

www.sintef.no





# SINTEF RAPPORT

## SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Analyse av tvang i psykisk helsevern**

FORFATTER(E)

Tonje Lossius Husum, Per Bernhard Pedersen og Trond Hatling

OPPDRAGSGIVER(E)

Statens helsetilsyn

RAPPORTNR. STF78 A055022	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Seniorrådgiver Marianne Noodt	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03918-5 978-82-14-03918-4	PROSJEKTNR. 78I03230	ANTALL SIDER OG BILAG 91
ELEKTRONISK ARKIVKODE \\PH\prosjekt\78I032\Rapport\analyse av tvang	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Trond Hatling	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)	
ARKIVKODE E	DATO 2005-10-03	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud, forskningssjef <i>Torleif Ruud</i>	

### SAMMENDRAG

I denne rapporten foretas en egen deskriptiv analyse av bruken av tvang i psykisk helsevern i Norge, med særlig vekt på pasientkjennetegn, ved hjelp av det allerede innsamlede materialet fra pasienttellingene gjennomført 20. november 2003 (døgnpasienter) og høsten 2004 (polikliniske pasienter). Rapporten omhandler både tvungent psykisk helsevern (med og uten døgn), tvangsbehandling (både for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern med og uten døgn) og bruk av tvangsmidler. I et eget kapittel redegjøres kort for kunnskap omkring bruk av tvangsbehandling.

### Hovedfunn:

Det er store geografiske forskjeller når det gjelder all bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge. Både når det gjelder bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, tvangsmedisinering utenfor døgninstitusjon, tvungent psykisk helsevern og bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon er det store forskjeller mellom Helseforetak og Helseregioner.

En stor del av pasientene (43 prosent) som er innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold har ikke egen bolig. Behandlerne mener også at en stor del av pasientene under tvungent psykisk helsevern både uten og med døgnopphold ikke har en egnet bosituasjon. Det er særlig mer hjelp og tilsyn i boligen som savnes etter behandlernes mening.

Pasientene som utsettes for tvungent psykisk helsevern og annen type tvangsbehandling, skårer dårligere på sosiodemografiske variabler som inntekt, utdanning og boforhold enn de pasientene som behandles frivillig. Dette kan tyde på at bruk av tvang henger sammen med fattigdomsproblematikk og bostedsløshet.

Det er flere menn enn kvinner som det blir brukt tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold overfor. Menn er også i flertall når det gjelder bruk av tvangsbehandling både utenfor og i døgninstitusjon. Det brukes imidlertid oftere tvungen observasjon og tvangsmidler i døgninstitusjon overfor kvinner.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental health services
EGENVALGTE	Tvang	Corecion

# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	3
Tabelloversikt.....	6
Figuroversikt.....	9
Figuroversikt.....	9
1 Hovedfunn .....	11
2 Bakgrunn og innledning .....	17
2.1 Rapportens oppbygging.....	17
3 Datagrunnlag og metode.....	19
3.1 Landsomfattende tverrsnittsregistrering november 2003 for døgnpasienter .....	19
3.1.1 Formål og metode .....	19
3.2 Landsomfattende tverrsnittsregistrering september 2004 for poliklinikkpasienter .....	20
3.2.1 Formål og metode .....	20
4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold .....	23
4.1 For hvilke pasienter benyttes tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold? .....	24
4.2 Sammenligning av pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, med pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.....	26
4.2.1 Tabeller.....	27
4.3 Er det geografisk variasjon i bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold? .....	31
4.3.1 Figurer.....	32
4.4 Hva slags behandling får pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold? .....	34

4.4.1	Tabell .....	35
4.5	Hva slags bosituasjon har pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten ..... døgnopphold? .....	36
4.5.1	Tabeller.....	37
4.6	Omfang/mengde av behandling til pasientene under tvungent psykisk vern uten ..... døgnopphold .....	38
4.6.1	Tabell .....	38
5	Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon .....	39
5.1	Hvilke pasienter behandles med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon? .....	39
5.1.1	Tabeller.....	40
5.2	Er omfanget av tvangsmedisinering jevnt fordelt mellom de ulike poliklinikkene/ ..... helseforetakene? .....	44
5.2.1	Figurer.....	45
6	Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold .....	47
6.1	Hvilke pasienter legges inn til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?.....	47
6.1.1	Tabeller.....	49
6.2	Faktisk og ideelt behandlingstilbud for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold .....	52
6.2.1	Tabeller.....	53
6.3	Faktisk og ideelt botilbud til pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold .....	55
6.3.1	Tabeller.....	55
6.4	Er lange opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold geografisk jevnt fordelt? .....	56
6.4.1	Figurer.....	57
6.5	Er det geografiske variasjoner i bruk av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?.....	59
6.5.1	Forskjell i befolkningsrate i antall innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold – og i andel tvangsinnlagte.....	59
6.5.2	Figurer.....	60

7	Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon .....	63
7.1	Hva kjennetegner de pasientene det ble brukt tvangsmidler på, sammenliknet med de pasientene det ikke ble brukt tvangsmidler på? .....	64
7.1.1	Tabeller.....	65
8	Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon .....	69
8.1	Hvilke pasienter tvangsbehandles i døgninstitusjonene, og skiller disse seg ut fra pasientene som ikke har vært tvangsbehandlet?.....	70
8.1.1	Tabeller.....	71
8.2	Er omfanget av tvangsbehandling geografisk jevnt fordelt mellom helseforetaksområder? .....	74
8.2.1	Figurer.....	76
9	Litteraturgjennomgang tvangsbehandling .....	79
9.1	Lovverk.....	79
9.2	Metode.....	79
9.3	Aktuell litteratur .....	80
9.3.1	Hva vet vi om forekomst .....	80
9.3.2	Hvem anvendes tvangsmedisinering overfor?.....	80
	Forskningsbehov – noen punkter .....	83
	Litteratur.....	87
	Vedlegg .....	89

## Tabelloversikt

Tabell 4.1	Kjønnsfordeling av pasientene i utvalget. I antall og prosent.....	27
Tabell 4.2	Fordeling av diagnosegrupper hos pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig vern. I prosent. ....	28
Tabell 4.3	Sivilstatus til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent. ....	29
Tabell 4.4	Bosituasjon til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent.....	29
Tabell 4.5	Hovedinntektskilde til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig helsevern. I prosent. ....	30
Tabell 4.6	Utdanning til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent. ....	30
Tabell 4.7	Behandlingstilbud til pasienter i poliklinisk behandling, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig. Hva de mottar av behandlingstilbud og hva som hadde vært ønskelig at de hadde mottatt av behandlingstilbud. I prosent. ....	35
Tabell 4.8	Hva slags bolig hadde pasientene på frivillig og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingstart, og hva slags bolig mener behandlerne hadde vært ideelt. I prosent. ....	37
Tabell 4.9	Hva slags type bolig vurderer behandlerne hadde vært ideelt for de pasientene de mener ikke har en ideell bosituasjon. Antall pasienter. ....	37
Tabell 4.10	Varighet på aktuell behandlingssekvens, antall timer og konsultasjoner i registreringsperioden. Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold sammenlignet med frivillige pasienter i poliklinikk. ....	38
Tabell 5.1	Kjønnsfordeling på pasientene som var blitt tvangsmedisinert utenfor institusjon. I prosent. ....	40
Tabell 5.2	Aldersfordeling på pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	41
Tabell 5.3	Fordeling av diagnoser hos pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk og de som ikke er blitt det. I prosent. Diagnosegruppene er nærmere beskrevet i kapittel 4. ....	41
Tabell 5.4	Sivilstatus til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	42

Tabell 5.5	Bosituasjon til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent. ....	42
Tabell 5.6	Hovedinntektskilde til pasienter som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med de som ikke er blitt det. I prosent. ....	43
Tabell 5.7	Utdanning til pasientene som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med pasientene som ikke er blitt det. I prosent.....	43
Tabell 6.1	Utvalg og formalitet ved registreringstidspunktet, antall og prosent.....	49
Tabell 6.2	Kjønnsfordeling for formalitet ved registreringstidspunktet. I prosent. ....	49
Tabell 6.3	Kjønnsfordeling for formalitet ved innleggelse, i antall. ....	49
Tabell 6.4	Fordeling av diagnosegrupper hos de innlagte pasientene og formalitet. I prosent. Diagnosegruppene er nærmere beskrevet i kapittel 4. ....	50
Tabell 6.5	Sivilstatus til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	51
Tabell 6.6	Bosituasjon til innlagte pasientene og formalitet. I prosent. ....	51
Tabell 6.7	Hovedinntektskilde til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	52
Tabell 6.8	Utdanning til innlagte pasienter og formalitet. I prosent. ....	52
Tabell 6.9	Faktisk og ønsket behandlingstilbud etter formalitet og differanse mellom faktisk og ønskelig. I prosent. ....	53
Tabell 6.10	Tabell over oppgitte årsaker til at ikke pasienten får det ønskede behandlingstilbudet. Pasienten ønsker det ikke, vi har ikke aktuell kompetanse eller vi har ikke kapasitet. I prosent.....	54
Tabell 6.11	Faktisk og ønskelig botilbud for pasienter og formalitet, og differansen mellom faktisk og ønskelig. I prosent.....	55
Tabell 7.1	Kjønnsfordeling pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	65
Tabell 7.2	Aldersfordeling på pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Aldersfordeling befolkningen over 18 år. ....	65
Tabell 7.3	ICD 10 hoveddiagnose til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	66
Tabell 7.4	Sivilstatus til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Sivilstatus befolkningen over 18 år.....	66

