdene dette året ble avsluttet i løpet av første uke etter at innleggelsen fant sted. Til sammenligning er medianverdien samme år beregnet til 35 døgn, altså fem uker, for døgnopphold der pasienten hadde vært holdt tilbake under tvungent psykisk helsevern i hele eller deler

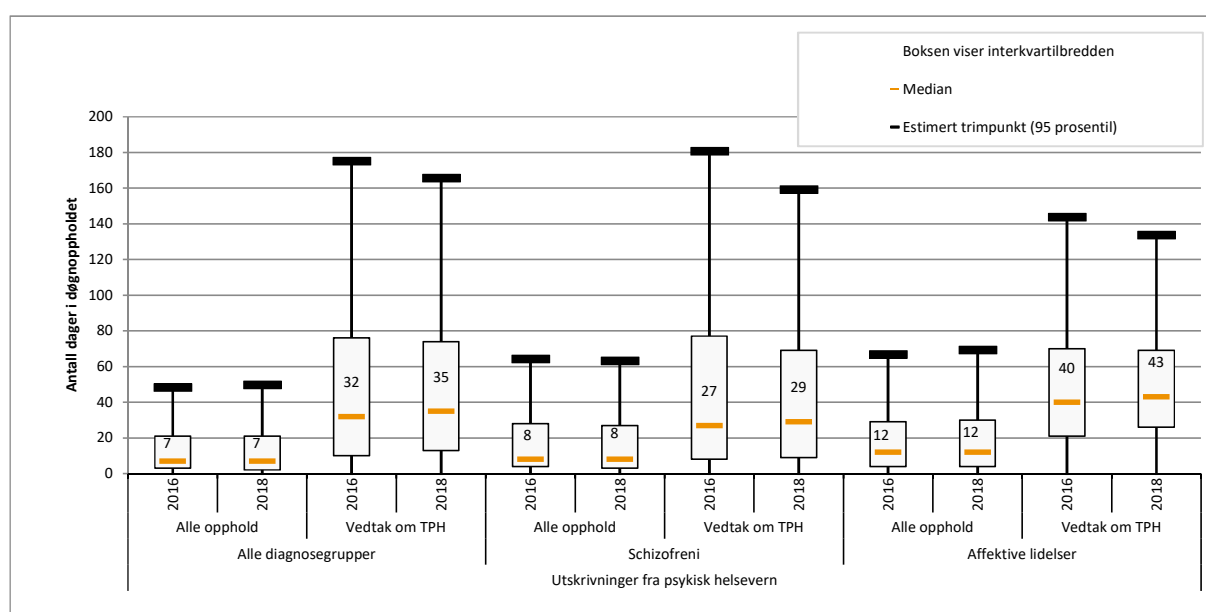
av døgnoppholdet. Forskjellen i varighet mellom frivillige og tvungne døgnopphold er altså betydelig, og dette gjelder også for pasienter med schizofreni eller affektiv lidelse angitt som hoveddiagnose for oppholdet.

Se også vedlegg for nærmere beskrivelse og fortolkning av boksplostillustrasjoner.

Kortere tid under tvang for de lengste oppholdene etter lovendringen

Etter lovendringen fra 2017, vil grunnlaget for å opprettholde det tvungne vernet falle bort dersom pasienten, etter en tids behandling, gjenvinner sin samtykkekompetanse. Redusert varighet av tvungent vern er derfor forventet å være en aktuell effekt av lovendringen.

Figur 2.11 Tid i døgnbehandling i psykisk helsevern. Fordeling av varighet for utskrivninger i 2016 og 2018. Gjelder aldersgruppen 16 år og eldre, og grupper etter angitt hoveddiagnose (ICD-10).

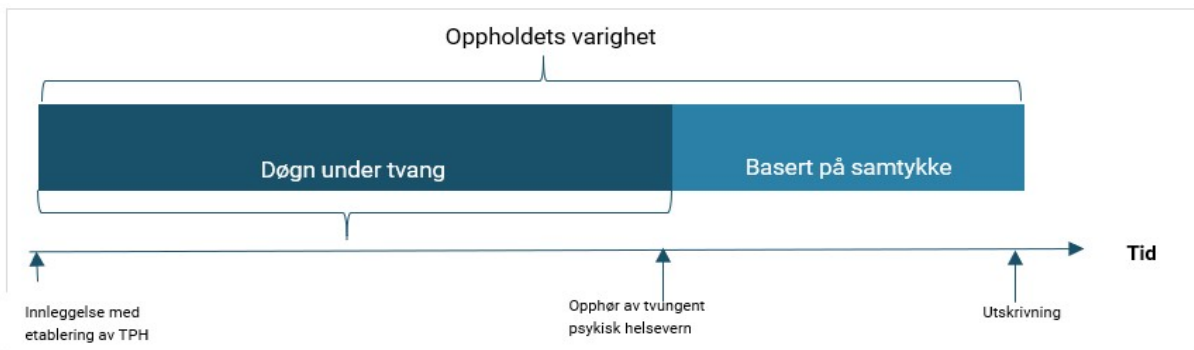


1) Kategorien Vedtak om TPH gjelder døgnopphold der pasienten er holdt tilbake under vedtak om tvungent psykisk helsevern i hele eller deler av døgnoppholdet.

Fra rapporterte kontrollkommisjonsdata vet vi allerede at antall årskontroller for tvungent vern er redusert fra 2016 til 2018². Dette indikerer at tvangsforløpenes varighet er påvirket og at tid under tvang er redusert, i alle fall for pasienter som har vært sammenhengende under tvungent vern i minst ett år. Pasientdata gir ikke informasjon om total tid under tvungent vern (inkludert TUD), men for de tvungne døgnoppholdene kan tid under tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern beregnes. Dette vil videre være omtalt som *døgn under tvang*.

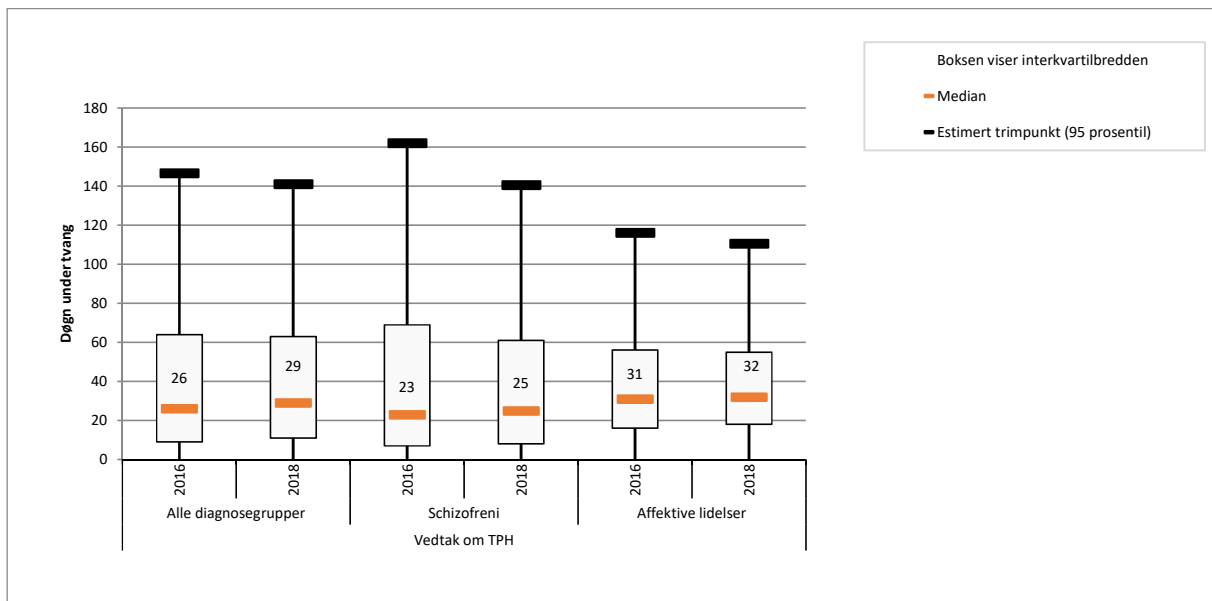
² Se "Kontroll av tvangsbruk 2018" (Rapport IS-2875, Helsedirektoratet 2019).

