

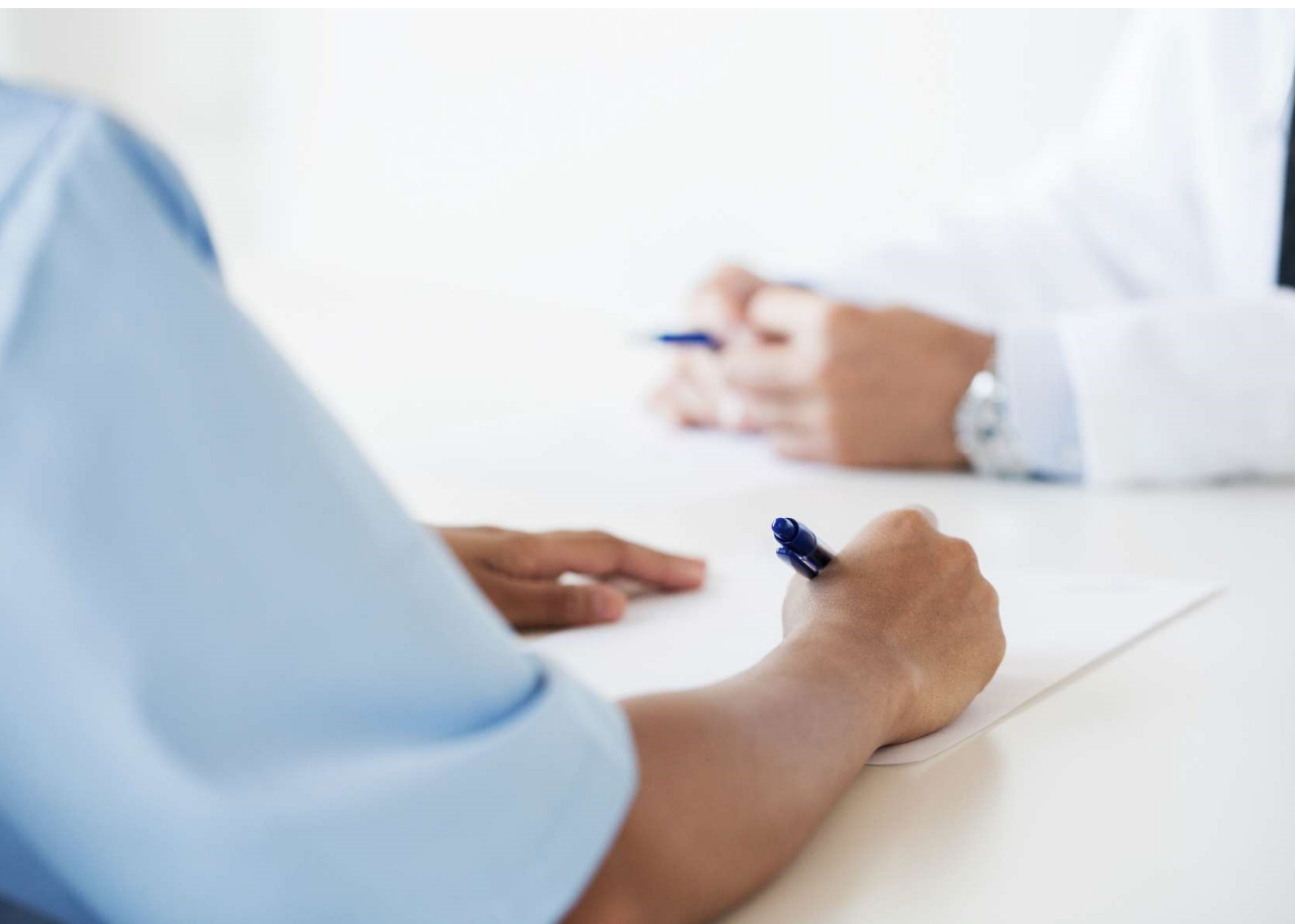
# Tvang i psykisk helsevern

Utvikling i perioden 2013 - 2017

---

Rapport

IS-2812



# Innhold

Forord	2
Sammendrag	4
<b>1. Innledning</b>	<b>6</b>
1.1 Om analysene	7
1.2 Lovgrunnlag	8
1.3 Revidering av psykisk helsevernloven i 2017	9
1.4 Måltall og styringssignaler til de regionale helseforetakene	10
<b>2. Tvungent psykisk helsevern</b>	<b>11</b>
2.2 Tvangsinnleggelse	12
2.3 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	17
<b>3. Behandling uten eget samtykke</b>	<b>19</b>
3.1 Omfang og utvikling	20
<b>4. Tvangsmidler og skjerming</b>	<b>22</b>
4.1 Omfang og utvikling	23
<b>Vedlegg</b>	<b>28</b>
Illustrasjon av fordeling ved bruk av boksplokk	29

# Forord

Alle mennesker har som utgangspunkt full selvbestemmelsesrett over egen helse, og hovedregelen er derfor at alle typer helsehjelp skal være basert på samtykke. Dette gjelder også for pasienter i det psykiske helsevernet. For å ivareta andre viktige hensyn som liv eller helse, kan denne selvbestemmelsesretten unntaksvis settes til side. Slike unntak er regulert ved lov, og for det psykiske helsevernet gjelder da psykisk helsevernlovens kapittel 3 og 4.

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 2017 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 innleggelses i psykisk helsevern, 1 av 3 oppholdsdøgn og 1 av 4 akuttinnleggelses basert på tvang.

Tvungen helsehjelp er en alvorlig inngripen i pasientenes liv, og målet om redusert tvangsbruk i de psykiske helsetjenestene er over mange år gjentatt både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler og måltall for de regionale helseforetakene.

Fra 2019 er Pakkeforløp for psykisk helse og rus innført i tjenestene. Pakkeforløpene skal bidra til økt fokus på brukerinvolvering, samarbeid med pårørende, samhandling med kommunen og mer systematisk utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Alle 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 har også igangsatt et eget arbeid for å utvikle faglige anbefalinger om forebygging av tvangsinnleggelses, tiltak for å redusere opplevde krenkelser og skånsom gjennomføring av nødvendig tvang.

Rapporten gir en kort oppsummering av nasjonale og regionale utviklingstrekk for tvangsbruk i det psykiske helsevernet.



# Sammendrag

Fra 2016 til 2017 reduseres bruken av tvang i det psykiske helsevernet for flere tvangsformer: Antall tvangsinnleggelses reduseres, færre pasienter skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og færre pasienter behandles med legemidler uten at de selv har samtykket til dette. Utviklingen antas å ha sammenheng med innskjerpede vilkår for bruk av tvang i det psykiske helsevernet etter endringer i psykisk helsevernloven.

## **Reduksjon i tvangsinnleggelses**

Tall fra Norsk pasientregister viser at 5 500 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 7 700 ganger i 2017. Samlet for aldersgruppen 16 år og eldre gir dette en rate på 179 tvangsinnleggelses per 100 000 innbyggere, og både antall tvangsinnleggelses og tvangsinnleggelsesraten er med det redusert fra 2016 til 2017. Reduksjonen gjelder siste del av 2017, og antas å ha sammenheng med innskjerpede vilkår for tvungent psykisk helsevern for samtykkekompetente pasienter. Redusert regional rate for tvangsinnleggelses inngikk som styringsmål i de regionale helseforetakenes oppdragsdokument for 2017. Nedgangen gjelder alle regioner med unntak for Midt-Norge, og dette målet ble dermed nådd i tre av fire regioner. Til tross for manglende måloppnåelse, hadde Midt-Norge likevel den laveste regionale rate for tvangsinnleggelses i 2017.

## **Reduksjon i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og behandling uten eget samtykke**

Tvungent psykisk helsevern innebærer at en pasient er tvangsinnlagt og kan holdes tilbake for helsehjelp i en døgninstitusjon eller at pasienten er pålagt å møte til behandling/kontroll ved en poliklinikk. Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan også undersøkes og behandles uten at de selv har samtykket til dette (tvangsbehandling). Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold etableres gjerne i forlengelsen av et tvungent døgnopphold og for å sikre kontinuitet i behandlingen etter utskrivning. I 2017 ble tvungent psykisk helsevern etablert for til sammen 4 600 pasienter. Om lag halvparten av disse hadde vært under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og vedtak om tvangsbehandling rapporteres for om lag 40 prosent av pasientene. Antall pasienter som var underlagt disse tvangsformene er redusert fra 2016 til 2017 og det tvungne vernet ble avsluttet ved utskrivning for en større andel av døgnoppholdene i 2017 enn i 2016. For samtykkekompetente pasienter som ikke representerer en fare for eget liv eller andres liv eller helse, er vilkårene både for tvungent psykisk helsevern og for tvangsbehandling innskjerpet med endringene i psykisk helsevernloven fra 2017. Utviklingen er derfor i henhold til forventet effekt av lovrevideringen.

### **Flere vedtak om kortvarig fastholding og økt pasientrate for tvangsmidler**

Det ble gjort ett eller flere vedtak om bruk av tvangsmidler for nærmere 2 200 pasienter i det psykiske helsevernet i 2017. Samlet for aldersgruppen 16 år og eldre gir dette en pasientrate for tvangsmidler på 48 per 100 000 innbyggere. Tilsvarende pasientrate for skjerming var 58. Både for tvangsmidler og skjerming økte pasientraten fra 2016 til 2017, og dette gjelder alle regioner. Målkravet for tvangsmidler i de regionale oppdragsdokumentene for 2017 ble med det ikke nådd i noen av regionene. Økningen i tvangsmidler er først og fremst knyttet til vedtak om kortvarig fastholding, men også for isolasjon ser vi økt omfang. Tre av regionene hadde nedgang i pasientrate for mekaniske tvangsmidler og to regioner hadde nedgang i pasientrate for korttidsvirkende legemidler. En forskyvning av praksis fra farmakologiske og mekaniske tvangsmidler og over på mer bruk av skjerming, isolasjon og kortvarig fastholding gjelder utviklingen, også over lengre tid.

### **Reduksjonen i tvangsinnleggelsesraten ser ikke ut til å vedvare**

Nasjonale kvalitetsindikatorer følger utviklingen i tvangsinnleggelser ved tertialvis publisering av antall og andel tvangsinnleggelser for alle behandlingssteder i det psykiske helsevernet for voksne. Utviklingen per 2.tertial 2018 viser at nedgangen vi så i tvangsinnleggelser siste del av 2017 ikke vedvarer. Dette gjelder alle regionene.