Tabell 7.5	Bosituasjon til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	67
Tabell 7.6	Hovedinntektskilde til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. ....	68
Tabell 7.7	Utdanning til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Utdanning befolkningen over 18 år. ....	68
Tabell 8.1	Kjønnfordeling på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	71
Tabell 8.2	Aldersfordeling på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	71
Tabell 8.3	Diagnose på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	72
Tabell 8.4	Sivilstatus på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	72
Tabell 8.5	Bosituasjon til pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	73
Tabell 8.6	Hovedinntektskilde på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	73
Tabell 8.7	Utdanning på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandling og hele populasjonen av innlagte pasienter. ....	74



## Figuroversikt

Figur 4.1	Alderfordeling på pasienter i poliklinisk behandling underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn (blå søyler) og under frivillig psykisk helsevern (rosa søyler) i prosent. Gyldig N=20 787, Missing - N=740. Diagnose.....	27
Figur 4.2	Polikliniske pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgn, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunkt (september 2004) etter HF område og RHF område. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. ....	32
Figur 4.3	Poliklinisk behandlede pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunktet (september 2004) per HF og RHF. Prosent av polikliniske pasienter totalt.....	33
Figur 5.1	Antall tvangsmedisinerte utenfor døgninstitusjon per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. HF og RHF område. Gyldig N=432, Missing - N=11, Total N=443. ....	45
Figur 5.2	Tvangsmedisinerte i prosent av polikliniske pasienter totalt per HF og RHF. Gyldig N: 21 007, Missing - N= 520.....	46
Figur 6.1	Aldersfordeling blant pasientene som er innlagt på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og de som er innlagt frivillig. N= 1049 innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, 2815 frivillig innlagte og 3864 totalt. Vi mangler opplysning om alder for 336 personer. Hele populasjonen består av 4200 personer.....	50
Figur 6.2	Varighet av opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Lengde på det tvungne psykiske helsevernet, under 3 mnd, over 3 måneder og over 1 år per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Nåværende status. HF- og RHF- område. Ringerike HF mangler fordi de ikke har oppgitt lengde på opphold. Gyldig N=911, Missing - N=140. ....	57
Figur 6.3	Prosent pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter varighet på oppholdet. Over tre mnd. og over et år per HF og RHF. Ringerike HF mangler fordi de ikke har oppgitt lengde på opphold. Gyldig N=911, Missing - N=140.....	58
Figur 6.4	Tvangsrate. Innlagte pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter nåværende status. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre per HF- og RHF- område. ....	60
Figur 6.5	Andel innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av alle innlagte pasienter per HF og RHF. Gyldig N er lik 3392 når det gjelder bosted og totaltallet er 4200 personer. Manger opplysning om bosted for 208 personer. ....	61

- Figur 8.1 Antall tvangsbehandlede pasienter per 10 000 innbyggere fordelt på HF- og RHF- område. N=370 pasienter. Vi mangler opplysninger om bosted for 18 av de 388 pasientene som ble tvangsbehandlet.....76
- Figur 8.2 Andel av pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent per HF og RHF. Det vil si at dette er hvor mange prosent av de innlagte totalt per HF og RHF som hadde blitt tvangsbehandlet. Pasientpopulasjonen totalt er på 4200 pasienter. Av disse var 388 pasienter blitt tvangsbehandlet i løpet av de siste tre mnd.....77
- Figur 8.3 Fordeling av annen type tvangsbehandling enn legemidler per 10 000 innbygger per HF- og RHF- område. Vi har opplysninger om 125 pasienter som var blitt tvangsbehandlet med noe annet enn legemidler. Det mangler opplysning om bosted for tre pasienter. Det vil si at pasientgrunnlaget i denne figuren er 122 pasienter.....78

# 1 Hovedfunn

## Geografiske forskjeller når det gjelder bruk av tvang

Det er store geografiske forskjeller når det gjelder all bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge. Både når det gjelder bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, tvangsmedisinering utenfor døgninstitusjon, tvungent psykisk helsevern med døgn og bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon er det store forskjeller mellom Helseforetakene og til dels også mellom Helseregionene.

## Bostedsløse

En stor del av pasientene (43 prosent) som er innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold har ikke egen bolig. Behandlerne mener også at en stor del av pasientene under tvungent psykisk helsevern både uten og med døgnopphold ikke har en egnet bosituasjon. Det er særlig mer hjelp og tilsyn i boligen som savnes etter behandlernes mening.

## Kjønnsforskjeller

Det er flere menn enn kvinner som det blir brukt tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold overfor. Menn er også i flertall når det gjelder bruk av tvangsbehandling både utenfor og i døgninstitusjon. Det brukes imidlertid oftere tvungen observasjon og tvangsmidler i døgninstitusjon overfor kvinner.

## Sosiale og økonomiske forskjeller

Pasientene som utsettes for tvungent psykisk helsevern og annen type tvangsbehandling, skårer dårligere på sosiodemografiske variabler som inntekt, utdanning og boforhold enn de pasientene som behandles frivillig. Dette kan tyde på at bruk av tvang henger sammen med fattigdomsproblematikk og bostedsløshet.

## Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

- Av de i alt 21 527 pasientene som ble behandlet poliklinisk i september 2004, var 2,9 prosent underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold da behandlingen startet. I registreringsperioden var to prosent fortsatt under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold
- For 87 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, var det tvungne vernet begrunnet med "behandlingskriteriet". For 33 prosent av pasientene var det tvungne vernet uten døgnopphold begrunnet med "farekriteriet". Noen av pasientene hadde begge kriteriene som begrunnelse for vernet.
- Det var flere menn enn kvinner som blir underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Hovedtyngden av personene som blir underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var mellom 30 og 50 år og har fått en schizofreni-diagnose (81 prosent). De fleste bor alene og var uføretrygdet.
- Behandlingstilbudet til pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold består i hovedsak av medisiner og samtaler. Så godt som samtlige av pasientene, henholdsvis 94 og 91 prosent mottar medisiner og samtaler. En fjerdedel mottar i tillegg familiesamtaler. For 15 og åtte prosent av pasientene, inngår også praktisk trening og gruppebehandling som en del av behandlingen. Av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold bor 73 prosent i egen bolig uten tilsyn. De resterende pasientene bor i ulike typer botilbud med tilsyn enten på dag eller døgn. Tre prosent bor i tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette dreier seg sannsynligvis om boliger som ligger under DPS. Behandlerne i poliklinikkene mener også at en tredjedel av pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke har adekvat botilbud. Det var særlig mer oppfølging i egen bolig som behandlerne mener trengs, enten tilsyn på dagen eller hele døgnet.
- Differansen mellom reelt og ønskelig behandlingstilbud var større for pasienter på tvungent psykisk vern uten døgnopphold enn for de frivillige pasientene. Det var spesielt mer familiesamtaler, praktisk trening og rusbehandling som ønskes for disse pasientene. Dette antyder at dette er pasienter med store og sammensatte vansker, som vurderes til å ha behov for sammensatte behandlingstilbud. Så langt kan en derfor ikke si at DPS-utbyggingen er i stand til å imøtekomme denne pasientgruppens behandlingsbehov i tilstrekkelig grad.
- Lengden på aktuell behandlingsfrekvens var lengre for pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold enn for de frivillige pasientene. For pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold hadde aktuell behandlingsfrekvens vart gjennomsnittlig i to år, mens den for de frivillige pasientene hadde vart i 13 mnd. Et fåtall pasienter trekker imidlertid snittet opp. Hvis man i stedet benytter medianen (verdi som deler pasientene i to like store grupper) som mål, finner vi at halvparten av pasientene på tvungent psykisk helsevern hadde hatt en behandlingstid på 16 måneder eller mer, mot syv måneder for de frivillig behandlede pasientene.