Figur 2.12 Varighet av døgntilrettelagt opphold og døgntilrettelagt opphold under tvang.



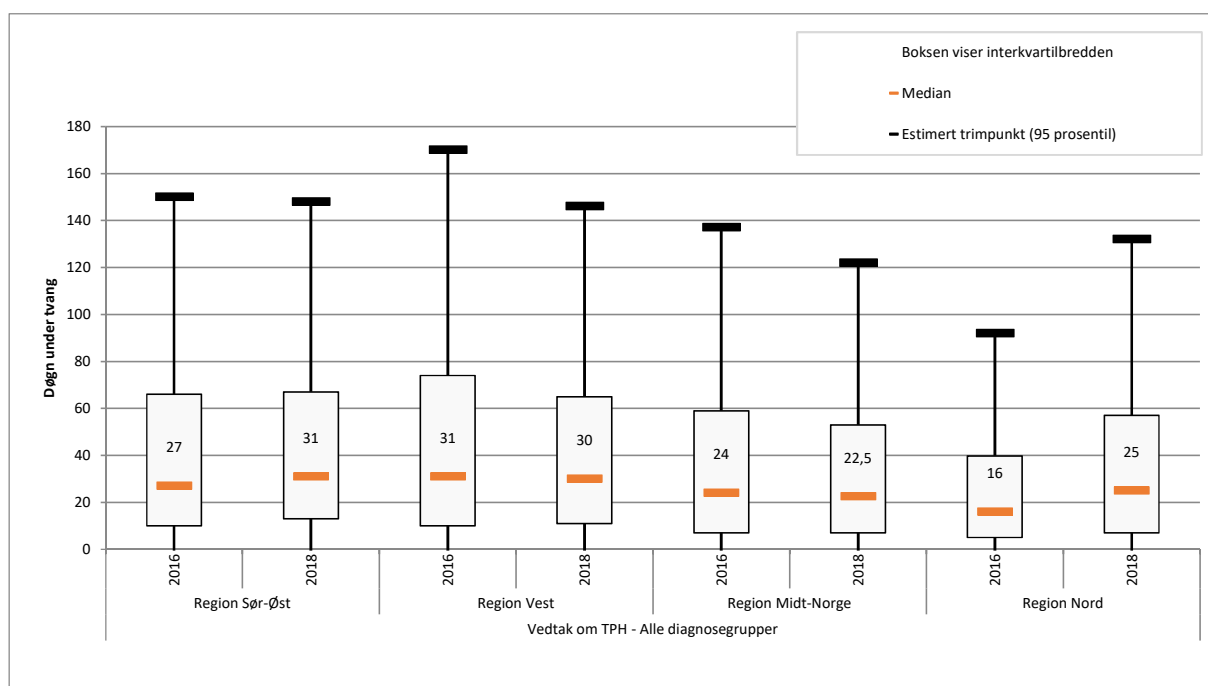
For alle døgntilrettelagte opphold samlet, og uavhengig av rettslig grunnlag, observeres ingen signifikante endringer i total varighet fra 2016 til 2018. Dette gjelder også for de vanligste hoveddiagnosene angitt ved døgntilrettelagt opphold under tvungent vern. For døgntilrettelagte opphold der pasienten i hele eller deler av oppholdet hadde vært holdt tilbake under vedtak om tvungent psykisk helsevern er derimot både trimpunkt og grenseverdi for øvre kvartil redusert, mens medianverdien for varighet øker fra 32 til 35 døgn. Grenseverdien for nedre kvartil øker også. Dette betyr at det var mindre variasjon i oppholdstiden i 2018 enn i 2016: Varigheten er økt for de korteste oppholdene og redusert for de lengste. Endringene er signifikante og dette gjelder også for hver av de største diagnosegruppene.

Figur 2.13 Døgntilrettelagt opphold under tvang. Fordeling av varighet for utskrivinger fra tvungent vern i 2016 og 2018. Gjelder aldersgruppen 16 år og eldre og gruppert etter angitt hoveddiagnose (ICD-10).



Som illustrert i figur 2.12 vil det tvungne vernet noen ganger avsluttes før pasienten er skrevet ut fra døgnbehandlingen. Medianverdi for *døgn under tvang* er derfor noe lavere enn medianverdien som gjelder for oppholdenes varighet. På nasjonalt nivå er de observerte endringene fra 2016 til 2018 likevel de samme. Medianverdien øker, og for de korteste oppholdene er det en økning i antall døgn under tvang, mens for de aller lengste oppholdene reduseres varigheten, se figur 2.13. Resultatet er spesielt tydelig for tvungne døgnopphold der schizofreni er angitt å være pasientens hoveddiagnose. Endringer i døgn under tvang er ikke entydige på regionalt nivå, men de regionale forskjellene var mindre i 2018 enn i 2016.

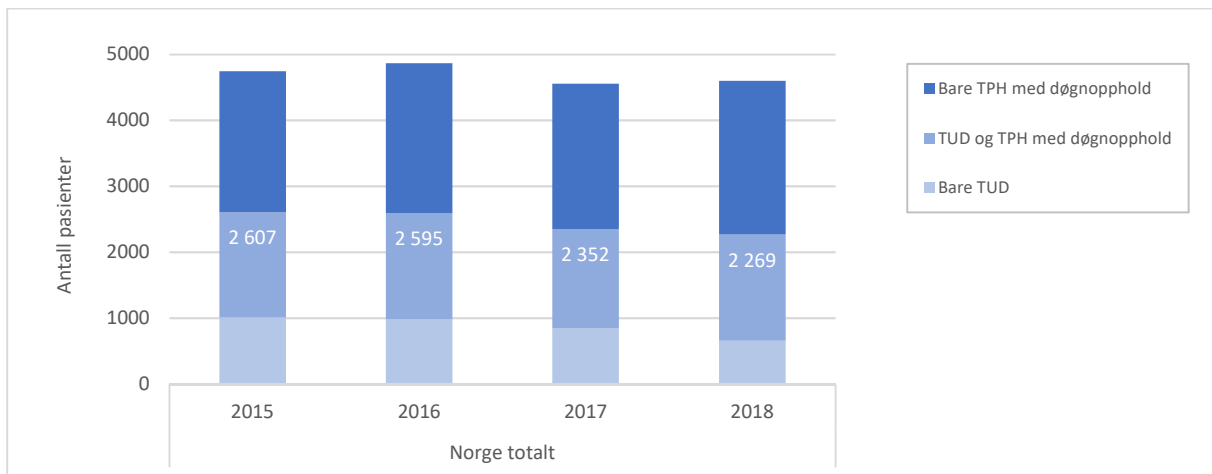
Figur 2.14 Døgn under tvang. Fordeling av varighet for utskrivninger fra tvungent vern i 2016 og 2018. Gjelder aldersgruppen 16 år og eldre og gruppert etter pasientens bostedsregion.