# 1. Innledning

## 1.1 Om analysene

Rapporten bygger på publiserte grunnlag og visninger på helsedirektoratets nettsider for statistikk og gir en kortfattet oversikt over nasjonale og regionale utviklingstrekk og forskjeller i tvangsbruk i det psykiske helsevernet i perioden 2013 til 2017. Nettsidene gir også informasjon om utviklingstrekk og grunnlagstall på lavere nivå enn region:

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/80ea4f7b-350f-4674-ac59-791a3e6face1?e=false&vo=viewonly>

Gjennomgangen dekker tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold og rettighetsinngripende tiltak under gjennomføring av det psykiske helsevernet, herunder behandling uten eget samtykke, tvangsmidler og skjerming. De ulike tvangsformene er nærmere omtalt i avsnitt 1.2.

### 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.

Det har vært knyttet stor usikkerhet til innrapporterte pasientdata for bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Dette skyldes både manglende registrering og systemtekniske utfordringer ved innrapporteringen. Det er over tid lagt betydelig press på helseforetakene for å finne en løsning på 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 samtykke er det foreløpig ikke gjort noen systematisk kontroll av komplettheten i innrapporterte data. Innholdet i dataene er rutinemessig tilbakemeldt til de rapporterende enhetene, og alle rapporteringsenheter har mulighet til og er ansvarlige for å revidere feil i egne data. For disse tvangsformene kan ikke manglende kompletthet eller feil avdekkes på andre måter enn ved kontroll mot journal. Feil og mangler som ikke er tilbakemeldt og korrigeret fra enhetene vil derfor ikke fanges opp i alternative kontroller i direktoratet. Det er derfor knyttet større usikkerhet til datakvaliteten og analyseresultatene for disse tvangsformene.

For å ivareta sammenlignbarhet i perioden som studeres, er grunnlagsdata for enkeltinstitusjoner justert for mangelfull innrapportering i perioden til og med 2014. Dette gjelder analysegrunnlaget for tvangsinnleggelse.

### Bostedsbaserte analyser

Alle analysene som presenteres i rapporten og på websidene 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 aktuell aldersgruppen. 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 distriktspsykiatriske 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 kommunale tjenestetilbud og egenskaper ved befolkningen i de aktuelle områdene.

### **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 [helsenorge.no](https://helsenorge.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 korrigere for pasientstrømmer og gjestepasienter på tvers av regionene. Dette gir også noen forskjeller for regionale volumtall.

## **1.2 Lovgrunnlag**

Tvangsbruken i det psykiske helsevernet er regulert i psykisk helsevernloven (phvl.) og kan inndeles i 3 hovedgrupper; Tvungent psykisk helsevern, behandling uten samtykke og tvangsmiddelbruk. I tillegg gir loven hjemmel for ulike rettighetsinngripende tiltak ved gjennomføring av det psykiske helsevernet, herunder skjerming. Bruk av tvang er vedtakspliktig og kan anvendes for pasienter i aldersgruppen 16 år og eldre. Noen tvangsformer kan også anvendes for pasienter yngre enn dette.

Tvangsformene som omtales i rapporten er kort beskrevet under. For en mer utdypende fremstilling av reglene i psykisk helsevernloven, vises til helsedirektoratets rundskriv til loven IS-1/2017<sup>1</sup>.

### **Tvungent psykisk helsevern**

En pasient kan underlegges tvungent psykisk helsevern (TPH) dersom vilkårene i psykisk helsevernloven §3-3 er oppfylt. Når det er behov for å avklare om vilkårene er oppfylt, kan pasienten underlegges tvungen observasjon (TO) i inntil 10 dager. Dette gjennomføres vanligvis med døgnopphold i institusjon.

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 lovrevidering med virkning fra 1. september 2017, kan ikke tvungent

---

<sup>1</sup> <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>

psykisk helsevern lenger etableres eller opprettholdes for samtykkekompetente pasienter som ikke utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse. Lovrevideringen er omtalt under.

Tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres med eller uten døgnopphold i institusjon. 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. Dette vil videre være omtalt som en tvangsinnleggelse/ et tvungent døgnopphold. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) innebærer at pasienten bor hjemme, men regelmessig må møte til behandling/ kontroll på et sykehus eller et distriktpspsykiatrisk senter. Etablering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold gjøres vanligvis ved utskrivning fra et tvungent 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. Slik behandling kan for eksempel være medikamentell behandling eller tvungen ernæring. Behandlingen må være klart i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og praksis. Behandling uten eget samtykke, krever et eget vedtak i tillegg til vedtaket om tvungent psykisk helsevern.

### **Tvangsmidler**

Det kan anvendes tvangsmidler overfor en pasient som er innlagt i institusjon for døgnopphold dersom dette er nødvendig for å hindre vedkommende i å skade seg selv eller andre eller for å avverge betydelige materielle skader. Dette gjelder selv om døgnoppholdet er basert på samtykke og pasienten er frivillig innlagt. Vilåårene for bruk av tvangsmidler er angitt i psykisk helsevernlovens §4-8, som skiller mellom fire typer tvangsmidler: Mekaniske tvangsmidler (herunder belteseng), korttidsvirkende legemidler, isolasjon og kortvarig fastholding.

### **Skjerming**

Skjerming jf. psykisk helsevernloven §4-3, 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 eller personell. Det skal fattes vedtak om skjerming dersom pasienten motsetter seg skjermingen eller hvis skjermingen vedvarer utover 24 timer.

## **1.3 Revidering av psykisk helsevernloven i 2017**

Det har gjennom flere år blitt arbeidet for å redusere tvangsbruken i de psykiske helsetjenestene. Dette har likevel hatt liten effekt på omfanget av tvangsbruk, og det er også vedvarende geografiske forskjeller i bruk av tvang. Med virkning fra 1.september 2017 ble psykisk helsevernloven derfor revidert og vilåårene for tvungent psykisk helsevern ble innskjerpet. Endringen ligger i innføring av en kompetansebasert modell. I praksis innebærer dette krav om manglende samtykkekompetanse

som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke for alle pasienter som ikke utgjør fare for eget liv eller andres liv eller helse. Lovendringene skal bidra til økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Innføringen av vilkår om manglende samtykkekompetanse skal bidra til mindre tvang ved at pasienter som har samtykkekompetanse kan nekte å ta imot tilbud fra psykisk helsevern. Pasienter som etter en tids behandling gjenvinner samtykkekompetansen, kan avslutte behandlingen etter eget ønske. Endringen vil kanskje først og fremst ha den virkning at tvangsforløp blir kortere, herunder kortere tvungne døgnopphold og kortere perioder under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Samtidig medfører lovendringen økt bevissthet om at pasienter som mangler samtykkekompetanse ikke kan behandles "frivillig". Dette vil isolert sett kunne gi en økning i antall vedtak, kanskje først og fremst for vedtak om behandling uten eget samtykke.

## **1.4 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**

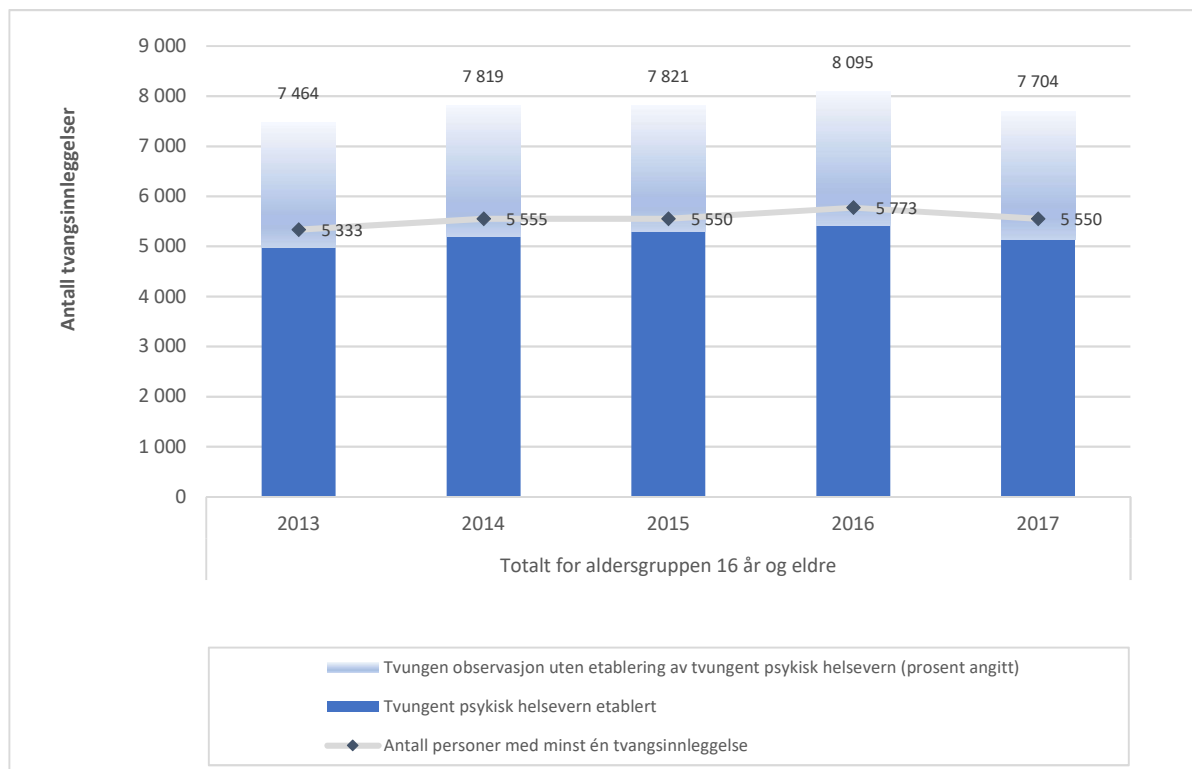
## 2.2 Tvangsinnleggelser

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at 5 500 pasienter ble tvangsinnlagt til sammen 7 700 ganger i 2017. 145 tvangsinnleggelser gjaldt 105 pasienter yngre enn 18 år.

For to av tre tvangsinnleggelser i 2017 var pasienten underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i hele eller deler av døgnerperioden. Den siste tredjedelen av tvangsinnleggelsene gjelder tvungen observasjon der vilkårene for tvungent psykisk helsevern ikke ble vurdert å være oppfylte etter endt observasjonsperiode. På nasjonalt nivå har disse andelene endret seg lite gjennom perioden 2013 – 2017.