- Det var stor variasjon mellom helseregionene i hvor mange pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Variasjonen var fra Helse-region Nord hvor det var 0,4 person per 10 000 innbygger som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold; til Helseregion Øst som hadde 1,3 personer per 10 000 innbygger under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Landsgjennomsnittet var 1,2 person per 10 000 innbygger underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Mellom helseforetakene var variasjonen fra ingen personer under tvungent psykisk vern uten døgnopphold i Finnmark HF-område til 2,6 personer underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold per 10 000 innbygger i Ullevål og Aker HF-område.

## **Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon**

- Behandlerne har svart at 443 pasienter hadde blitt behandlet med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon i løpet av behandlingen. Dette utgjør 2,1 prosent av alle de polikliniske pasientene.
- Av disse hadde 85 prosent fått schizofrenidiagnose. Nesten to tredjedeler var over 40 år gamle. Så godt som samtlige var trygdet (98 prosent) og det var et flertall menn blant pasientene som var blitt tvangsmedisinert.

## **Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold**

- Det var 4200 pasienter innlagt i døgninstitusjon i psykisk helsevern ved tverrsnitt-registreringen 20.november 2003. Av disse var 27 prosent innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og 73 prosent frivillig innlagt. Av pasientene på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold var 58 prosent menn og 42 prosent kvinner. Over halvparten av pasientene var mellom 18 og 39 år gamle.
- Et oppsiktsvekkende funn er at hele 27 prosent av pasientene innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold oppgis å ikke ha egen bolig. Hvis man tar med de pasientene som det oppgis for at de ikke har annen bolig enn behandlingstilbudet spesialisthelsetjenesten, kommer antallet opp i 43 prosent. Dette kan bety at så mange som 43 prosent av pasientene innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold reelt sett var bostedsløse. Dette utgjorde 452 personer. Tar vi også med de frivillige pasientene blir tallet 31 prosent av hele populasjonen eller 1302 personer. Dette er tankevekkende idet sosialtjenesteloven stadfester at alle som har behov for det, har rett til hjelp med å bo i kommunen sin. På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at det å legge en person inn i en døgninstitusjon kan være en måte å imøtegå problematikken med bostedløshet. På denne måten kan det også tilsløre hvor mange bostedsløse mennesker det egentlig finnes.
- Behandlerne mente også at 28 prosent flere enn det som var tilfelle av de tvangsinnlagte hadde behov for bolig med døgntilsyn. Det tilsvarende tallet for bolig med tilsyn på dagen var at 13 prosent flere tvangsinnlagte burde hatt det.

- Det ser ut som at både for de tvangsinnlagte og de frivillig innlagte pasientene var behandlingstilbudet omtrent slik behandlerne mener at det burde være. Det er imidlertid større avvik mellom faktisk og ønskelig behandlingstilbud for de tvangsinnlagte pasientene. Størst er avviket når det gjelder praktisk treningsopplegg, familiesamtaler og rusbehandling. Flere av de tvangsinnlagte pasientene burde hatt tilbud av disse behandlingsformene i følge behandlerne. Dette er betenkelig idet det tvungne psykiske vernet oftest bergnes i behov for behandling.
- Det er stor geografisk variasjon når det gjelder hvor mange personer per 10 000 innbygger som er innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Variasjonen er fra 0,5 person i Helgland HF-område til 6,1 personer i Asker og Bærum HF-område. Gjennomsnittet for hele landet er at tre personer per 10 000 innbygger er innlagt under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.
- Det er var også store geografiske forskjeller når det gjelder lengde på opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Variasjonen går fra Asker og Bærum HF som har 2,7 personer per 10 000 innbygger som hadde vært innlagt under tvungent psykisk helsevern mer enn et år, til Blefjell HF område som ikke hadde noen pasienter tvangsinnlagt mer enn et år. Helseregion Sør RHF hadde generelt få personer per 10 000 innbygger innlagt til lange opphold under tvungent psykisk vern, mens Helse Vest RHF ser ut til å ha hatt flest personer innlagt med lange opphold (over ett år). På landsbasis hadde 0,9 personer per 10 000 innbygger vært innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold over ett år. Dette utgjorde 32 prosent av pasientene som var innlagt under tvungent helsevern 20.november 2003.

## Tvangsmidler i døgninstitusjon

- I populasjonen var det blitt brukt tvangsmidler overfor syv prosent av de 4200 innlagte pasientene i løpet av de siste tre månedene forut for registreringen. Kortidsvirkende legemidler var blitt brukt overfor fire prosent, mekaniske tvangsmidler overfor tre prosent og isolasjon ovenfor tre prosent.
- I motsetning til de andre tvangsvariablene som oftere var blitt benyttet overfor menn enn kvinner, var det her flere kvinner som det var blitt benyttet tvangsmidler overfor.

## Tvangsbehandling i døgninstitusjon

- Blant pasientene som var blitt tvangsbehandlet var det flere menn, yngre, ugifte og uføretrygdde enn blant de som ikke hadde blitt tvangsbehandlet. De hadde relativt likt utdanningsnivå, men flere hadde schizofrenidiagnose og flere var bostedsløse enn de som ikke var blitt tvangsbehandlet. Det var også færre som hadde egen bolig uten tilsyn blant de tvangsbehandlede. Jevnt over er dette en gruppe pasienter som er svakere og mer sårbar på de fleste områder enn pasientene som ikke har blitt utsatt for tvangsbehandling.
- Det er relativt stor variasjon i hvor mange personer som var blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger mellom Helseforetakområder og mellom Helseregioner. Varia-

sjonen er fra Helgeland HF-område med 0,2 personer per 10 000 innbygger som hadde blitt tvangsbehandlet til Bergen HF-område hvor to personer per 10 000 innbygger hadde blitt tvangsbehandlet. Asker og Bærum og Førde HF-område ligger også høyt med 1,7 personer som hadde blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger. Helseregion Vest RHF skiller seg generelt ut blant Helseregionene med 1,7 person utsett for tvangsbehandling per 10 000 innbygger. De fire andre helseregionene ligger lavere og relativt likt med en spredning fra 0,7 personer til 1 person tvangsbehandlet per 10 000 innbygger.

- Det var i denne populasjonen 125 pasienter som var blitt tvangsbehandlet med annet enn legemidler. Disse er også ujevnt geografisk fordelt. Bergen og Fonna HF-område seg ut med litt over en person per 10 000 innbyggere. Helseregion Vest ligger også sammenlagt høyere på antall tvangsbehandlede per 10 000 innbyggere enn de fire andre Helseregionene (RHF). På landsbasis ble 0,36 person per 10 000 innbygger tvangsbehandlet med annet enn legemidler.

## Kunnskapsbehov

- De betydelige geografiske forskjellene i forhold til alle tvangsformer påvist i denne rapporten, og i tidligere rapporter fra SINTEF helse om tvang, har det innen rammen av dette prosjektet ikke vært ønskelig å analysere nærmere. Med tanke på utforming av den framtidige helsepolitikken på dette området, og målet om lik rett til helse-tjenester, er det etter vår vurdering et behov for dybdestudier av årsakene til disse forskjellene.
- Tilsvarende er det også et behov for økt kunnskap om årsaker til, og konsekvensene av, at de ulike tvangsformene anvendes. Hva er eksempelvis de kliniske og øvrige årsaker til overføring fra tvungent psykisk helsevern med døgn til uten døgn, og hvordan vurderer brukere, behandlere og 1. linjetjenesten denne overgangen? Her er det behov for forløpsstudier.





## 2 Bakgrunn og innledning

Helsetilsynet har behov for kunnskap på alle formene for tvang, dvs. tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmidler. Helsetilsynet er gjennom en prosess gjort kjent med andre prosjekter som SINTEF Helse har på temaet tvang i det psykiske helsevernet. Det var fra helsetilsynets side ønskelig at SINTEF helse kunne gjøre en egen analyse av pasientkennetegn ved tvangsbruk ved hjelp av det allerede innsamlede materialet fra pasientfellingene gjennomført 1. november 2003 (døgnpasienter) og høsten 2004 (polikliniske pasienter).

Prosjektleder og prosjektmedarbeidere har vært i flere møter med Helsetilsynet og samarbeidspartnere våren og høsten 2005 for å diskutere rapportens oppbygging og detaljerings.

### 2.1 Rapportens oppbygging

I kapittel 3 redegjøres for rapportens metode og datagrunnlag.