2.3 Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold

I 2018 ble det rapportert minst ett vedtak om tvungent psykisk helsevern *uten døgnoophold* (TUD) for nærmere 2 300 pasienter. Dette utgjorde om lag halvparten av de som hadde vært underlagt tvungent psykisk helsevern i løpet av dette året. TUD etableres vanligvis i forlengelsen av et tvungent døgnoophold og flertallet av de 2 300 TUD-pasientene hadde også en eller flere tvangsinnleggelse i løpet av året. 31 prosent av utskrivningene fra tvungent døgnoophold ble videreført som TUD i 2018.

Figur 2.15 Pasienter under tvungent psykisk helsevern. Utvikling i perioden 2015 – 2018.

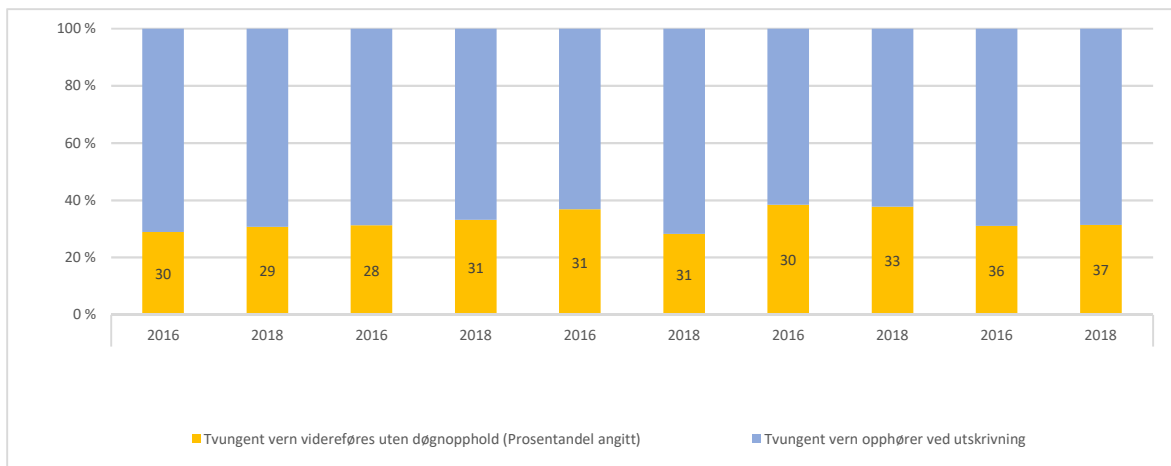


1) Pasienttallene inkluderer pasienter der det i løpet av aktivitetåret er rapportert om døgnoophold eller polikliniske kontakter under vedtak om tvungent psykisk helsevern med (TPH) eller uten (TUD) døgnoophold.

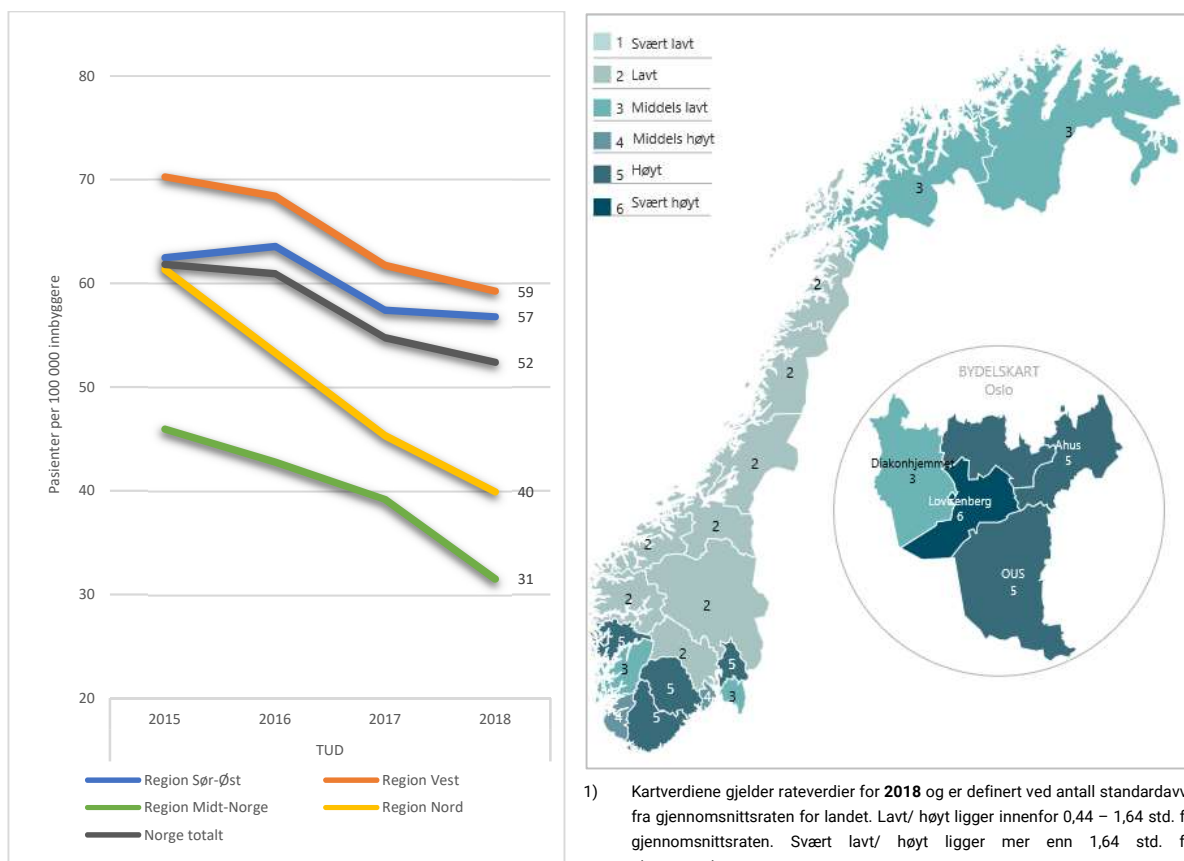
Vedvarende nedgang i pasientrate for TUD i alle regioner

For 2018 beregnes en gjennomsnittlig pasientrate for tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold på 52 per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre. I Sør-Øst og Vest var den regionale raten høyere enn landsgjennomsnittet, mens Midt- og Nord-Norge hadde relativt lavere regionale rater. Pasientraten for TUD er redusert alle år siden 2015, og denne nedgangen gjelder alle regionene.

Figur 2.16 Utskrivninger fra tvungent døgnoophold til tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i 2016 og 2018.