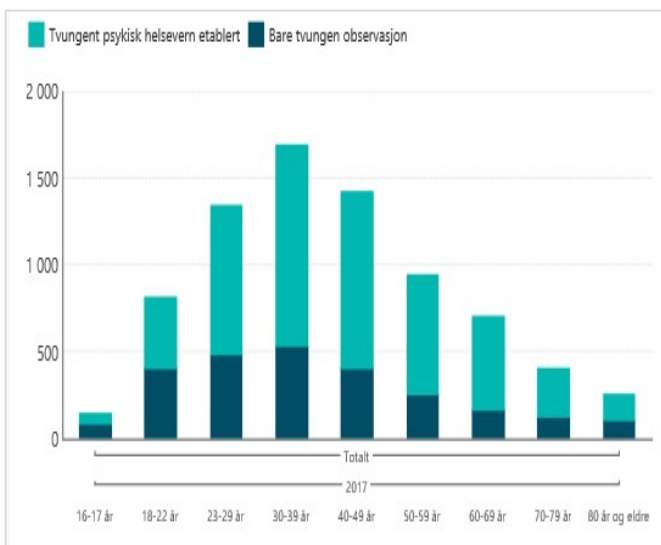
Samlet for aldersgruppen 16 år og eldre tilsvarer tvangsinnleggelsene i 2017 en rate på 179 tvangsinnleggelser per 100 000 innbyggere. Raten er høyere for menn enn for kvinner og avtar med alder. Både antall tvangsinnleggelser og tvangsinnleggesraten er redusert fra 2013. Reduksjonen gjelder siste år i perioden.

Figur 2.1 Tvangsinnleggelser og tvangsinnlagte pasienter<sup>1</sup> i det psykiske helsevernet. Utvikling i perioden 2013 - 2017.

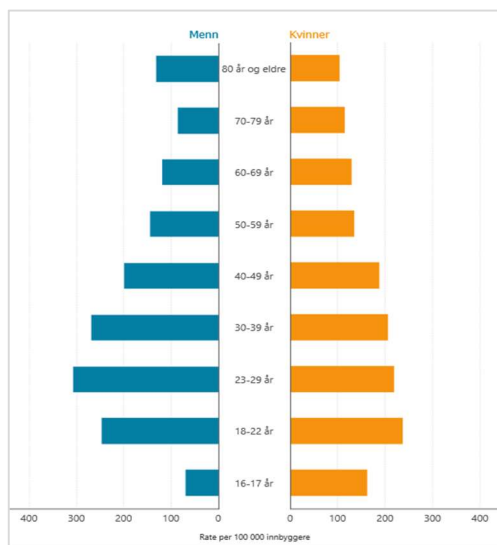


1) Pasienttallene inkluderer pasienter med tvangsinnleggelse i det aktuelle aktivitetsåret.

Figur 2.2 Tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet i 2017. Antall fordelt etter aldersgruppe.



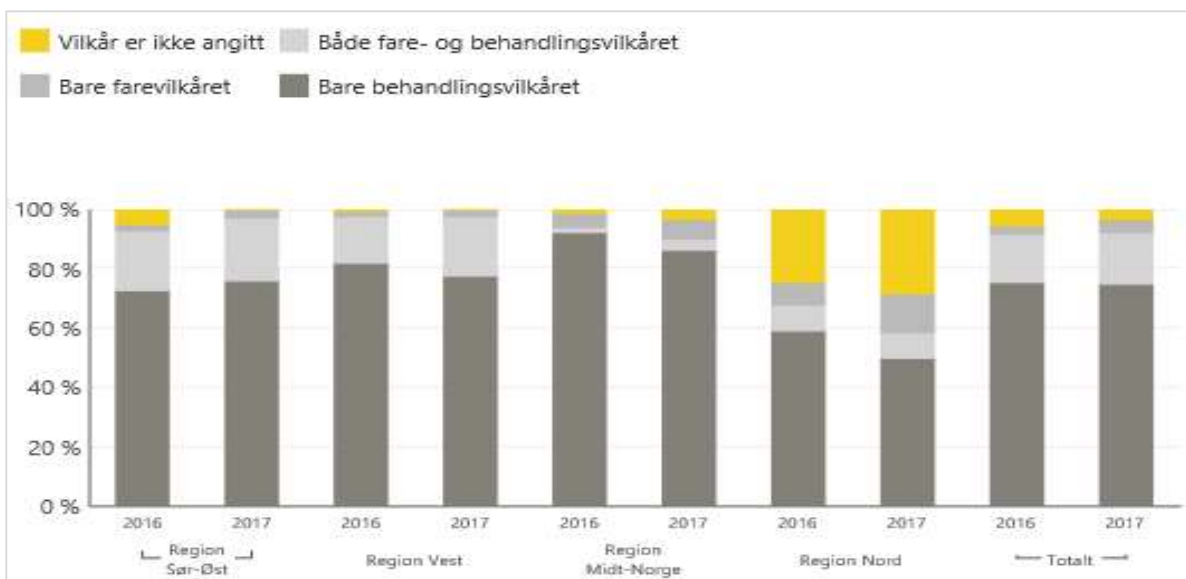
Figur 2.3 Tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet i 2017. Kjønnss- og aldersspesifikk rate per 100 000 innbyggere.



### Tre av fire opphold under tvungent psykisk helsevern begrunnes i behov for behandling

Endringen i psykisk helsevernloven fra september 2017 gjaldt en innskjerping av vilkårene for tvungent psykisk helsevern med krav om manglende samtykkekompetanse for pasienter som ikke utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse. Dette gir en forventning om reduksjon i tvangsinnleggelser begrunnet i behandlingstilskåret alene. Fordelingen av rapporterte vilkår for tvungent psykisk helsevern har imidlertid ikke endret seg vesentlig fra 2016 til 2017, og behandlingstilskåret oppgis som eneste tilleggsvilkår for 75 prosent av tvangsinnleggelser under tvungent psykisk helsevern i både 2016 og 2017. Andelen og utviklingen varierer likevel noe mellom regionene.

Figur 2.4 Tilleggsvilkår angitt ved tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Gjelder tvangsinnleggelser (ekskl. tvungen observasjon) i 2016 og 2017<sup>1</sup>.



1) Utvalget av tvangsinnleggelser omfatter ikke innleggelser til tvungen observasjon der tvungent psykisk helsevern ikke ble etablert.

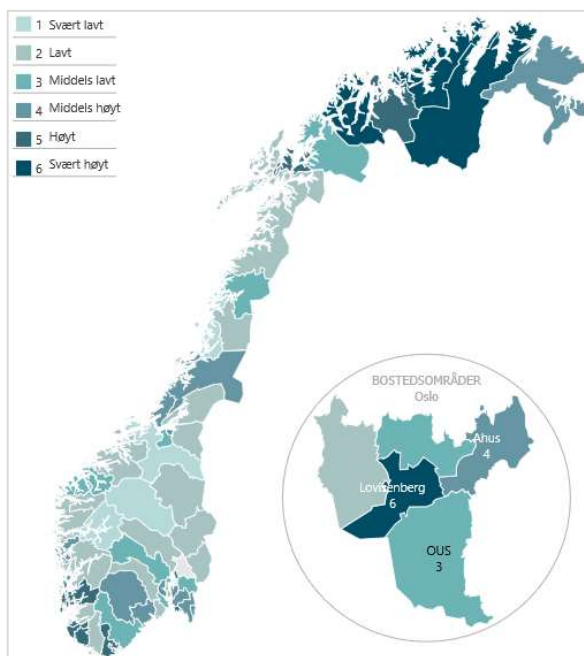
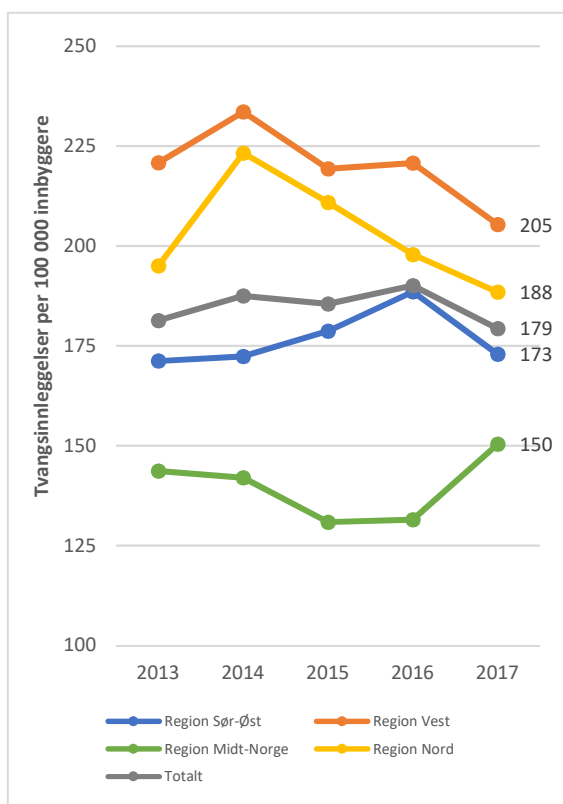
Tilleggsvilkår var ikke angitt for 4 prosent av innleggelsene i 2017. Dette er i hovedsak knyttet til tvangsinnleggelse i region Nord.

### Reduserte regionale forskjeller i perioden 2013 til 2017

Den regionale raten for tvangsinnleggelse er gjennom hele perioden 2013 – 2017 høyere enn landsgjennomsnittet i regionene Nord og Vest og lavere enn landsgjennomsnittet i regionene Sør-Øst og Midt-Norge (se figur 2.5). I Vest og Nord reduseres imidlertid raten gjennom femårsperioden samlet, mens Sør-Øst og Midt-Norge hadde en liten økning. Forskjellen mellom regionene var med det mindre i 2017 enn i 2013, men den regionale raten i Vest (høyeste regionale rate) var i 2017 fortsatt 36 prosent høyere enn samlet regional rate for Midt-Norge (laveste regionale rate).

Figur 2.5: Tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet i perioden 2013 – 2017. Befolkningsjustert regional rate for aldersgruppen 16 år og eldre.

Figur 2.6: Tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet i 2017. Befolkningsjustert rate per DPS-område for aldersgruppen 16 år og eldre <sup>1</sup>.



For DPS-områdene varierte tvangsinnleggelsesraten for 2017 fra 55 tvangsinnleggelse per 100 000 innbyggere i Indre Sogn til 311 i Tromsø og omegn. Variasjonen innad i regionene var omtrent den samme for regionene Vest, Nord og Sør-Øst. Midt-Norge hadde både lavere regional rate og mindre variasjon innad i regionen enn de øvrige regionene. De geografiske forskjellene mellom DPS-områdene er illustrert i figur 2.6 som viser tvangsinnleggelsesraten klassifisert fra svært lav til svært høy og målt og gruppert ved antall standardavvik fra gjennomsnittsraten for landet.