Rapportens empiriske del er bygget opp slik at den tar opp lovverkets fem ulike hovedtyper av tvangsbruk hver for seg:

- Kapittel 4 – Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold
- Kapittel 5 – Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon
- Kapittel 6 – Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold
- Kapittel 7 – Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon
- Kapittel 8 – Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon

Hvert kapittel er bygd opp som følgende:

- Introduksjon om lovgrunnlaget
- Kommentarer og oppsummering av tabeller og figurer
- Sammenligning av ulike pasientgrupper
- Tabeller og figurer

I teksten under hvert enkelt tvangsområde vil pasienter som det var blitt brukt tvang overfor bli sammenlignet med de pasientene det ikke var blitt brukt tvang overfor. Sammenligning av andre grupper pasienter, slik som pasienter behandlet med tvang i døgninstitusjon sammenlignet med pasientene behandlet med tvang utenfor døgninstitusjon vil bli gjort i eget avsnitt. Demografiske tall for hele befolkningen fra Statistisk Sentralbyrå er satt inn i tabellene med demografiske variabler der det er naturlig.

I kapittel 9 gjennomgås kort litteratur om tvangsbehandling. Litteratur om tvungent psykisk helsevern og tvangsmidler er gjennomgått i tidligere SINTEF rapporter/-publikasjoner (Hatling et al. 2002a, Pedersen et al. 2004a, Hatling et al. 2002b, se også Hatling 2002).



## 3 Datagrunnlag og metode

For analysene benyttes to datakilder:

Den primære datakilden er den landsomfattende tverrsnittsregistreringen av pasienter i det psykiske helsevernet. Denne tellingen ble siste gang gjennomført én spesifikk dag i november 2003 for døgnpasienter og over en periode på to uker i september 2004 for dag- og polikliniske pasienter. Disse dataene kjennetegnes av stor grad av kompletthet i registrering og i dekning. Disse dataene dekker imidlertid bare de pasientene som var inne til behandling på ett tidspunkt. Pasienter med langvarige opphold og behandlingsforløp vil dermed ha større sjanse for å inkluderes i dette materialet, noe som er viktig å ha i mente ved tolkning av resultatene.

For analyser av befolkningsandel benyttes befolkningsstatistikk på Helseforetaksnivå, hentet fra Statistisk Sentral Byrå/ Samdata.

Forklaring på noen begreper som brukes:

**Gyldig N:** Antallet svar på det aktuelle spørsmålet.

**Missing - N:** Antall spørreskjemaer hvor det aktuelle spørsmålet ikke er svart på.

**Total N:** Størrelsen på hele populasjonen.

**Befolkningsrate:** Befolkningsrate er hele tiden beregnet som antall personer per 10 000 innbyggere **over 18 år** per Helseforetak- og Helseregionsområde. Raten for hele landet er også beregnet.

**Formalitet:** I teksten vil uttrykket formalitet noen ganger bli brukt. Pasientens formalitet henviser til hvilken juridisk paragraf pasienten behandles under.

**Benevnelse på de som blir behandlet i psykisk helsevern:** I denne rapporten vil benevnelsene pasient og person bli brukt om hverandre.

**Benevnelsene HF og RHF:** Henviser til helseforetakene og de fem helseregionene.

### 3.1 Landsomfattende tverrsnittsregistrering november 2003 for døgnpasienter

#### 3.1.1 Formål og metode

Denne undersøkelsens målsetting er å skaffe til veie opplysninger om pasientene i døgninstitusjoner i psykisk helsevern for voksne, samt belyse om døgntilbudene i psykisk helsevern for voksne synes å være tilpasset de behov som pasientene har ut fra behandlernes vurderinger av hvilke tilbud pasientene trenger.

Registreringen er en oppfølging av tilsvarende pasientregistreringer foretatt med fem års mellomrom siden 1979. Fordi registreringsskjema og undersøkelsens øvrige design bygger på de foregående pasienttellingene, kan resultatene fra de ulike registreringene sammen-

holdes direkte. En kan dermed si noe om endringer i pasientsammensetning og psykisk helsevern generelt i løpet av de siste 20 år. Fordi opplysningene er anonymiserte, kan en imidlertid ikke si noe om de endringer som har skjedd med den enkelte pasient.

Registreringen ble gjennomført i praksis ved at behandlerne fylte ut et registreringskjema for hver enkelt pasient som var innlagt på registreringstidspunktet 20. november 2003. Selv om registreringen nødvendigvis må ha tatt noe tid, er det pasientens juridiske status på registreringsdagen som skulle registreres. Det vil si om pasientene er under tvungent eller frivillig psykisk helsevern. Det er ikke registrert navn, personnummer eller andre personidentifiserbare opplysninger.

Etter flere skriftlige og muntlige purringsrunder hadde SINTEF Helse mottatt utfylte skjema fra samtlige døgninstitusjoner innen utgangen av mars 2004. I den grad institusjonene har levert skjema for alle sine pasienter per 20. november 2003, omfatter undersøkelsen derved samtlige pasienter som var innlagt på registreringstidspunktet.

Etter at registreringskjemaene var mottatt ved SINTEF Helse ble opplysningene lest inn optisk. Det ble utført omfattende feilsjekking for å finne og rette opp skjema som åpenbart var feilaktig fylt ut, eller som var blitt gjenstand for feillesing under dataregistreringen. Dette gjaldt svært få skjema.

Det foreligger opplysninger om i alt 4 243 døgnpasienter. I henhold til SAMDATA Psykisk Helsevern for 2003 var det 5 296 senger ved utgangen av 2003. Dette skulle tilsi en beleggsprosent på 80 prosent. I et samleskjema som institusjonene sendte inn sammen med registreringskjema for å angi status den 20. november 2003, fremgikk det imidlertid at et flertall av institusjonene oppga å ha færre senger i drift enn hva som ble innrapportert til Statistisk Sentralbyrå ved utgangen av året. Differansen skyldes trolig ulik definisjon av hva som er operative senger, noe som igjen henger sammen med vurderingen av hvor god bemanningen skal være før en døgnplass blir definert som å være i operativ drift på et tidspunkt. Ut fra institusjonenes egen angivelse av antall døgnplasser i drift på registreringstidspunktet, antas beleggsprosenten høyere enn 80 prosent, og tallmaterialet som presenteres i denne rapporten antas å omfatte praktisk talt samtlige døgnpasienter.

På registreringstidspunktet var antall registrerte døgnpasienter ved sykehusavdelinger 2 371, ved DPS-er 1 440, og ved sykehjem 389, i alt 4 200 døgnpasienter. Det ses i denne sammenheng bort fra pasienter under privat forpleining.

## 3.2 Landsomfattende tverrsnittsregistrering september 2004 for poliklinikkpasienter

### 3.2.1 Formål og metode

Undersøkelsens målsetting var å skaffe til veie opplysninger om pasienter som mottar behandling ved institusjoner og poliklinikker i det psykisk helsevernet for voksne, samt belyse hvordan tilbudene er tilpasset pasientenes behov (basert på behandlernes vurdering). Det ble utført en tilsvarende undersøkelse av poliklinisk behandling i 2000 og særlig ble det lagt vekt på å sammenligne dataene med data fra undersøkelsen i 2004. Opplysningene er anonyme og man kan derfor ikke si noe om individuelle endringer.

Registreringen av pasienter som mottok poliklinisk behandling ble gjennomført ved at alle helsearbeidere i offentlige poliklinikker og alle privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftstilskudd i landet, ble bedt om å fylle ut et registreringskjema for hver pasient som ble undersøkt/behandlet i løpet av en 14-dagersperiode i september 2004.

Alle offentlig godkjente poliklinikker innen psykisk helsevern for voksne i Norge ble tilsendt et spørreskjema. En oversikt over disse ble gitt av Sosial- og helsedirektoratet. Et annet spørreskjema ble sendt til alle privatpraktiserende med driftstilskudd (avtalespesialister) i

landet. Oversikter over avtalespesialistene ble gitt av det enkelte RHF og av Den Norske Legeforening og Norsk Psykologforening.

Registreringen ble gjennomført ved at behandlerne fylte ut et registrerings skjema for hver pasient de behandlet eller undersøkte i løpet av to uker i september 2004. Selv om utfyllingen av skjemaet kunne ta en del tid, var det pasientenes status på tidspunktet for behandlingskontakten i registreringsperioden som skulle skåres. Studien var vurdert ikke meldepliktig eller konsesjonspliktig av Personvernombudet for forskning fordi det ikke ble registrert navn, personnummer, adresse, bostedskommune eller andre direkte eller indirekte identifiserbare personopplysninger.

Totalt mottok SINTEF 21 527 registrerings skjemaer fra poliklinikkene. Det ble ikke utført noen form for purring i forbindelse med datainnsamlingen. Etter at registrerings skjemaene var mottatt ved SINTEF Helse, ble opplysningene "lest" optisk og overført til en database. Skjemaer som ikke kunne leses optisk pga feilaktig eller upresist utfylling, ble punchet manuelt. Noen få skjemaer mottatt etter 1. april 2005 ble ikke med i undersøkelsen.