Figur 2.17 Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold i perioden 2015 - 2018. Rate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



TUD ved utskrivning ble etablert like ofte i 2018 som før lovendringen

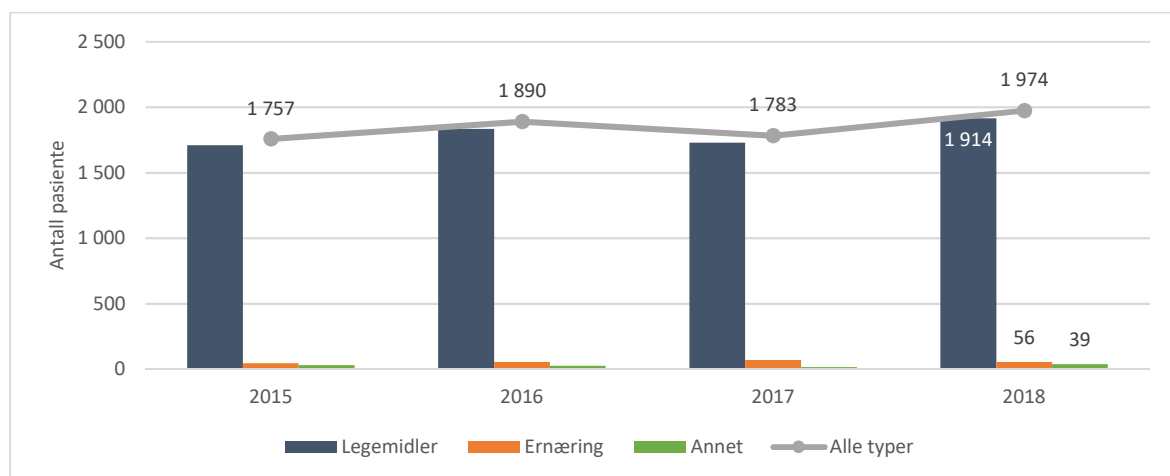
Dersom en pasient i tvungent døgnoophold gjenvinner sin samtykkekompetanse i løpet av døgnoopholdsperioden vil det, etter lovendringen, ikke være grunnlag for å videreføre det tvungne vernet som TUD. Utviklingen viser imidlertid at både antall og andel videreføring er uendret fra 2016 til 2018, se figur 2.16. At pasientraten for TUD likevel reduseres skyldes at færre TUD-pasienter gjenfinnes i aktivitetsstatistikk fra poliklinikkene i 2018 enn tidligere år. Dette indikerer at TUD-periodene er kortet ned, men siden pasientdata ikke gir informasjon om opphørsdato for tvungent vern kan ikke resultatet bekreftes sikkert.

3. Behandling uten eget samtykke

3.1 Omfang og utvikling

Den norske lovgivningen skiller mellom tvungent psykisk helsevern (jf. phvl. § 3-3) og behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling jf. phvl. § 4-4). Dette innebærer at det stilles krav om et selvstendig vedtak om tvangsbehandling dersom en pasient under vedtak om tvungent psykisk helsevern også skal behandles uten eget samtykke. Innrapporterte vedtak gjelder nesten utelukkende tvungen behandling med legemidler. Vedtak om tvungen ernæring ble rapportert for 56 pasienter i 2018.

Figur 3.1 Pasienter i behandling uten eget samtykke i det psykiske helsevernet. Utvikling i perioden 2015 – 2017.

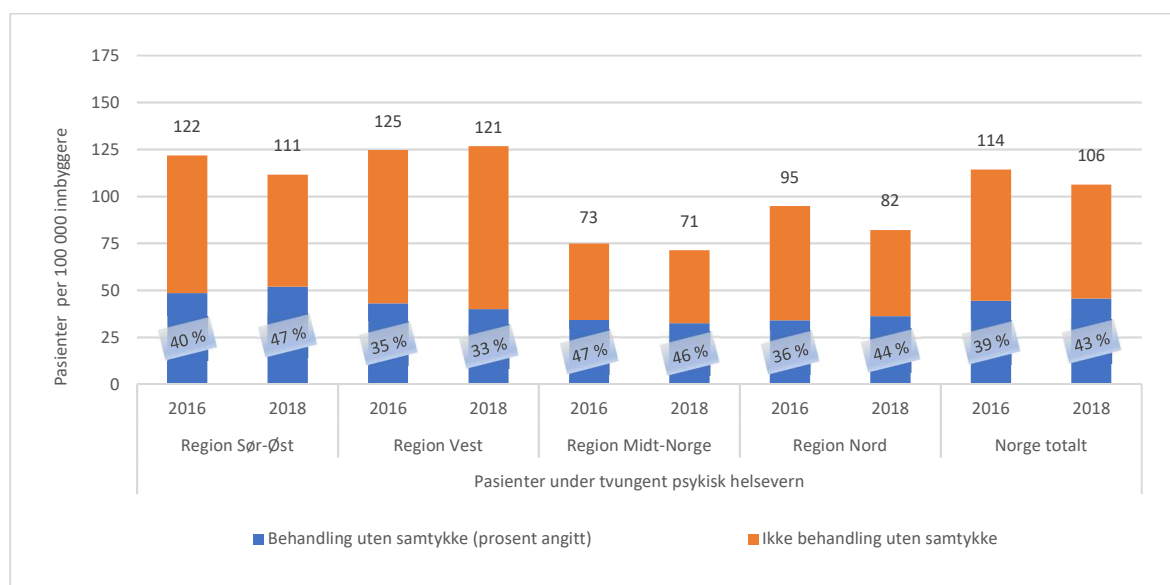


1) Pasienttallene inkluderer pasienter med vedtaksdato i det aktuelle aktivitetsåret.

Økt omfang av behandling uten eget samtykke men ikke entydig utvikling på regionalt nivå

Aktivitetsdata for 2018 viser at det dette året ble truffet minst ett vedtak om behandling uten samtykke for nærmere 2 000 pasienter. Dette er 200 flere pasienter enn i 2017 og 100 flere pasienter enn i 2016. På nasjonalt nivå viser pasientraten for tvangsbehandling med det en forsiktig økende trend gjennom perioden 2015 – 2018, men med forskjellig utvikling for hver av regionene.