## Reduksjon i tvangsinnleggelses etter lovrevideringen i 2017

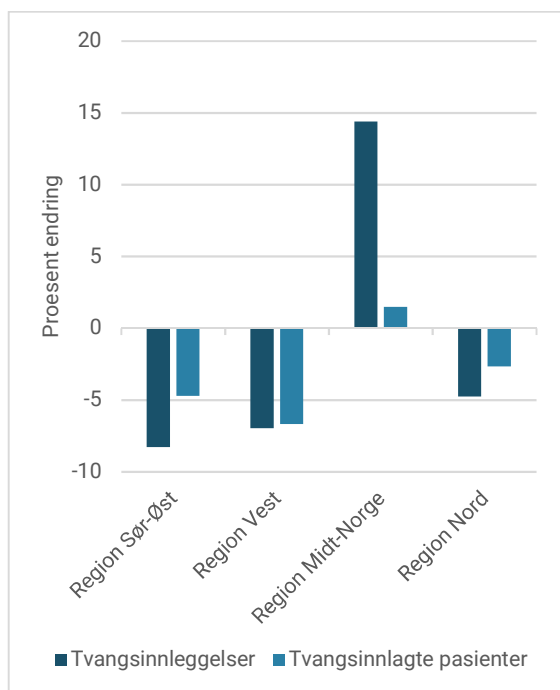
Redusert regional rate for tvangsinnleggelse inngikk som styringsmål i de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter for 2017. Fra 2016 til 2017 observerer vi en reduksjon i både antall og rate for tvangsinnleggelses i alle regioner med unntak for Midt-Norge (se figur 2.5). Nasjonale kvalitetsindikatorer, som publiseres per tertial, viser at nedgangen kom i siste del av 2017, og utviklingen antas derfor å kunne ha sammenheng med innskjerpede vilkår for etablering av tvungent psykisk helsevern etter lovrevideringen som gjaldt fra 1.september 2017.

For alle regioner med redusert tvangsinnleggelsesrate fra 2016 til 2017, økte median varighet av tvungent vern i døgninstitusjon (se figur 2.8). Dette indikerer at reduksjonen i tvangsinnleggelses er knyttet til tvangsinnleggelses med kort varighet.

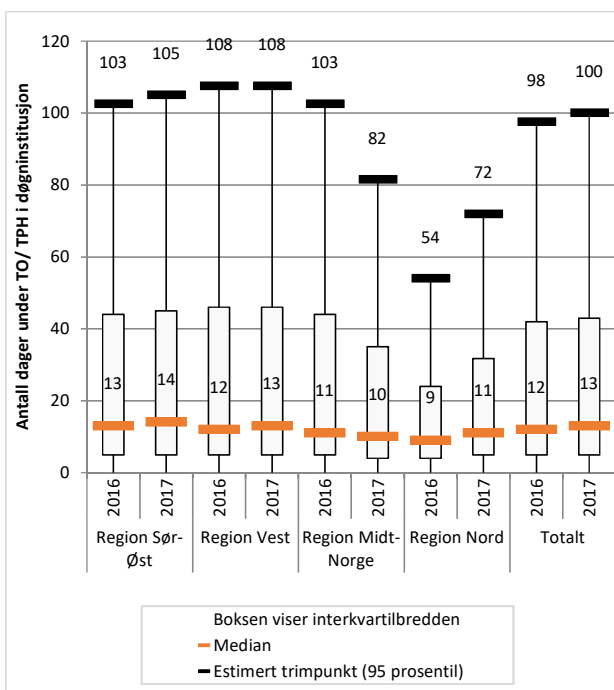
I Sør-Øst og Nord reduseres ikke rate for tvangsinnlagte pasienter i samme grad som tvangsinnleggelsesraten (se figur 2.7). For disse regionene kan det dermed også se ut til at reduksjonen i tvangsinnleggelsesraten er knyttet til økt terskel for gjeninnleggelses på tvang.

For Midt-Norge økte tvangsinnleggelsesraten med 14 prosent fra 2016 til 2017, men pasientraten for tvangsinnleggelses er tilnærmet uendret og median varighet av tvungent vern i døgninstitusjon reduseres. Den økte tvangsinnleggelsesraten i Midt-Norge ser altså ut til å handle om flere gjeninnleggelses og flere korte døgnopphold under tvungent vern.

Figur 2.7: Befolkningskorrigeret rate for tvangsinnleggelses og tvangsinnlagte pasienter i det psykiske helsevernet. Gjelder aldersgruppen 16 år og eldre. Prosent endring fra 2016 til 2017.



Figur 2.8: Dager under tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Fordeling av varighet for utskrivninger fra tvungent opphold i 2016 og 2017<sup>1</sup>.



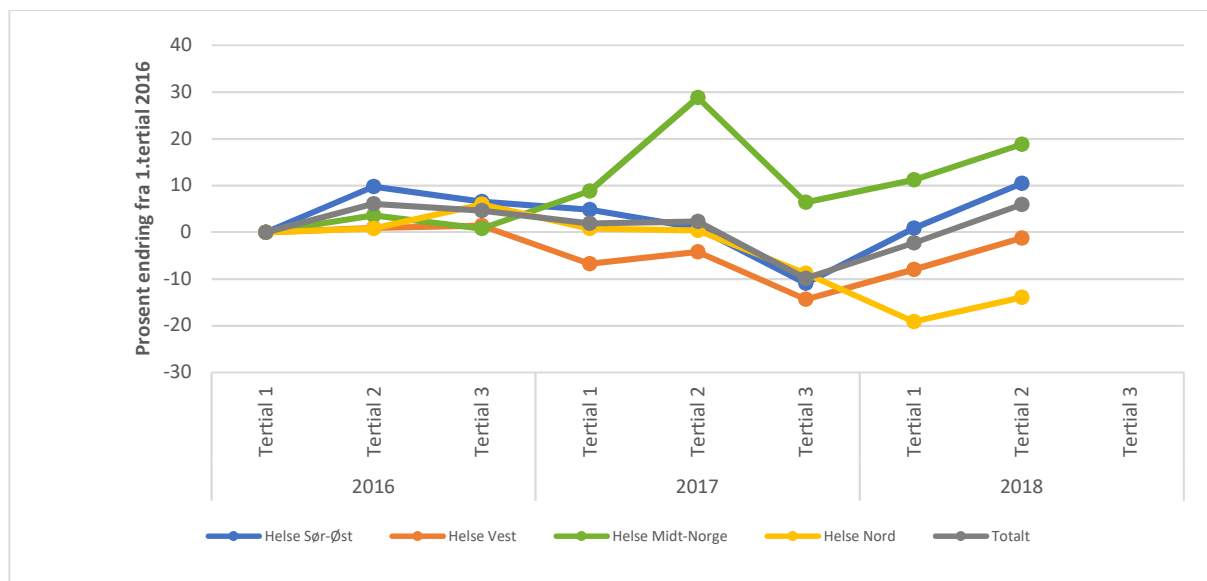
1) Illustrasjon av fordeling ved bruk av boksploott er nærmere omtalt i vedlegg.



## Reduksjonen i tvangsinnleggelsesraten ser ikke ut til å vedvare

Nasjonale kvalitetsindikatorer følger utviklingen i tvangsinnleggelses ved tertialvis publisering av antall og andel tvangsinnleggelses for alle behandlingssteder i det psykiske helsevernet for voksne. Indikatorer for siste tertial 2018 publiseres først i mai 2019, men utvikling per 2. tertial 2018 viser at nedgangen vi så i tvangsinnleggelses fra 2. til 3. tertial 2017 ikke fortsetter inn i 2018. Dette gjelder alle regionene. Prosentvis endring i antall tvangsinnleggelses fra 1. tertial 2016 er vist i figur 2.9.

Figur 2.9: Tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne. Prosent endring per tertial fra 1. tertial 2016 tom 2. tertial 2018.

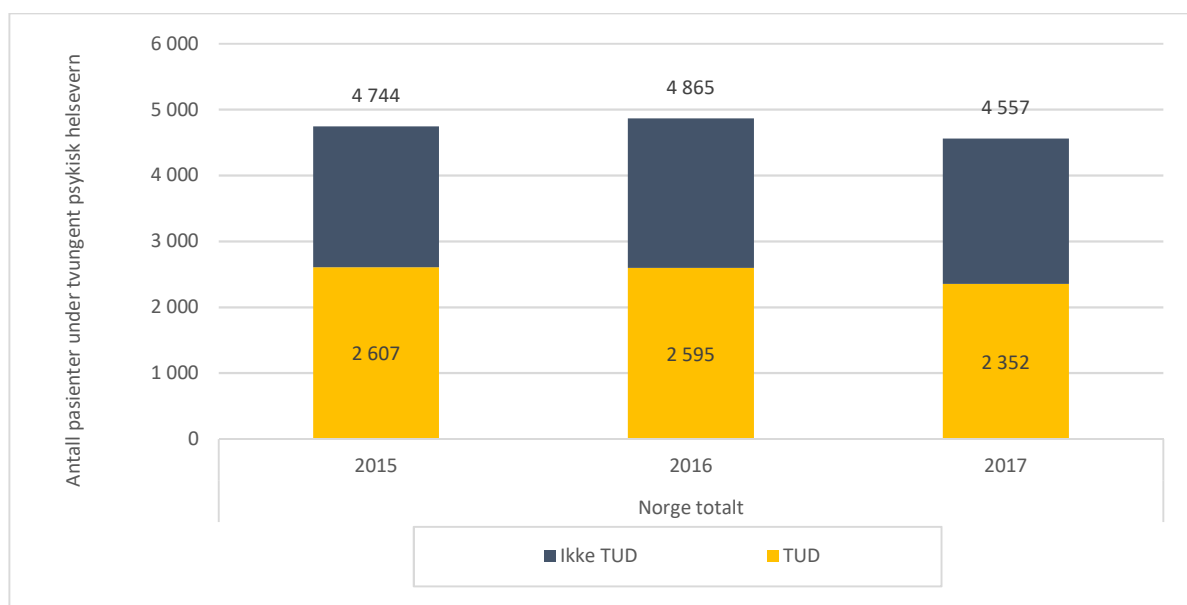


Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer på [helsenorge.no](https://helsenorge.no)

## 2.3 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

I 2017 ble det rapportert minst ett vedtak om tvungent psykisk helsevern for til sammen 4 600 pasienter. Om lag halvparten av disse hadde vært under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i løpet av året. Dette er 250 færre enn i 2016, og nedgangen gjelder alle regionene. Vi ser også at det tvungne vernet ble avsluttet ved utskrivning fra døgnopphold for en større andel av pasientene i 2017 enn i 2016 (se figur 2.12). En pasient som skrives ut fra døgnbehandling vil kunne ha gjenvunnet sin samtykkekompetanse slik at det ikke er grunnlag for å videreføre det tvungne vernet. Reduksjonen i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er derfor i tråd med forventet effekt av lovrevideringen fra 2017.