## 4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold

Fra 01.01.01 har det i henhold til psykisk helsevernloven vært anledning å behandle pasienter under tvungent psykisk helsevern utenfor døgningstusjon uten forutgående døgnoophold.

### **§ 3-1. Psykisk Helsevernloven av 2001 - Hva tvungent vern kan omfatte**

"Tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnoophold i institusjon som er godkjent for dette formål. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bestand fra offentlig myndighet.

Tvungent psykisk helsevern kan også skje uten døgnoophold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten. Tvungent psykisk helsevern kan da gis mens pasienten har opphold på egen bopel og kan bare omfatte pålegg ovenfor pasienten om fram møte til behandling. Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig, kan avhenting gjennomføres med tvang og med bistand fra offentlig myndighet. Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold kan bare skje under ansvar av institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen."

Ved tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnoophold må kriteriene for tvungent vern være oppfylt:

### **§ 3-3. Vilkår for tvungent psykisk helsevern**

Tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

- a) får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
- b) utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

Tvungent psykisk helsevern kan bare anvendes når frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.

Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende."

Denne muligheten erstatter den tidligere ordningen med tvungent ettervern. Den største forskjellen er at pasienten kan behandles under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold på poliklinikken uten forutgående innleggelse i døgninstitusjon. Ettersom dette er en ny mulighet er det stort behov for kunnskap om bruk av tvungent psykisk helsevern i poliklinikkene. Den landsomfattende poliklinikkregistreringen kan bringe ny kunnskap inn i denne sammenhengen, ettersom pasientdata levert til NPR ennå ikke er av en slik kvalitet at det er mulig å studere dette nærmere (Pedersen, Bjørngaard og Hatling 2004). En deskriptiv analyse fra poliklinikkregistreringen er utgitt i en egen rapport medio 2005 (Gråwe et al. 2005).

Rapporteringen fra den landsomfattende poliklinikkregistreringen viser hvor mange pasienter som mottok poliklinisk behandling over en periode på to uker i september 2004. Pasienter som er under et behandlingsforløp, men som ikke var til behandling i poliklinikken i denne perioden, vil ikke dekkes i dette utvalget. Det gjelder for eksempel pasienter som ikke møtte til behandling eller som ikke hadde time i perioden. Vi kan derfor ikke si eksakt hvor mange som til enhver tid er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, kun andelen av de som mottok konsultasjon i registreringsperioden. Til gjengjeld er dette det eneste nasjonale datagrunnlaget som kan si noe om pasientene som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette er også den første kartleggingen om bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i Norge.

I spørreskjemaet som ble sendt ut til behandlere ved poliklinikkene ble det brukt noen uttrykk som her blir definert nærmere. Spørreskjemaet ligger i vedlegget.

**Behandlingsstart:** Tidspunktet da aktuell behandlingssekvens startet. Med andre ord når pasientens behandling startet på poliklinikken. Gjennomsnittlig varighet for aktuell behandlingssekvens var to år for pasienter behandlet under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og 13 måneder for pasienter behandlet under frivillig psykisk helsevern.

**Registreringsperioden:** Tidspunktet viser til de 14 dagene i september 2004, da behandlerne fylte ut spørreskjemaer for alle pasientene de behandlet i perioden. Det er også denne perioden det refereres til når formuleringene i spørreskjemaet etterspør: "NÅ".

**Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold:** Dette er den mest korrekte formuleringen og er den som for det meste vil bli brukt. For å forenkle språket i rapporten noe, så vil dette noen ganger refereres til som: "tvang uten døgn" eller "tvungent vern uten døgn".

#### 4.1 For hvilke pasienter benyttes tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

Antall pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Vi har data fra 21 527 polikliniske konsultasjoner i løpet av registreringsperioden på 14 dager på landets DPS-er i september 2004. I spørreskjemaet som ble sendt til behandlerne på DPS-ene, ble disse spurt om pasienten var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold da behandlingen startet og om pasienten var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i registreringsperioden (begrepene er forklart over).

Behandlerne oppga at 600 pasienter var under tvungent psykisk helsevern ved behandlingens start, og at 410 var underlagt tvunget psykisk vern under registreringsperioden. Dette utgjør henholdsvis 2,9 og to prosent av alle pasientene som mottok poliklinisk behandling i registreringsperioden. Dette betyr antagelig at en del av de 600 pasientene som var underlagt tvungent psykisk helsevern ved behandlingens begynnelse etter hvert har blitt overført til frivillig psykisk helsevern. Det tvungne helsevernet uten døgnopphold må begrunnes ovenfor kontrollkommisjon hver tredje måned, på lik linje med tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Hvis behovet for det tvungne psykiske helsevernet faller bort, eller vernet ikke fører frem, vil det bli opphevet etter en periode.



Hvis det ikke er opplyst om annet kommer vi til å bruke de 600 pasientene som var underlagt tvungent psykisk helsevern ved behandlingens start som grunnlag for analysene. Dette for å få størst mulig populasjon og mest mulig informasjon om hvilke pasienter det er som blir underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

#### Juridiske kriterier for opprettelse av det tvungne psykiske helsevernet

I tillegg til det såkalte hovedkriteriet om at pasienten må være alvorlig sinnslidende for at det skal være anledning å bruke tvungent psykisk helsevern, må ett eller begge av to tilleggskriterier være oppfylt. De to tilleggskriteriene er det såkalte "behandlingskriteriet" og "farekriteriet". For 87 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, var det tvungne helsevernet begrunnet med "behandlingskriteriet". For 33 prosent av pasientene var det tvungne helsevernet begrunnet med "farekriteriet". Noen av pasientene hadde begge kriteriene som begrunnelse for helsevernet.

#### Hvor ble pasientene henvist fra?

Blant pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern ved behandlingsstart, var 74 prosent henvist fra psykiatriske døgnavdelinger. Ytterligere to prosent var henvist fra politi, fengsel eller rettsvesen forøvrig. Seksti prosent hadde vært innlagt ved døgnavdeling i løpet av det siste året. Samlet sett var nær 90 prosent enten henvist fra døgnavdeling, eller de hadde vært innlagt ved døgnavdeling i løpet av det siste året. Ikke alle som har blitt henvist fra døgnavdeling trenger imidlertid å ha vært innlagt, ettersom de kan ha blitt henvist videre til poliklinikken. Denne andelen vil likevel være lav. Andel av pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold som ikke har en forutgående innleggelse i døgninstitusjon kan dermed anslås til 10-15 prosent, og endringene i lovverket synes dermed også å ha endret klinisk praksis noe. Hvorvidt dette er en generell trend eller er geografisk skjevfordelt kan vi imidlertid ikke si noe om. Her trengs det flere analyser og oppfølging av hvordan det nye lovverket har endret praksis.

#### Pasientenes kjønn og alder

Av pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var 55 prosent menn og 45 prosent kvinner. I populasjonen av frivillige polikliniske pasienter var kjønnsfordelingen 62 prosent kvinner og 38 prosent menn.

Aldersmessig var pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold gjennomgående eldre enn de frivillige pasientene. De fleste pasientene (57 prosent) som var underlagt tvungent psykisk vern uten døgnopphold var mellom 30 og 50 år gamle. Bare 17 prosent av pasientene på tvang uten døgn var under 30 år.

Pasientene som ble underlagt tvungent helsevern uten døgnopphold var i hovedsak pasienter med schizofreni og paranoide lidelser. Disse diagnosegruppene utgjorde til sammen 81 prosent av pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Pasienter med tilsvarende diagnoser utgjorde bare 13 prosent av de frivillige pasientene. Det kan derfor se ut som at med muligheten for tvungent helsevern får man gitt behandling/oppfølging til en gruppe pasienter som i liten grad benytter seg av polikliniske helsetjenester på frivillig basis.

#### Sosiodemografiske opplysninger

Pasientene som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var gjennomgående svakere stilt når det gjelder noen utvalgte sosioøkonomiske faktorer enn pasientene under frivillig psykisk vern. Hele 71 prosent var ugifte og 74 prosent bor alene mot fire og 35 prosent av de frivillige pasientene. Også økonomisk var pasientene under tvungent helsevern svakere stilt enn de frivillige. Majoriteten av disse pasientene (72 prosent) var uføretrygdet mot 20 prosent av de frivillige. Til sammen lever 96 prosent av pasientene som behandles

under tvungent helsevern uten døgn av en trygdeordning mot 71 prosent av de frivillige pasientene. At så mange som to tredjedel av de frivillige pasientene også lever av en type trygdeordning er overraskende høyt, og antyder at pasientene som er til behandling på poliklinikkene generelt er svakt stilt både når det gjelder psykisk helse og økonomi. Pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold har også gjennomgående lavere utdanning enn de frivillige pasientene.