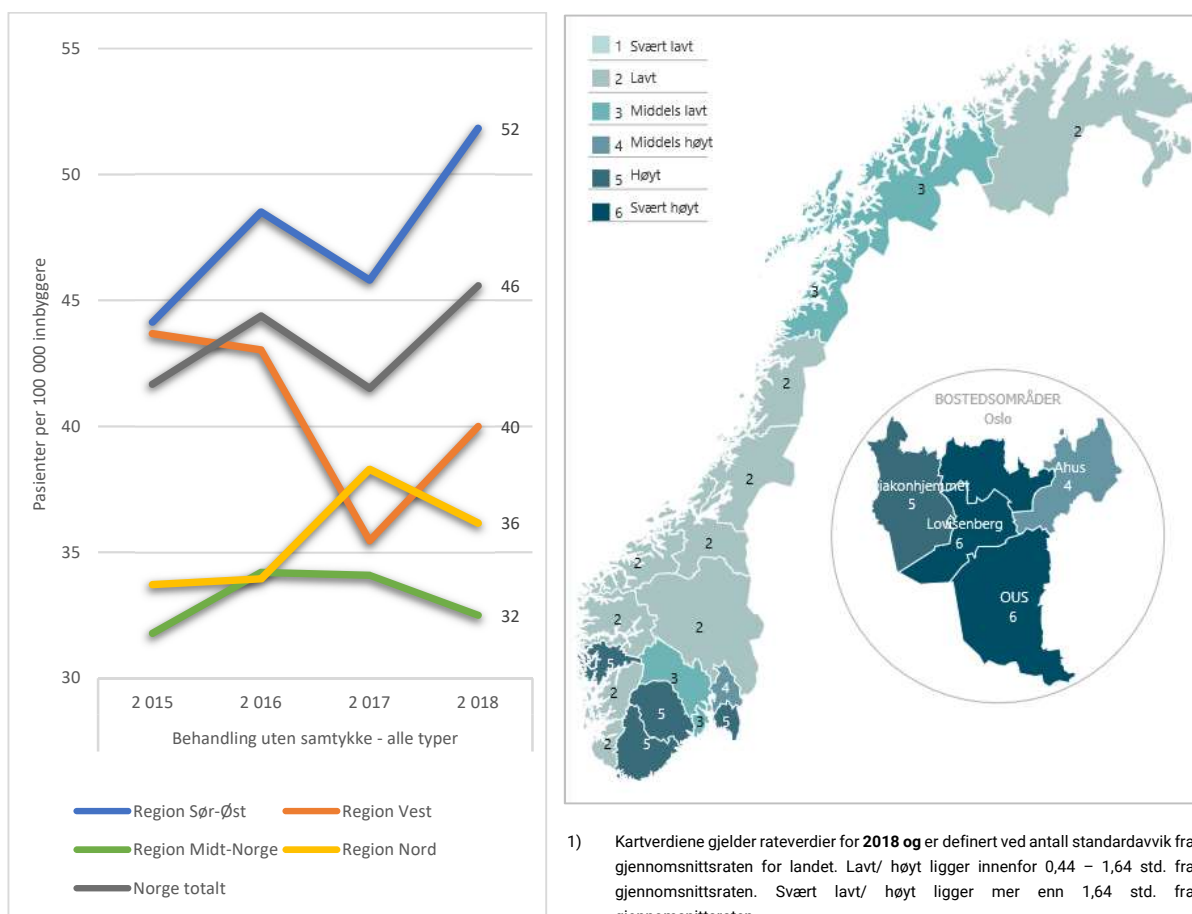
Figur 3.2 Behandling uten samtykke for pasienter under tvungent psykisk helsevern i 2016 og 2018. Pasientrate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



Som vist i figur 2.15 ble det rapportert om tvungent psykisk helsevern for 4 600 pasienter i 2018. Med forbehold om komplett innrapportering, innebærer dette at det ble gjort vedtak om tvangsbehandling for 46 prosent av disse pasientene. Andelen er høyere enn det den var før lovendringen og lavere i region Vest enn i de andre regionene.

I utgangspunktet innebærer lovendringen fra 2017 og det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse en innskjerping av vilkårene for tvungent psykisk helsevern og behandling uten samtykke. Pasientraten for tvungent psykisk helsevern er redusert fra 2016 til 2018, men på tross av dette ser vi altså en økning i pasientraten for tvangsbehandling. Utviklingen er ikke entydig på regionalt nivå og vi kan ikke fastslå sikkert hva som ligger bak. Lovendringen kan imidlertid ha tydeliggjort kravet om å vedtaksfeste behandling av pasienter som ikke kan gi sitt samtykke, og at dette også gjelder for pasienter som ikke aktivt motsetter seg behandlingen. En slik effekt kan ha rammet regionene på ulikt vis.

Figur 3.3 Pasienter under vedtak om behandling uten samtykke i perioden 2015 – 2018. Rate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



4. Tvangsmidler og skjerming

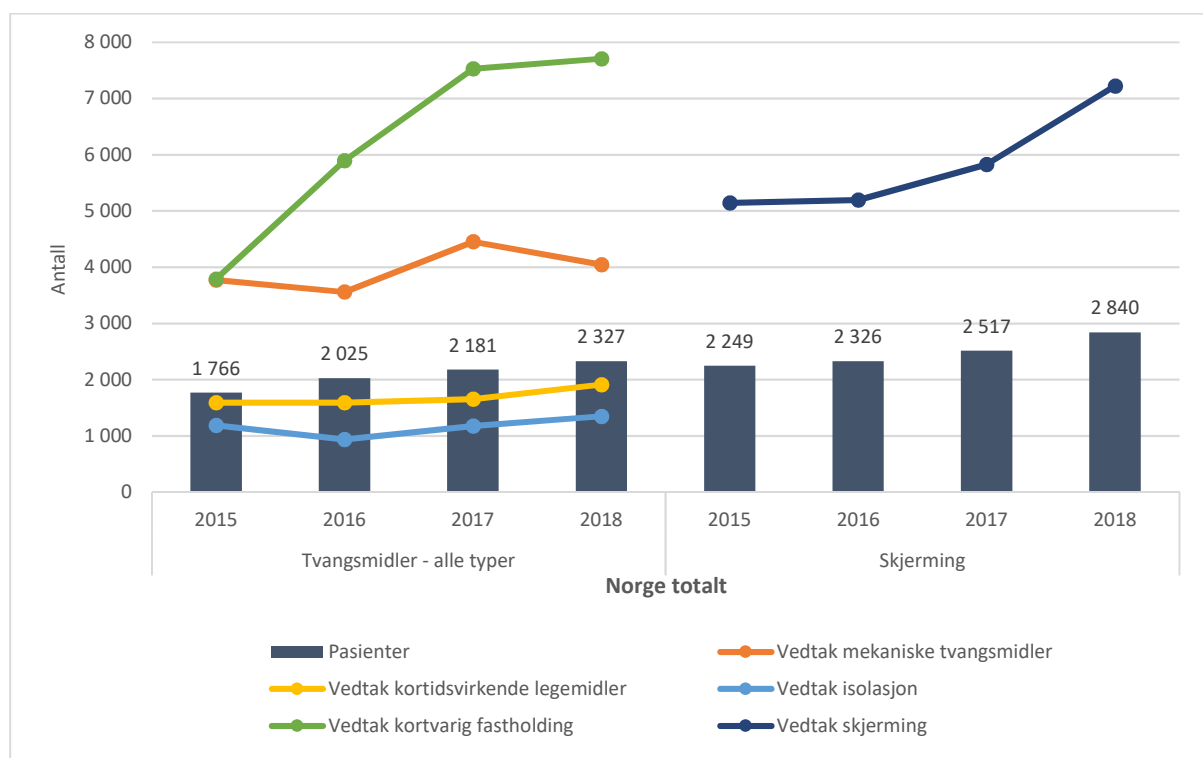
4.1 Omfang og utvikling

For pasienter i døgnbehandling, kan det fattes vedtak om bruk av tvangsmidler dersom dette er helt nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelige materielle skader, jf. psykisk helsevernloven § 4-8. Se nærmere omtale av vilkår og tvangsmidler i avsnitt 1.2.

Pasienter kan skjermes fra medpasienter eller personell av behandlingshensyn eller av hensyn til medpasienter, jf. psykisk helsevernloven § 4-3. Se nærmere omtale av vilkår i avsnitt 1.2. Det skal fattes vedtak ved skjerming som pasienten motsetter seg og ved skjerming som varer utover 24 timer på eget rom eller 12 timer ved skjermet enhet. Skjerming utover 24 (12) timer er vedtakspliktig uavhengig av om pasienten motsetter seg skjermingen eller ikke.

Kravet om vedtak før skjerming når pasienten motsetter seg skjermingen, ble innført i 2017. Det var tidligere bare vedtakskrav for skjerming utover 24 (12) timer, uavhengig av om pasienten motsatte seg tiltaket. Lovendringen gir forventning om økning i antall skjermingsvedtak etter 2017.

Figur 4.1 Tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet. Utvikling i perioden 2015 - 2018.