Figur 2.10 Pasienter under tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet<sup>1</sup>. Utvikling i perioden 2015 - 2017.

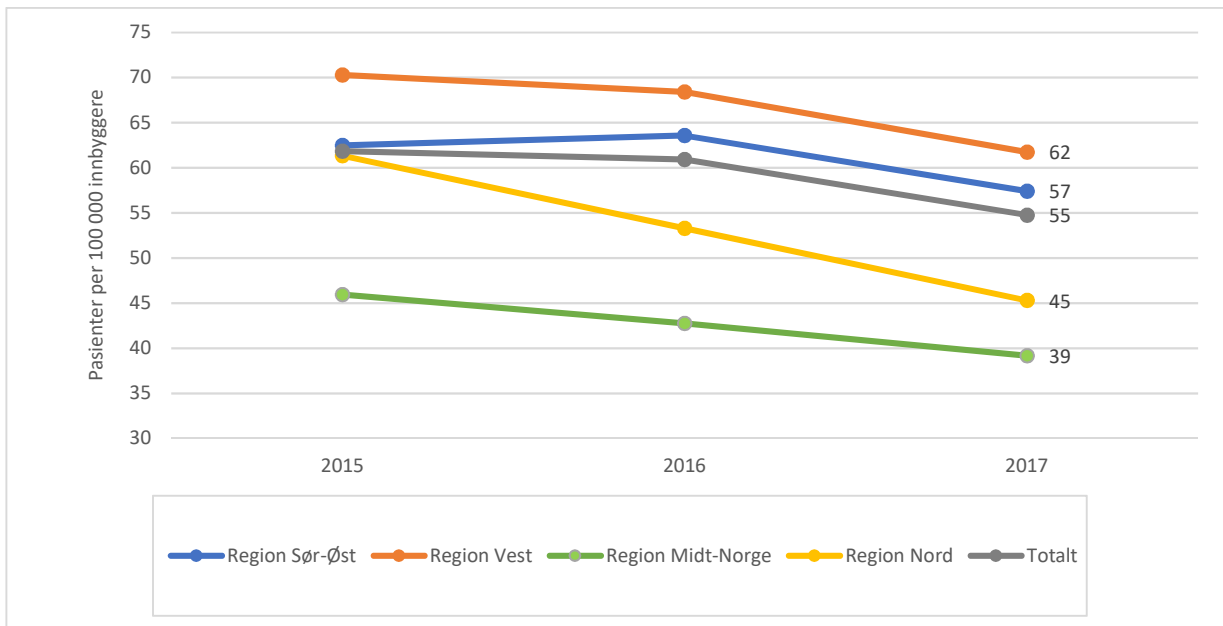


1) Pasienttallene inkluderer pasienter med vedtaksdato i det aktuelle aktivitetsåret.

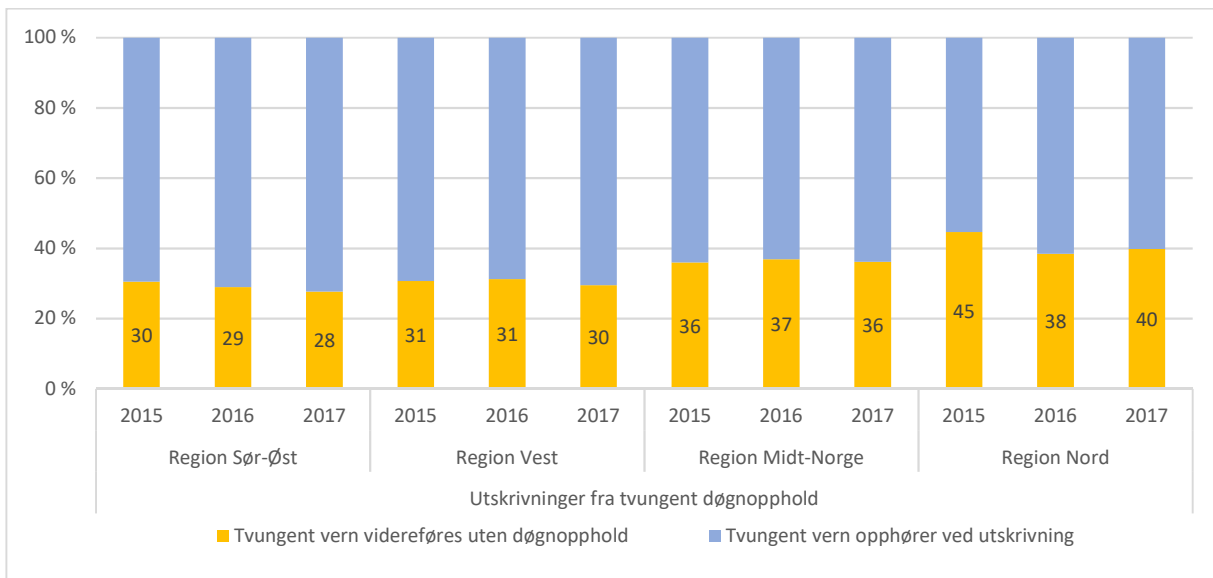
For 2017 beregnes en gjennomsnittlig pasientrate for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på 55 per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre. I Sør-Øst og Vest var den regionale raten høyere enn landsgjennomsnittet, mens Midt- og Nord-Norge hadde relativt lavere regionale rater.

Til tross for relativt lavere pasientrater i Midt- og Nord-Norge, ble en høyere andel av de tvungne oppholdene i disse regionene videreført som tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Som vist i figur 2.8, ser vi også kortere varighet for tvungne døgnopphold i disse regionene. Dette tyder på en profil der det tvungne vernet i større grad gjennomføres uten døgnopphold, men med flere/hyppigere døgnopphold under tvungent vern for de samme pasientene.

Figur 2.11 Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i perioden 2015 - 2017. Befolkningskorrigert regional rate per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



Figur 2.12 Utskrivninger fra tvungent døgnopphold til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i perioden 2015 - 2017. Prosent videreført som TUD er angitt.



# **3. Behandling uten eget samtykke**

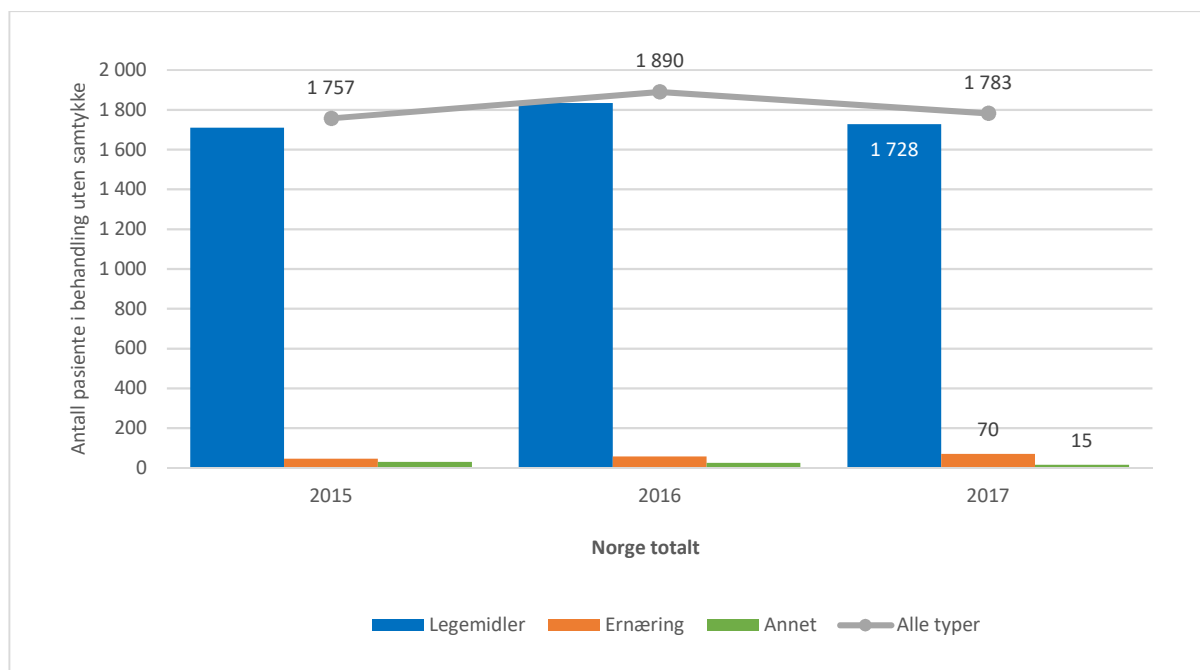
### 3.1 Omfang og utvikling

Den norske lovgivningen skiller mellom tvungent psykisk helsevern (jf. phvl. § 3-3) og behandling uten eget samtykke (tvangsbehandling). 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.

Tall fra NPR for 2017 viser at det for dette året ble truffet minst ett vedtak om behandling uten samtykke for nærmere 1 800 pasienter. Dette er 100 færre pasienter enn i 2016 og pasientraten for tvangsbehandling er med dette redusert fra 44 til 42 pasienter per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre. Utviklingen er i henhold til forventet effekt av innskjerpede vilkår for tvungent vern og behandling uten samtykke i 2017, men nedgangen gjelder bare for to av regionene.