Oppsummert er den typiske pasient som var underlagt tvungent psykisk vern uten døgn en mann mellom 30 og 50 år med schizofrenidiagnose som bor alene og er uføretrygdet.

#### 4.2 Sammenligning av pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, med pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

Vi har opplysninger om til sammen 600 pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og 1051 pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

Det var tre prosentpoeng flere kvinner blant de tvangsinnlagte enn pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Aldersfordeling har en litt annen profil for de innlagte pasientene under tvang enn pasientene under tvang på poliklinikkene. Mens 47 prosent av de innlagte på tvang var mellom 30 og 50 år gamle, var 57 prosent av pasientene under tvang utenfor institusjon i samme aldersgruppen. Pasientene som behandles under tvungent helsevern på poliklinikkene ser altså ut til å være noe eldre enn de tvangsinnlagte pasientene. Det var særlig de yngste fra 18 til 29 år, som i større grad behandles med tvang i døgninstitusjon.

Den store forskjellen når det gjelder hvilken diagnose de respektive pasientgruppene har, er at andelen pasienter med schizofreniddiagnoser var høyere hos pasientene under tvungent psykisk vern uten døgn enn med døgn. Utenfor institusjon var andelen pasienter under tvang med schizofrenidiagnoser 81 prosent, blant de tvangsinnlagte var den 68 prosent.

Når det gjelder sosiodemografiske faktorer var pasientene under tvang i døgninstitusjon gjennomgående en svakere gruppe enn pasientene under tvang utenfor døgninstitusjon. En svært betenkelig forskjell er at mens det blant pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold oppgis at bare en prosent av pasientene var bostedsløse, var det tilsvarende tallet for de tvangsinnlagte pasientene 27 prosent. Tar man med pasientene hvor det oppgis at de kun har tilbud i spesialisthelsetjenesten som permanent bolig var andelen bostedsløse blant de tvangsinnlagte oppe i 43 prosent. Det kan på bakgrunn av dette argumenteres for at et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten brukes som en løsning på bostedsløshet og at mange kunne flyttet ut hvis de hadde fått et tilrettelagt botilbud i kommunen. Til sammen 1806 personer var tvangsinnlagt i døgninstitusjoner, hvor det ble oppgitt at de ikke hadde egen bolig.

## 4.2.1 Tabeller

## Kjønn

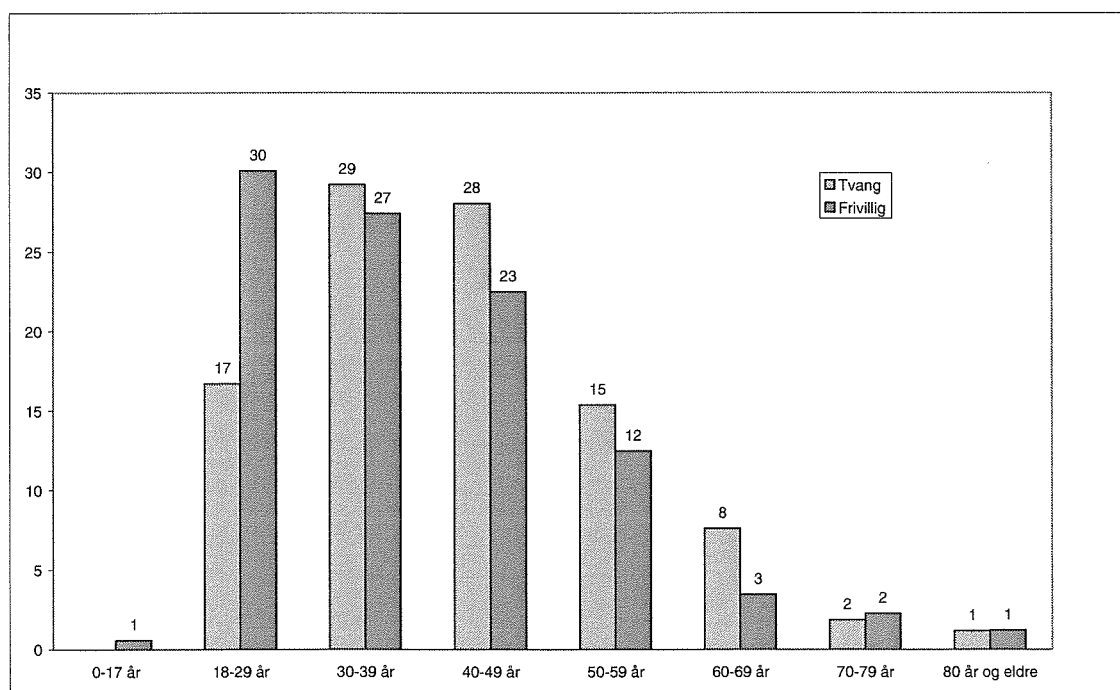
Antall og kjønnsfordeling på pasientene ved behandlingsstart, under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og under frivillig behandling. I den siste kolonnen er alle pasientene som var til behandling på poliklinikkene i registreringsperioden.

Tabell 4.1 Kjønnfordeling av pasientene i utvalget. I antall og prosent.

		Tvang uten døgn	Frivillige	Poliklinikk totalt
Menn	Antall	325	7724	8 049
	Prosent	55	38	39
Kvinner	Antall	269	12 456	12 725
	Prosent	45	62	61
	<b>Gyldig N</b>	<b>594</b>	<b>20 180</b>	<b>20 774</b>
	Missing - N	6	89	753
Hele populasjonen	<b>Totalt N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>

## Alder

De blå søylene viser spredningen i aldersgrupper for pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. De rosa søylene viser spredningen i alder for pasientene som var under frivillig poliklinisk behandling. 600 pasienter var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingstart av de til sammen 21 527 pasientene som var til poliklinisk behandling i registreringsperioden.



Figur 4.1 Alderfordeling på pasienter i poliklinisk behandling underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgn (blå søyler) og under frivillig psykisk helsevern (rosa søyler) i prosent. Gyldig N=20 787, Missing - N=740. Diagnose.

Behandlerne ble bedt om å angi hoveddiagnose basert på diagnoseklassifiseringssystemet ICD-10. De fulle betegnelser for hovedkategoriene i ICD-10 under hovedkapittel F er:

F00-F09	Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser
F10-F19	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
F20-F29	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser
F30-F39	Affektive lidelser (stemningslidelser)
F40-F48	Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser
F50-F59	Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
F60-F69	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne
F70-F79	Psykisk utviklingshemming
F80-F89	Utviklingsforstyrrelser
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder
F99	Uspesifisert psykisk lidelse

Benevnelsene som anvendes i tekst og tabeller i dette kapitlet refererer seg til disse hoveddiagnosegruppene, selv om benevnelsene er forkortet noe. De fire siste kategoriene (F70-F99) er i dette kapitlet slått sammen til en kategori med betegnelsen "andre diagnoser".

Tabell 4.2 Fordeling av diagnosegrupper hos pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig vern. I prosent.

	Tvungent vern	Frivillige	Poliklinikk totalt
Organiske lidelser	1	2	2
Rusvansker	2	7	7
Schizofreni og paranoide lidelser	81	13	15
Stemnings og affektive lidelser	11	34	34
Nevrotiske lidelser	1	26	25
Atferdsyndromer knyttet til fys. faktorer	0	3	3
Personlighetsforstyrrelser	2	12	11
Andre lidelser	1	4	4
Totalt prosent	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>540</b>	<b>17 225</b>	<b>17 765</b>
Missing - N	60	3 044	3 762
<b>Total N:</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>

## Sosiodemografiske opplysninger

## Sivilstatus

Tabell 4.3 Sivilstatus til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent.

	Tvungent vern	Frivillig vern	Poliklinikk totalt	Befolkningen
Ugift	71	41	42	31
Samboende/ gift	10	41	40	50
Enke/ enkemann	3	3	3	8
Separert/ skilt	17	15	15	11
Registrert partnerskap	0	0	0	0
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>595</b>	<b>20 189</b>	<b>20 784</b>	
Missing - N	5	80	743	
<b>Total N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>	

## Bosituasjon

Tabell 4.4 Bosituasjon til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent.

	Tvungent vern	Frivillig vern	Poliklinikk totalt
Alene	74	35	36
Alene med barn	2	10	9
Med ektefelle/ samboer	7	19	19
Med ektefelle/ samboer og barn	2	21	21
Med andre voksne	12	12	12
Uten fast bopel	1	1	1
Annet	0	0	0
Ukjent	3	2	2
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>594</b>	<b>20 158</b>	<b>20 752</b>
Missing - N	6	111	775
<b>Total N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>

## Hovedinntektskilde

Tabell 4.5 Hovedinntektskilde til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig helsevern. I prosent.