Moderat økning i bruk av tvangsmidler fra 2017 til 2018, men flere skjermingsvedtak

I aktivitetsdata fra det psykiske helsevernet for 2018 rapporteres det om 15 000 tvangsmiddelvedtak, hvorav litt mer enn halvparten gjaldt kortvarig fastholding. Vedtakene var fordelt mellom 2 300 pasienter, og for 13 prosent av disse ble det rapportert om 10 eller flere vedtak. 167 av pasientene var yngre enn 18 år, og 18 prosent av holdingsvedtakene gjaldt denne gruppen av mindreårige pasienter.

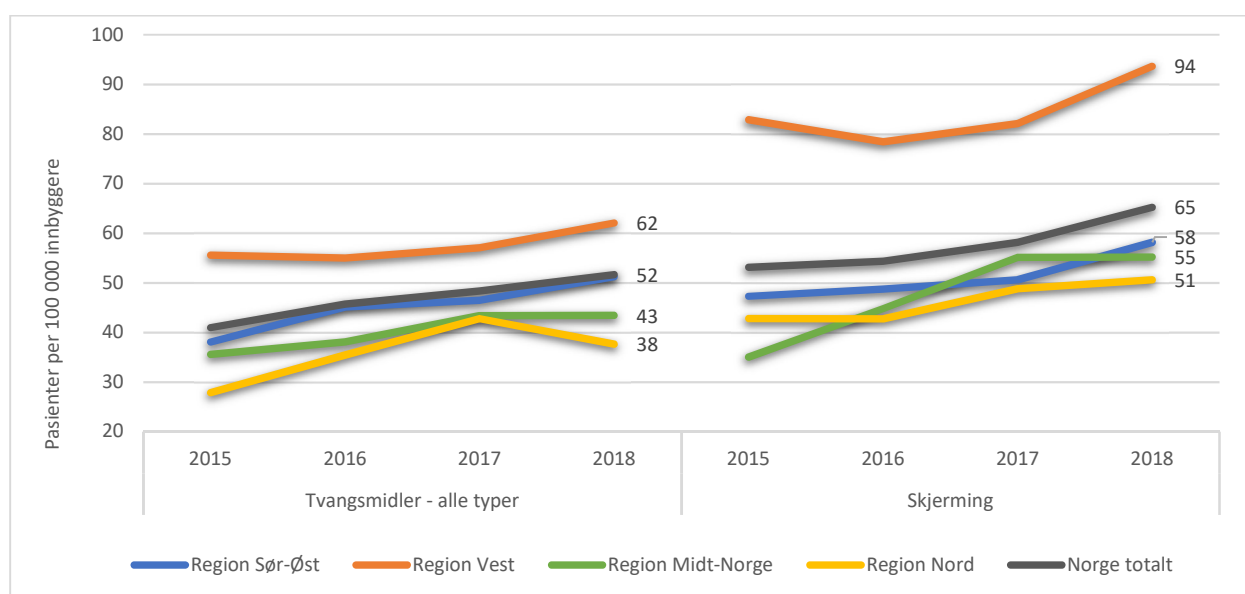
Samlet for alle aktuelle tvangsmidler beregnes en pasientrate på 52 per 100 000 innbyggere i 2018. Dette er en liten økning fra året før, og økningen gjaldt for hver av tvangsmidlene med unntak for isolasjon. Det var også økning i antall vedtak fra 2017 til 2018, men økningen var mindre enn tidligere år. Dette skyldes en mer dempet vekst i vedtak om kortvarig fastholding og færre vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler. For korttidsvirkende legemidler var økningen i antall vedtak noe større enn i første del av perioden som studeres.

Det ble gjort vedtak om skjerming for til sammen 2 800 pasienter i 2018. Dette gir en pasientrate på 65 per 100 000 innbyggere. Både pasient- og vedtaksrate for skjerming hadde sterkere vekst fra 2017 til 2018 enn i foregående år. Andelen av pasientene som hadde mer enn ett vedtak var også høyere i 2018 enn i 2017. Utviklingen er i henhold til de forventningene som følger av lovendringene fra 2017 med nytt krav om vedtakspliktig for all skjerming som pasienten motsetter seg.

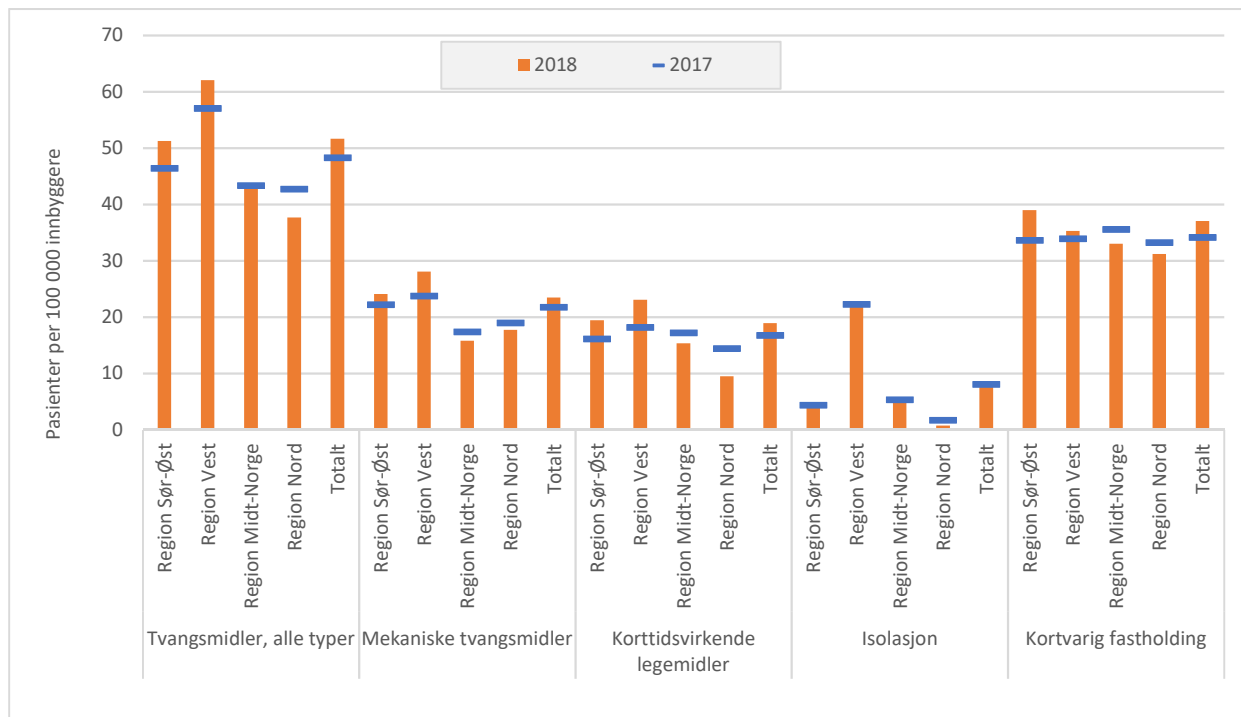
Redusert bruk av tvangsmidler i én region fra 2017 til 2018

På nasjonalt nivå økte altså pasientraten både for tvangsmidler og skjerming fra 2017 til 2018, men denne økningen gjaldt bare to av regionene. For Midt-Norge var pasientraten uendret fra 2017 til 2018 og i Nord var det nedgang i pasientraten for tvangsmidler. Denne regionen nådde dermed også målkravet som var formulert i de regionale oppdragsdokumentene for 2018.