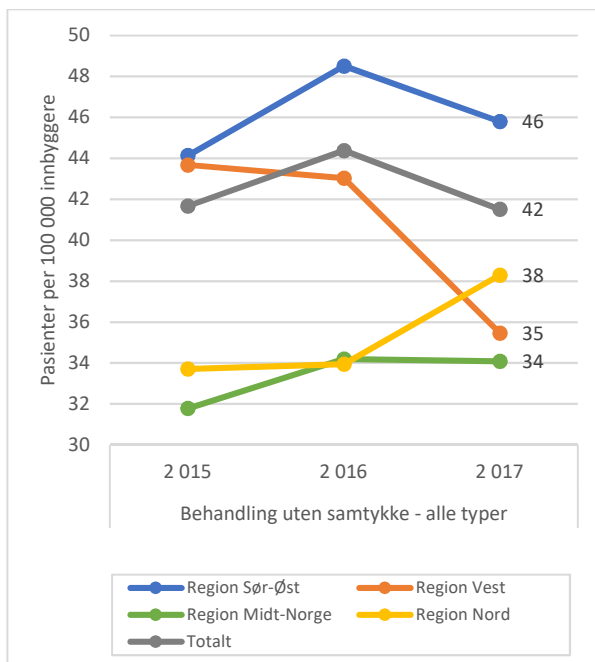
Som vist i figur 2.10 rapporteres vedtak om tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold for 4 600 pasienter i 2017. Med forbehold om komplett innrapportering, innebærer dette at det ble gjort vedtak om tvangsbehandling for om lag 40 prosent av pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern. Andelen varierer mellom regionene og er lavest for region Vest (se figur 3.3).

Figur 3.1 Pasienter i behandling uten eget samtykke i det psykiske helsevernet<sup>1</sup>. Utvikling i perioden 2015 – 2017.

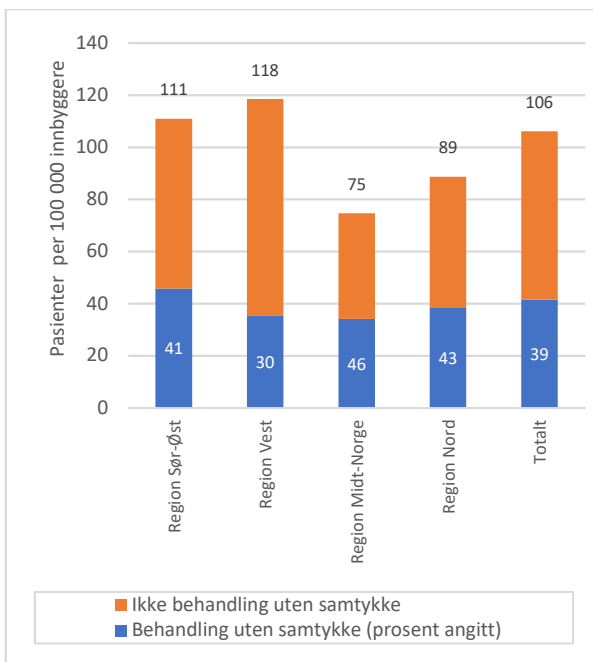


1) Pasienttallene inkluderer pasienter med vedtaksdato i det aktuelle aktivitetsåret.

Figur 3.2 Pasienter i behandling uten eget samtykke i det psykiske helsevernet. Befolkningskorrigert regional rate per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



Figur 3.3 Pasienter under tvungent psykisk helsevern i det psykiske helsevernet i 2017. Befolkningskorrigert rate per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre. Prosent under vedtak om behandling uten eget samtykke er angitt.



Selv om loven nevner ulike behandlingsformer som samtalerterapi, arbeidsterapi og miljøterapi som vedtaksppliktige dersom behandlingen skjer uten pasientens samtykke, gjelder innrapporterte vedtak nesten utelukkende tvungen medikamentell behandling. Vedtak om tvungen ernæring ble rapportert for 70 pasienter i 2017.

## **4. Tvangsmidler og skjerming**

## 4.1 Omfang og utvikling

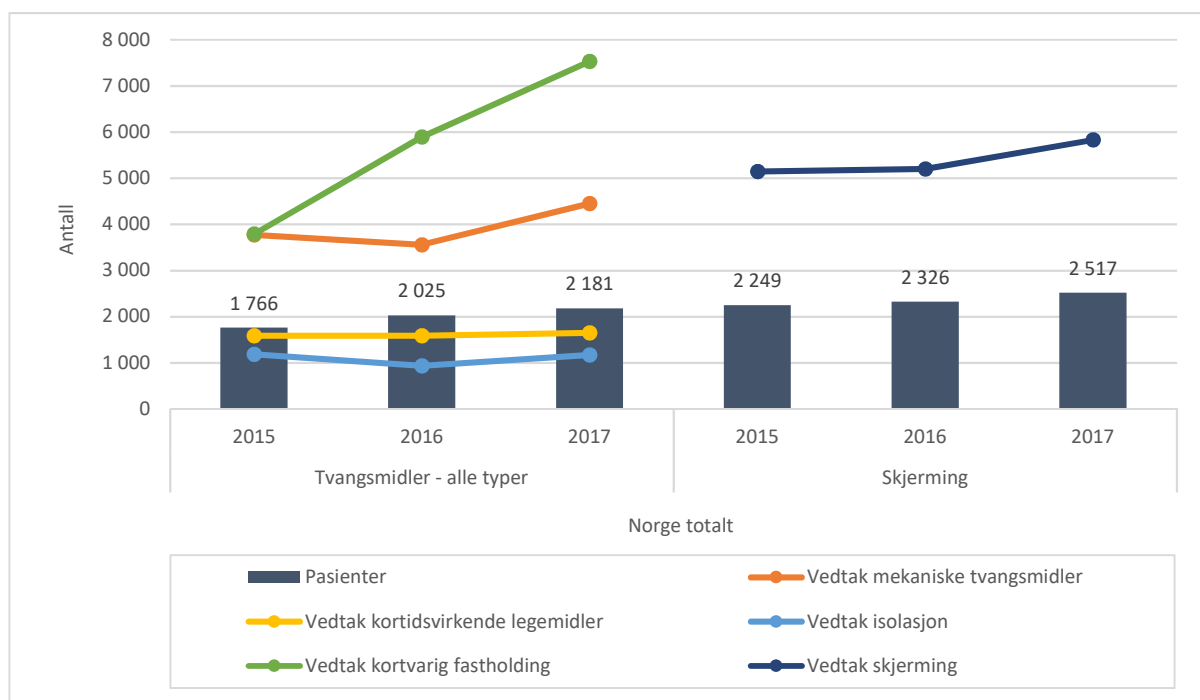
Pasientdata for 2017 viser at det ble gjort ett eller flere vedtak om bruk av tvangsmiddel for nærmere 2 200 pasienter i det psykiske helsevernet dette året. Samlet for aldersgruppen 16 år og eldre gir dette en pasientrate for tvangsmidler på 48 per 100 000 innbyggere.

Omtrent halvparten av tvangsmiddelvedtakene i 2017 gjaldt kortvarig fastholding, og målt ved antall innrapporterte vedtak har denne tvangsformen nesten doblet seg fra 2015 til 2017. Det må tas høyde for at noe av denne økningen skyldes registreringstekniske forhold og/ eller at institusjonene har blitt flinkere til å treffe vedtak i situasjoner der pasienten holdes fast.

182 av pasientene med vedtak om tvangsmiddelbruk i 2017 var yngre enn 18 år og 28 prosent av holdingsvedtakene gjelder disse mindreårige pasientene.

Det ble gjort vedtak om skjerming for til sammen 2 500 pasienter i 2017. Dette gir en pasientrate på 58 per 100 000 innbyggere i aldersgruppen over 16 år. Skjermingsraten er høyere for menn enn for kvinner og dette gjelder spesielt for aldersgruppen under 40 år.

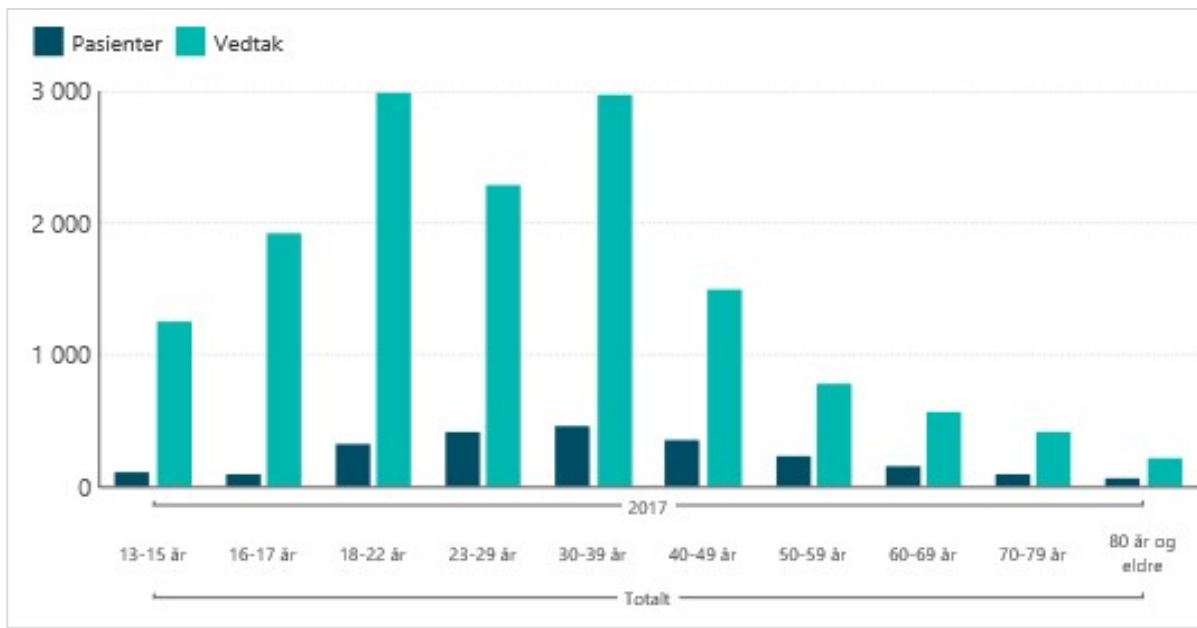
Figur 4.1 Tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet i perioden 2015 - 2017. Antall pasienter<sup>1</sup> og vedtak.



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



Figur 4.2 Tvangsmidler i det psykiske helsevernet i 2017. Antall pasienter og vedtak fordelt etter aldersgruppe.