	Tvungent vern	Frivillig vern	Poliklinikk totalt
Lønnet arbeid	3	20	20
Forsørget	0	3	3
Arbeidsledighetsstrygd	0	1	1
Syke-/rehab. penger	14	32	32
Attføringspenger	3	9	8
Alderspensjon	4	4	4
Uførepensjon	72	20	21
Sosialstønad	4	5	5
Annet	1	5	5
Ukjent	0	1	1
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>594</b>	<b>20 141</b>	<b>20 735</b>
Missing - N	6	128	792
<b>Total N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>

## Utdanning

Tabell 4.6 Utdanning til pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig psykisk helsevern. I prosent.

	Tvungent vern	Frivillig vern	Poliklinikk totalt	Befolkningen
Eksamen fra universitet eller høyskole	14	20	20	24
Videregående skole	41	46	46	56
Grunnskole	40	32	32	20
Ikke fullført skole	4	2	2	(*)
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>582</b>	<b>19 850</b>	<b>20 432</b>	
Missing - N	18	419	1 095	
<b>Total N</b>	<b>600</b>	<b>20 269</b>	<b>21 527</b>	

\*) ikke angitt

### 4.3 Er det geografisk variasjon i bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

Vi vil i dette avsnittet undersøke om omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var jevnt fordelt mellom de ulike poliklinikkene/helseforetakene, eller om dette var en tvangsform som benyttes ulikt rundt i landet. Dette vil i tilfelle kunne tolkes som en indikasjon på i hvilken grad lovverket praktiseres ulikt. Vurderinger av omfang må sees i forhold til størrelsen på befolkningen i området. Registreringen ved poliklinikkene inneholder imidlertid ikke informasjon om pasientenes bosted. Vi har derimot informasjon om ved hvilken poliklinikk pasientene ble behandlet. I det store flertallet av tilfellene vil pasientene bli behandlet ved en poliklinikk i det helseforetaksområdet han/hun er bosatt. Vi gjør derfor neppe noen stor feil når vi beregner befolkningsbaserte rater ut fra poliklinikkens plassering snarere enn pasientens bosted.

Figur 4.2 viser antall innbyggere under tvungent psykisk helsevern uten døgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, henholdsvis ved behandlingsstart og på registreringstidspunkt, fordelt etter helseforetaksområde<sup>1</sup>. Behandlerne som har fylt ut spørreskjemaet ble spurt om pasienten var underlagt tvungent psykisk vern uten døgn da behandlingen startet og om pasienten var underlagt tvungent psykisk vern uten døgn i registreringsperioden. I figuren er foretaksområdene sortert etter stigende tvangsrate ved behandlingsstart. Som det framgår av figuren var det betydelige variasjoner mellom foretaksområdene, fra ingen bruk av tvungent vern i Finnmark, til rater på om lag det dobbelte av landsgjennomsnittet i Ullevål/Aker og i Telemark foretaksområder.

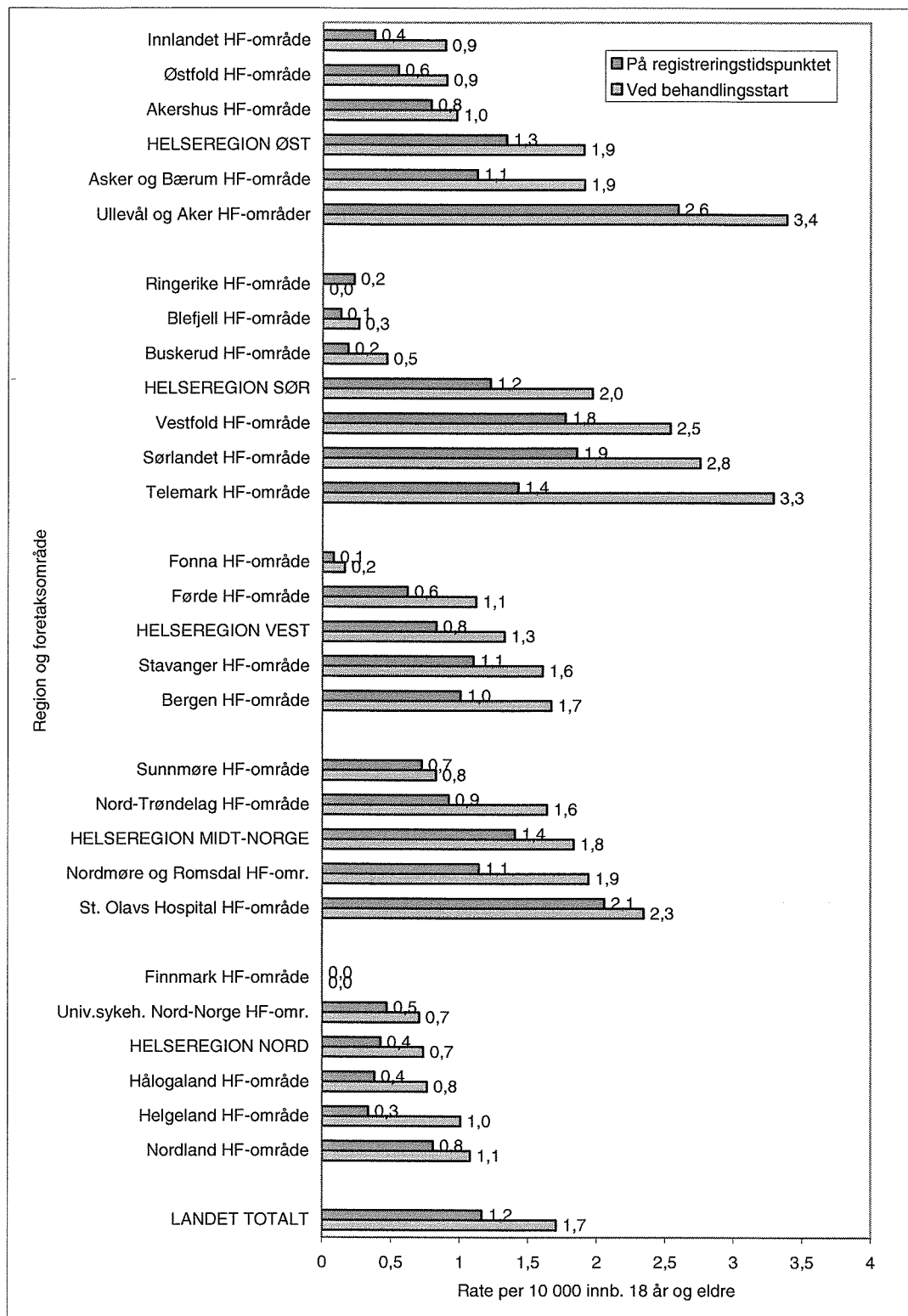
Figur 4.3 viser hvor mange av pasientene som var under tvungent psykisk vern uten døgnopphold totalt av alle pasientene ved det enkelte HF<sup>2</sup>. Her er det også stor variasjon i hvor hyppig tvungent psykisk vern benyttes. Andelen pasienter under tvang da behandlingene startet, varierer fra ingen i Finnmark til seks prosent ved Sørlandet HF. At det gjennomgående var flere pasienter som var under tvungent psykisk vern da behandlingene startet enn i registreringsperioden skyldes sannsynligvis at en del pasienter skrives ut fra institusjon til tvungent psykisk vern ute, men at dette vernet opphøres etter en viss tid. Lovverket er slik at behandlerne må begrunne videreføring av det tvungne psykiske vernet hver tredje måned. Som ved all begrunnelse for å bruke tvungent psykisk vern skal det også utenfor institusjon være det meste hensiktsmessige alternativet ut i fra en helhetsvurdering av pasientens situasjon. Denne helhetsvurderingen skal som tidligere nevnt foretaes hver tredje måned av ansvarlig behandler for det tvungne psykiske vernet.

Det var også variasjon mellom Helseregionene i hvor mange pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Variasjonen var fra Helseregion Nord hvor det var 0,4 person per 10 000 innbygger som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold til Helseregion Øst som hadde 1,3 personer per 10 000 innbygger under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (landsgjennomsnittet var 1,2 person per 10 000 innbygere).

1 Ved behandlingens start var det 600 personer per 10 000 innbygger per HF- og RHF- område som var underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Av disse har vi opplysning om behandlingssted (HF) for 589 personer. Dette utgjør 1,7 personer per 10 000 innbyggere på landsbasis. I registreringsperioden var 410 personer per 10 000 innbygger per HF- og RHF- område underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Av disse har vi opplysning om behandlingssted (HF) for 399 personer. Dette utgjør 1,2 personer per 10 000 innbyggere på landsbasis.