Figur 4.2 Tvangsmidler og skjerming i psykisk helsevern i perioden 2015 - 2018. Pasientrate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



Figur 4.3 Tvangsmidler etter type i helsevern i 2017 og 2018. Pasientrate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



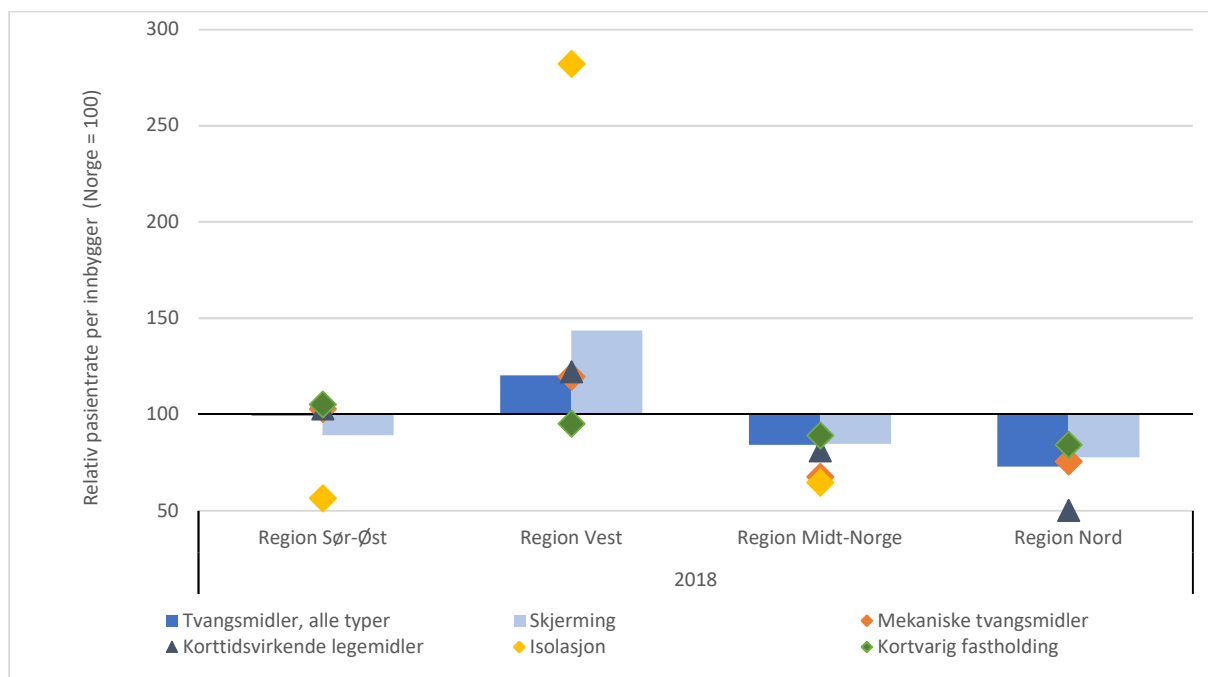
Geografiske forskjeller i 2018

Pasientraten for både tvangsmidler og skjerming var i perioden 2015 - 2018 høyere for region Vest enn for de andre regionene. Dette gjelder også for hver av tvangsmiddelformene, med unntak for kortvarig fastholding, se figur 4.2. Figuren illustrerer at det er regionale forskjeller i valg av type tvangsmiddel. Midt-Norge og Nord hadde relativt lave pasientrater for både tvangsmidler og skjerming i 2018, og hovedinntrykket er at dette lavere omfanget av tvangsmiddelbruk er et gjennomgående trekk for foretakene i disse regionene. Forskjeller mellom foretaksområdene er illustrert i figur 4.4 som viser relativt pasientratenivå for skjerming og hver av tvangsmidlene.

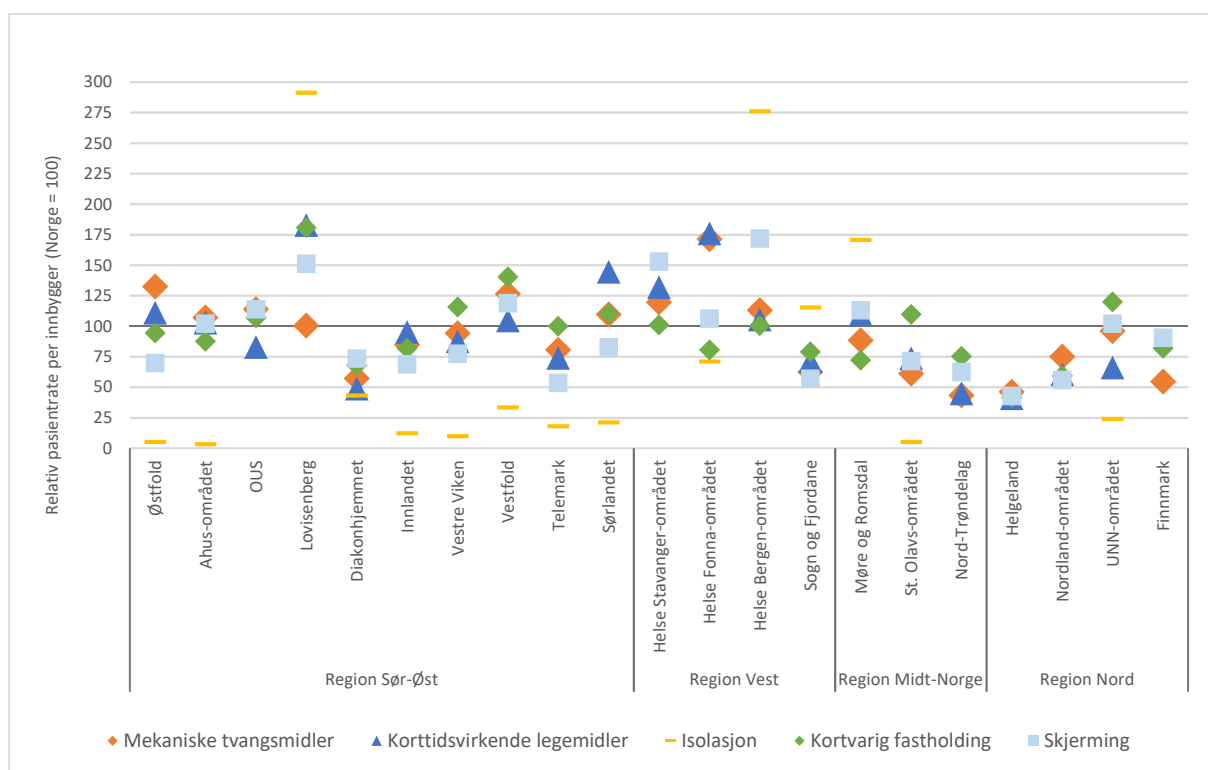
Mye av tvangsmiddelbruken er knyttet til akuttavdelingene, og rapporterte tvangsmiddelvedtak gjelder nesten utelukkende opphold som startet som en akuttinnleggelse. Fra tidligere års analyser vet vi at pasientrate for tvangsmidler samvarierer med rate for akuttinnleggelser og at områder med høye rater for akuttinnleggelser også har flere tvangsmiddelepisoder og høyere pasientrater for tvangsmidler³.