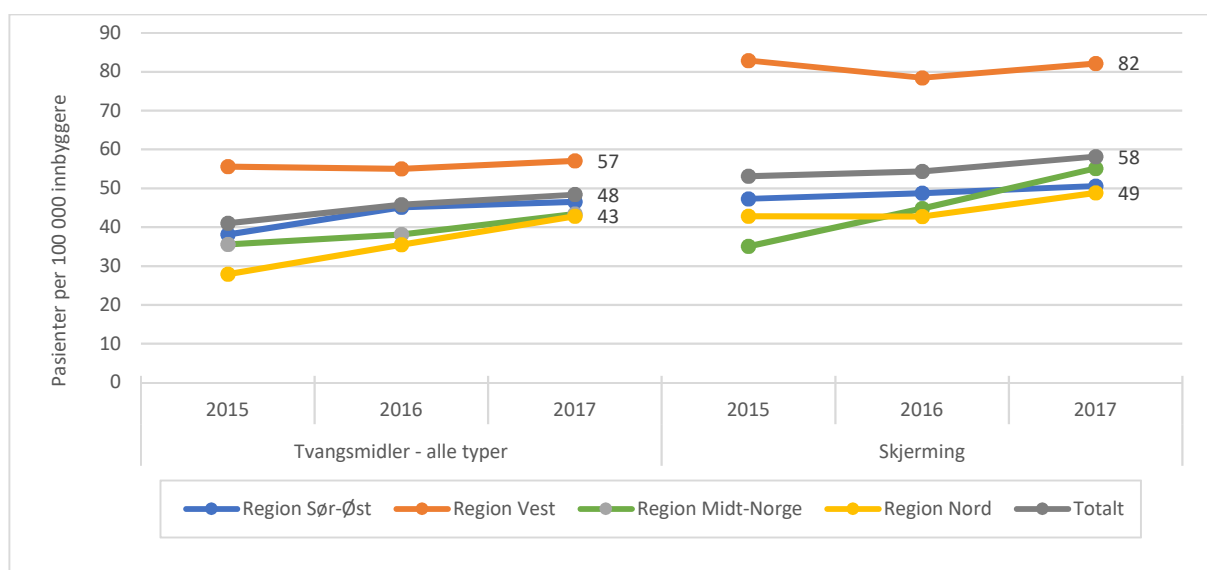


### Økt pasientrate for tvangsmidler og skjerming i alle regioner fra 2016 til 2017

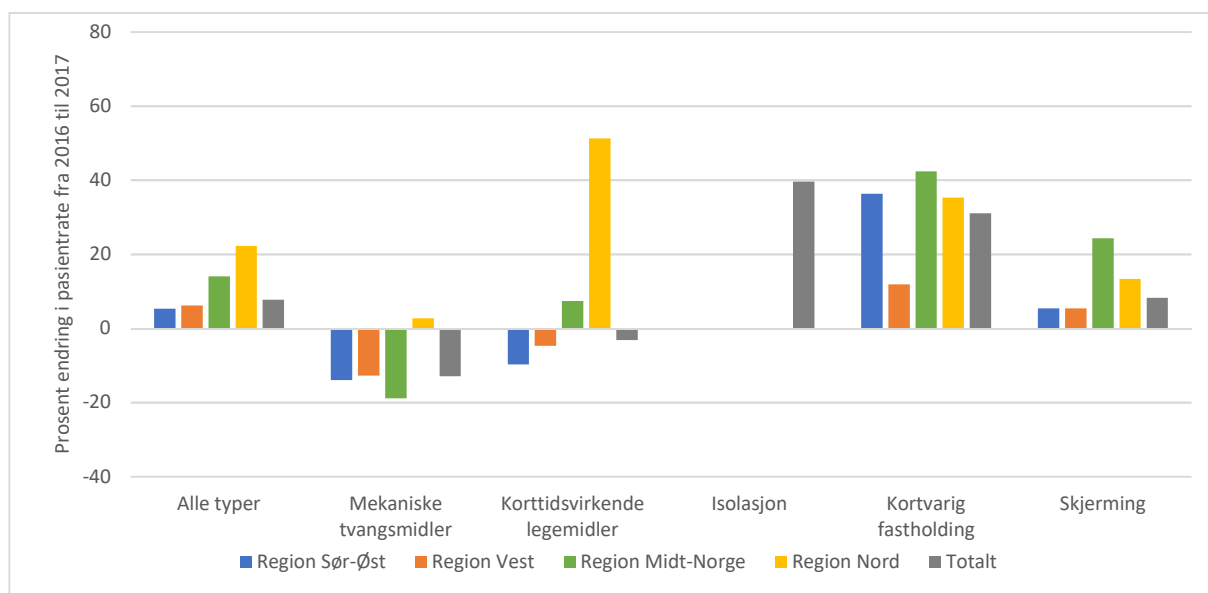
Både for tvangsmidler og skjerming økte pasientraten fra 2016 til 2017, og dette gjelder alle regioner. Målkravet for tvangsmidler i de regionale oppdragsdokumentene for 2017 ble med det ikke nådd i noen av regionene. Tre av regionene hadde imidlertid nedgang for mekaniske tvangsmidler og to regioner hadde nedgang for korttidsvirkende legemidler.

Økningen i tvangsmidler gjaldt først og fremst kortvarig fastholding, men også for isolasjon ser vi økt omfang. Denne tvangsformen er imidlertid i hovedsak knyttet til enkeltinstitusjoner.

Figur 4.3 Tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet i perioden 2015 - 2017. Befolningskorrigert regional pasientrate for innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre.



Figur 4.4 Tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet. Prosent endring i regional pasientrate fra 2016 til 2017<sup>1</sup>.

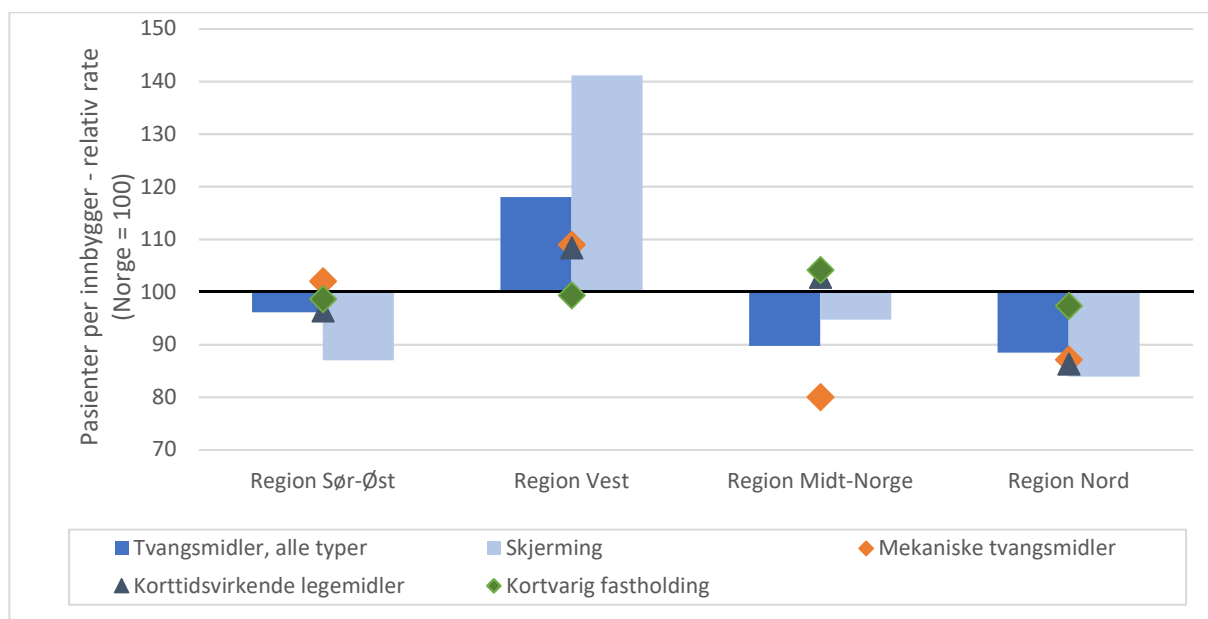


1) For isolasjon beregnes ikke endring per region da denne tvangsformen i hovedsak er knyttet til noen få enkeltinstitusjoner.

### Regionale forskjeller i 2017

Pasientraten for både tvangsmidler og skjerming var i perioden 2015 - 2017 høyere for region Vest enn for de andre regionene. Dette gjelder også for hver av tvangsmiddelformene, med unntak for kortvarig fastholding, se figur 4.5. Figuren illustrerer av det er regionale forskjeller i valg av type tvangsmiddel.

Figur 4.5 Pasienter med vedtak om bruk av tvangsmiddel eller skjerming i psykisk helsevern i 2017. Relativ rate per innbygger i aktuell alderskategori<sup>1</sup>.



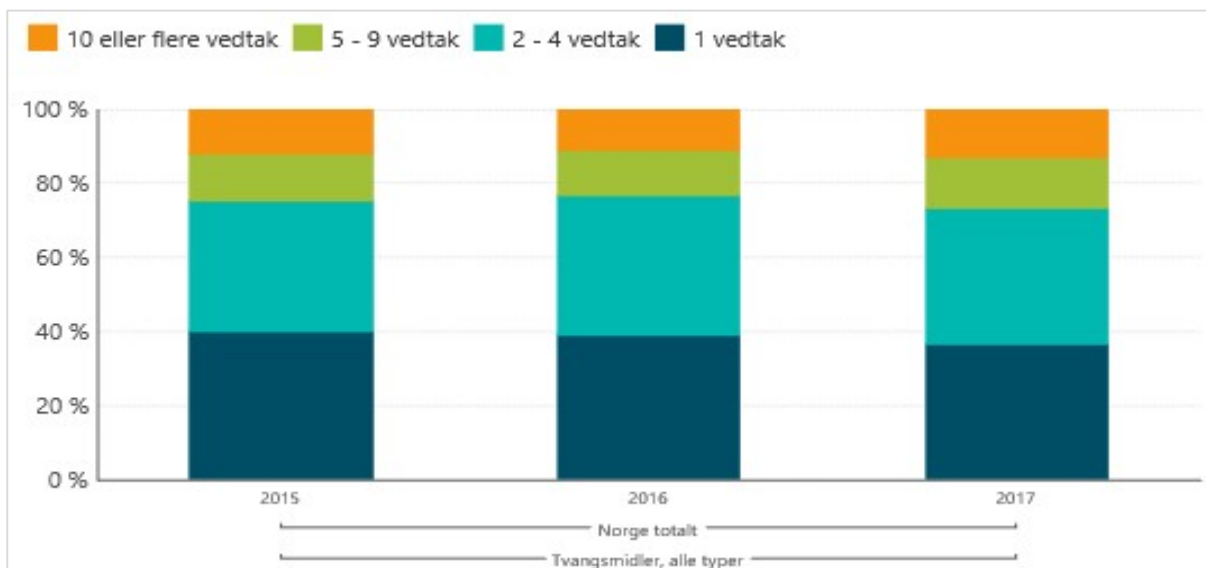
1) Isolasjon rapporteres bare fra et fåtall institusjoner. Dette gjelder i særlig grad institusjoner i region Vest. De relative forskjellene mellom regionene er følgelig svært store og synliggjøres derfor ikke i figuren.