³ "Geografiske forskjeller i tjenestetilbudet i det psykiske helsevernet", Rapport IS-2807, Helsedirektoratet 2019

Figur 4.4 Pasienter med vedtak om bruk av tvangsmiddel eller skjerming i psykisk helsevern i 2018. Relativ rate etter pasientens bosted (region) og per innbygger i aldersgruppen 16 år og eldre.



Figur 4.5 Pasienter med vedtak om bruk av tvangsmiddel eller skjerming i psykisk helsevern i 2018. Relativ rate etter pasientens bosted (helseforetaksområde) og per innbygger i aldersgruppen 16 år og eldre.



1) Vær oppmerksom på at pasienterater per tvangsmiddel er små tall og at en liten forskjell eller endring i antall pasienter kan gi store, og noen ganger tilfældige, relative forskjeller mellom foretaksområdene.

Vedlegg

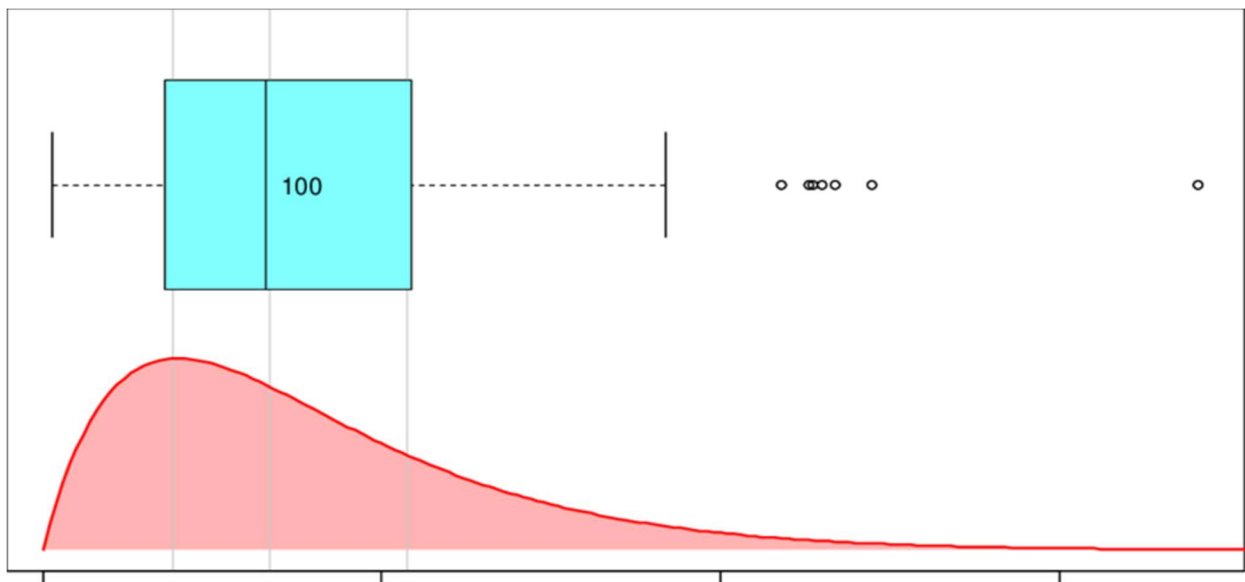
Illustrasjon av fordeling ved bruk av boksplott

Når man ønsker å beskrive et utvalg som ikke er symmetrisk fordelt om sentraltendensen, er boksplott en nyttig illustrasjonsmåte. I figuren under vises et eksempel på sammenhengen mellom boksplottet og fordelingen. Her er median=100 og dette angis som en strek i boksen. I tillegg angir boksens lengde avstanden fra nedre kvartil til øvre kvartil; interkvartilbredden.

Median er det samme som 50 prosentilen, det betyr at 50% av observasjonene er mindre enn median. Tilsvarende er 25% av observasjonene mindre enn nedre kvartil (25 - prosentilen) og 75% av observasjonene mindre enn øvre kvartil (75 - prosentilen).

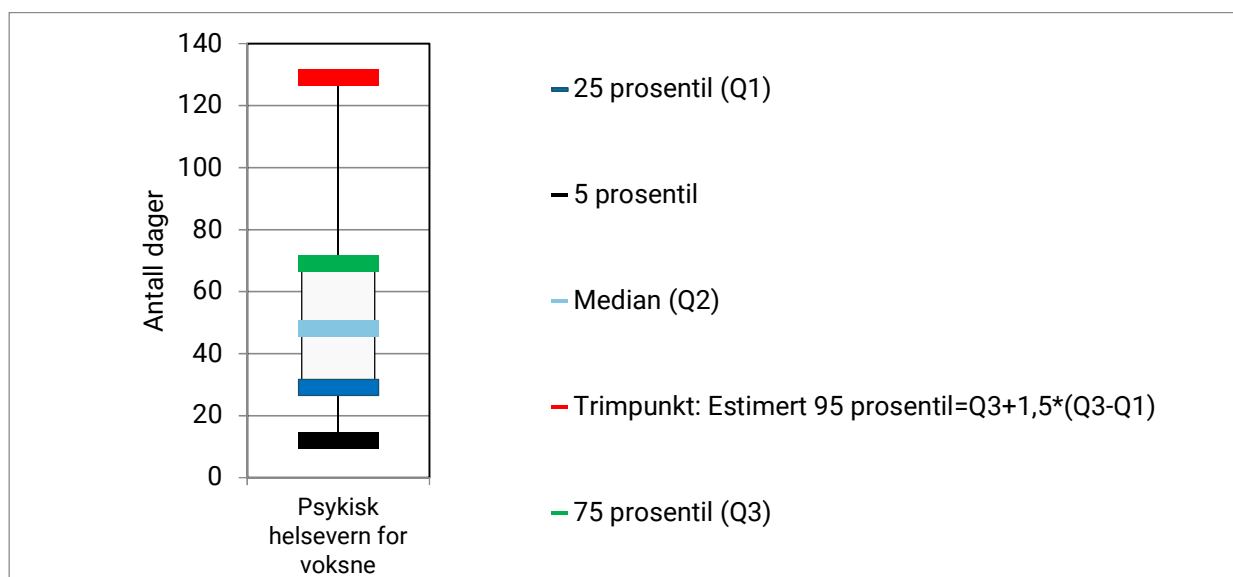
Den nedre halen angir en nedre grense og den øvre halen angir en øvre grense. Den nedre grensen kan være 5 prosentilen og den øvre grensen kan være 95 prosentilen.

Figur V1 Sammenhengen mellom den bakenforliggende fordelingen og den skjematiske illustrasjonen i form av boksplott.



I denne rapporten er boksplott beskrevet slik som vist i neste figur.

Figur V2 Illustrasjonen i form av boksplokk slik dette er brukt i rapporten.



Her er det den *estimerte* 95 prosentilen fra utvalget som benyttes som øvre grense. Denne estimatoren er en robust estimator for denne grenseverdien. I alt 95 prosent av individene ligger under denne grenseverdien og 5 prosent av de mest ekstreme er større enn denne grenseverdien.

Tvang i psykisk helsevern

Utgitt

Februar 2020

Forfatter

Ragnild Bremnes

Hanne Skui

Bestillingsnummer

IS-2888

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, Oslo

Telefon 810 20 050

E-post: postmottak@helsedir.no

Forsidefoto

Mostphotos v/ Andrey Popov

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no