### Økning i antall og andel pasienter med flere enn ett tvangsmiddelvedtak

For 13 prosent av pasientene med tvangsmiddelvedtak i 2017 rapporteres det 10 eller flere tvangsmiddelvedtak, mens for 37 prosent var det bare rapportert om én episode i løpet av dette året. Pasientandelen med ett vedtak var imidlertid lavere enn foregående år. Vi observerer altså en liten økning både i antall og andel pasienter med flere tvangsmiddelvedtak.

Det er ikke store regionale forskjeller i fordeling av vedtak per pasient, og analyser av vedtak per opphold viser medianverdi på 2 vedtak for alle regioner.

Figur 4.6 Tvangsmiddelvedtak per pasient. Prosentvis fordeling for psykisk helsevern samlet i perioden 2015 – 2017.



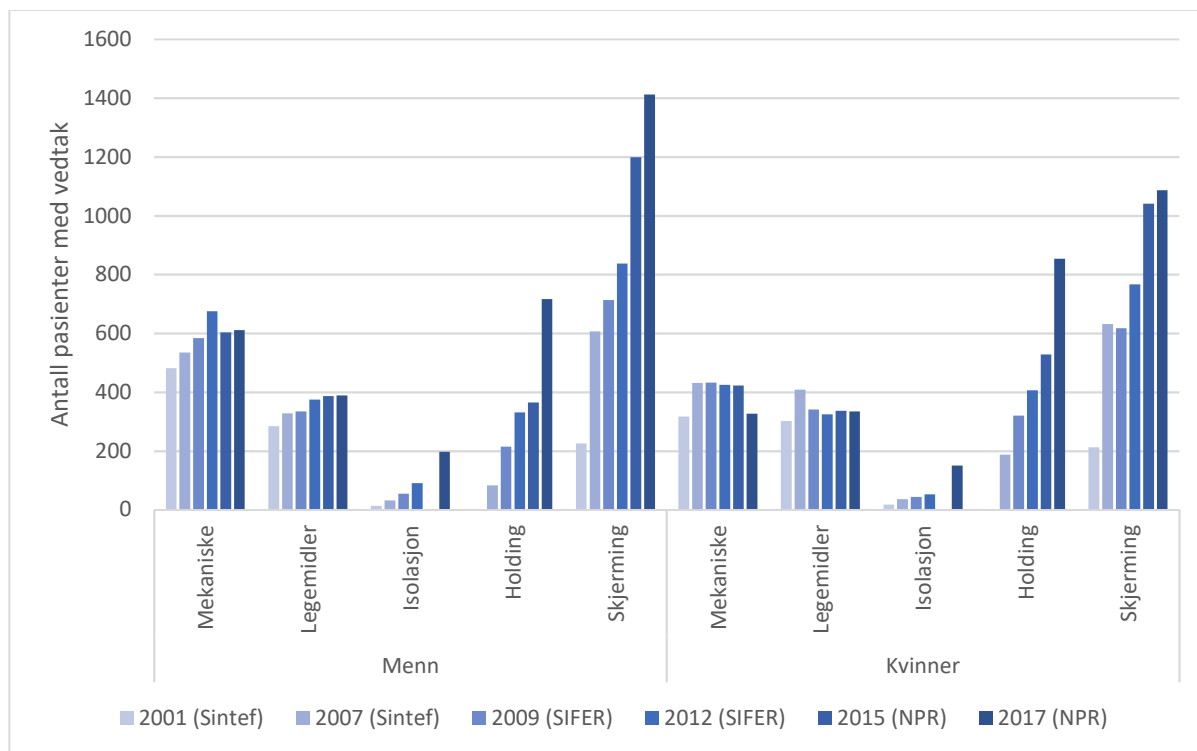
### Utvikling i bruk av tvangsmidler og skjerming i perioden 2001 - 2017

Informasjon om tvangsmiddelvedtak og skjerming har ikke vært komplett i innrapporteringen til NPR, og det er derfor gjennomført flere manuelle kartlegginger for å følge med på bruken av disse formene for tvang i psykisk helsevern. For perioden 2001 – 2007 ble denne kartleggingen utført av SINTEF<sup>2</sup>, mens kartlegging for 2009 og 2012 er utført av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helseregion Sør-Øst (SIFER)<sup>3</sup>. Resultater fra disse nasjonale kartleggingene er i figur 4.7 sammenstilt med tilsvarende tall fra NPR for 2015, som viser antall pasienter med henholdsvis skjermings- og tvangsmiddelvedtak for hvert av de fire typene tvangsmiddel. Med forbehold om sammenlignbarhet mellom de ulike datakildene, tyder utviklingen i perioden 2001-2017 på en økning i det totale antallet pasienter med tvangsmiddel og skjermingsvedtak, men en forskyvning av praksis fra farmakologiske og mekaniske tvangsmidler og over på mer bruk av skjerming, isolasjon og kortvarig fastholding. Dette gjelder både for menn og kvinner.

<sup>2</sup> Bremnes m.fl., 2009

<sup>3</sup> Knutzen m.fl., 2015

Figur 4.7 Tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet. Utvikling i perioden 2001 - 2017. Antall pasienter.



# Vedlegg

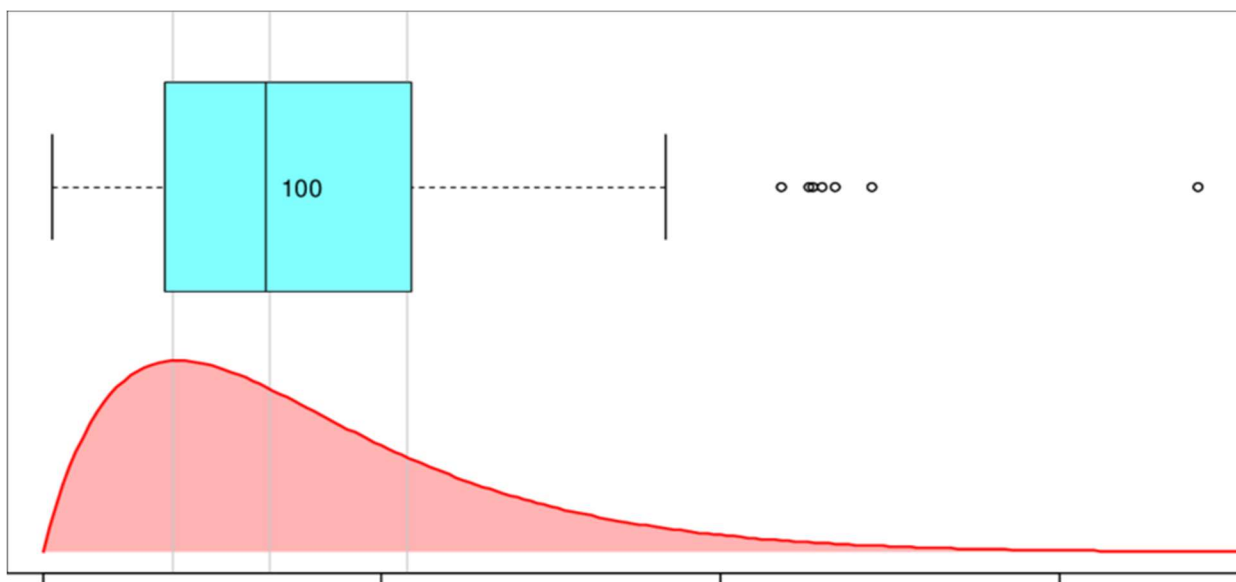
## Illustrasjon av fordeling ved bruk av boksplott

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.

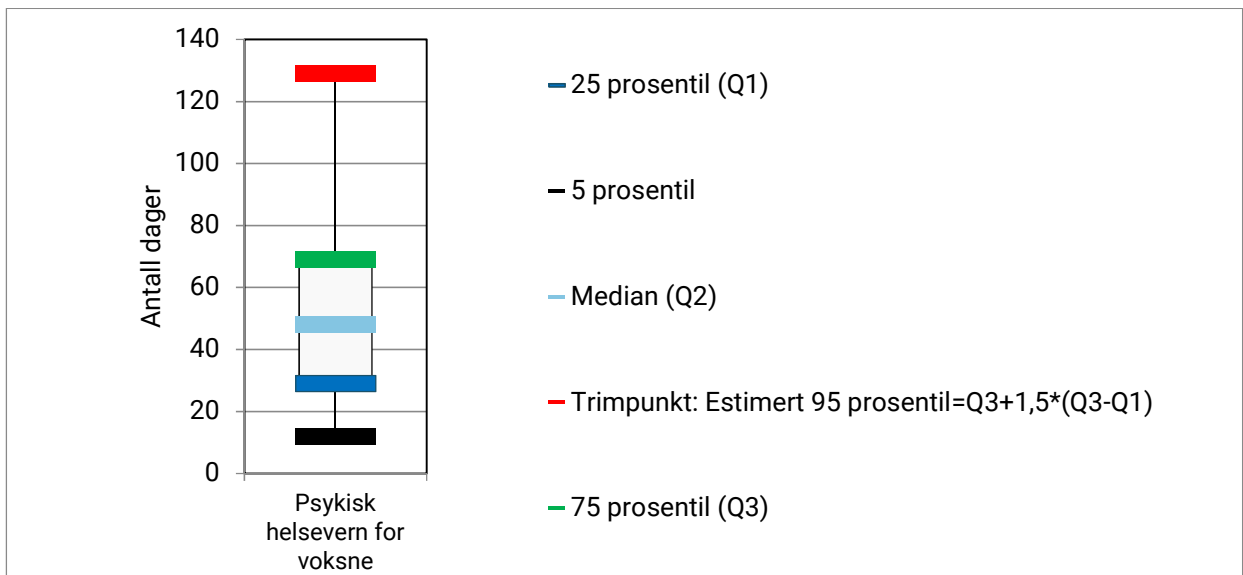
Median er det samme som 50 prosentilen, det betyr at 50% av observasjonene er mindre enn median. Tilsvarende er 25% av observasjonene mindre enn nedre kvartil (25 - prosentilen) og 75% av observasjonene mindre enn øvre kvartil (75 - prosentilen).

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 1 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.



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 2019

### **Forfatter**

Ragnild Bremnes

### **Bestillingsnummer**

IS-2812

### **Utgitt av**

Helsedirektoratet

### **Postadresse**

Pb. 220 Skøyen

0213 Oslo

### **Besøksadresse**

Vitaminveien 4, Oslo

**Telefon** 810 20 050

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

### **Forsidefoto**

Syda Productions/Mostphotos

### **Design**

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)