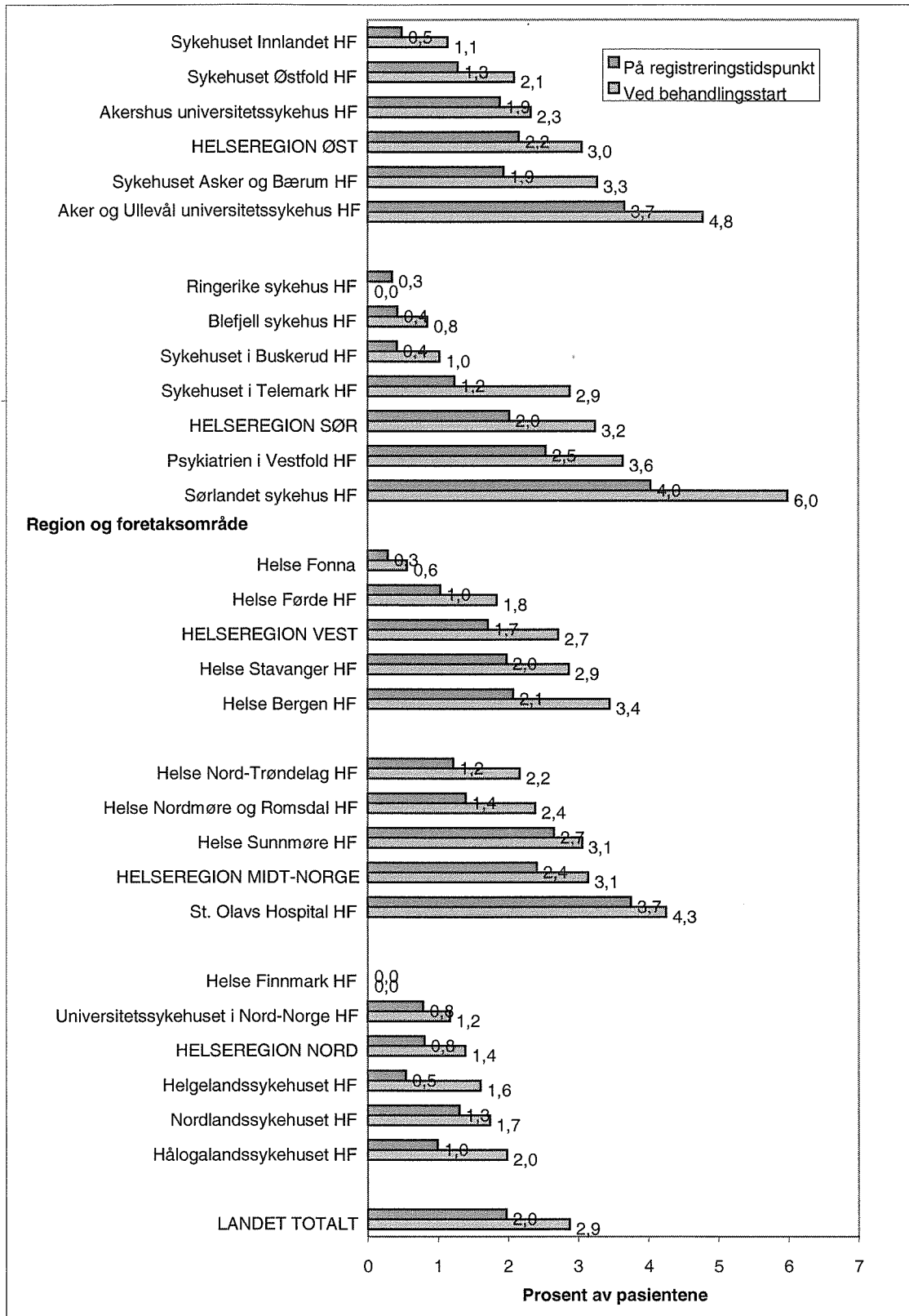
2 Ved behandlingens start har vi opplysning om formalitet for 20 869 pasienter. Vi mangler kjennskap til formalitet for 658 pasienter, og vi mangler kjennskap til behandlingssted for 502 personer. For hele landet var 2,9 prosent av alle de poliklinisk behandlede pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingens start. I registreringsperioden har vi opplysning om formalitet for 20 828 pasienter. Vi mangler kjennskap til formalitet for 699 pasienter, og vi mangler kjennskap til behandlingssted for 502 personer. For hele landet var 2,0 prosent av alle de poliklinisk behandlede pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i registreringsperioden.

## 4.3.1 Figurer



Figur 4.2 Polikliniske pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgn, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunkt (september 2004) etter HF område og RHF område. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.





Figur 4.3 Poliklinisk behandlede pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold, ved behandlingsstart og ved registreringstidspunktet (september 2004) per HF og RHF. Prosent av polikliniske pasienter totalt.

#### 4.4 Hva slags behandling får pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

En begrunnelse for å benytte tvungent psykisk helsevern uten døgn kan være å sikre at pasienten får en tettere oppfølging og et bredere behandlingstilbud. Ettersom det hele tiden skal være mer hensiktsmessig å behandle pasienten under tvang enn frivillig, kan det argumenteres for at det bør være høyere krav til hvilket tilbud disse pasientene tilbys. Pasientgrunnlaget som er brukt er de 600 pasientene som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold da behandlingen startet og de 20 269 frivillig behandlede pasientene på poliklinikkene. Det er også viktig å huske at dette er hva behandlerne mener hadde vært ideelt behandlingstilbud og sier ikke noe om hva pasientene hadde ønsket selv.

Registreringsskjemaet inneholdt spørsmål om seks ulike typer behandlingsformer som brukes innen psykisk helsevern. Det ble spurt om følgende behandlingsformer:

- Behandling med medisiner
- Samtaler med behandler
- Gruppebehandling
- Samtaler der pasientens nærmeste deltar
- Treningsopplegg
- Behandling for rusproblemer
- Annet

Behandlerne skulle krysse av hvorvidt pasienten faktisk mottok disse oppførte behandlingsformene samt om det var ønskelig at pasienten skulle få denne formen for behandling<sup>3</sup>.

Behandlingstilbudet til pasientene på tvungent psykisk vern uten døgn

Behandlingstilbudet til pasientene på tvungent psykisk vern uten døgnopphold består i hovedsak av medisiner og samtaler. Så godt som samtlige av pasientene mottok medisiner (94 prosent) og samtaler (91 prosent). En fjerdedel mottok i tillegg familiesamtaler. For 15 og åtte prosent av pasientene, inngikk også praktisk trening og gruppebehandling som en del av behandlingen.

Hvordan skiller dette seg fra pasientene som mottar frivillig behandling?

Behandlingstilbudet til begge pasientgrupper består i all hovedsak av samtaler og medisiner. Pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold mottar oftere medisiner som behandling enn de frivillige pasientene (94 mot 62 prosent). De frivillige pasientene mottar imidlertid mer gruppebehandling, mens pasientene under tvungent psykisk helsevern uten døgn mottar oftere familiesamtaler og praktisk trening. Praktisk trening kan i dette tilfellet dreie som for eksempel om botrening og trening i praktiske ferdigheter. Det er særlig pasienter med langvarige og sammensatte vansker som kan ha behov for slik opplæring og trening. I begge gruppene mottar nesten alle pasientene (90 prosent) samtalebehandling. Pasientene på tvang mottar gjennomgående et bredere behandlingstilbud bestående av flere

---

<sup>3</sup> Avkrysning kun ved "faktisk" ble tolket som om pasienten hadde behov for og mottok denne formen for behandlingsform. Kryss kun ved "ønskelig" ble tolket som om pasienten hadde behov for og ikke fikk denne behandlingen, uansett om det var krysset av eller ikke under "faktisk". Ingen avkrysning kan tolkes som om ingen av disse behandlingsformene var aktuelle for pasienten, men dette er en usikker tolkning og disse ble derfor fjernet fra analysen.

elementer enn de frivillige. Dette er også i tråd med forventningene, ettersom det er sannsynlig at dette dreier seg om de pasientene med størst og mest sammensatte vansker.

Hvor stor var differansen mellom faktisk og ønskelig behandlingstilbud?

Alt i alt var det ikke så veldig stor differanse mellom hva pasientene mottar av behandling og hva behandlerne mener hadde vært ønskelig at de mottok. For så mange som 13 000 av pasientene har heller ikke behandlerne svart på hva som hadde vært ønskelig behandlingstilbud. Dette kan tolkes som om de fleste pasientene stort sett mottar det behandlingstilbudet som behandlerne vurderer var det optimale. En annen hypotese er at det ønskede behandlingstilbudet ikke finnes, og at behandlerne derfor ikke har det med i vurderingen. At det er ønsket for 97 prosent av pasientene på tvang at de skal bruke medisiner, viser til at en hovedårsak for å velge tvungent psykisk helsevern er å sikre at pasienten bruker medisiner.

Differansen mellom reelt og ønsket behandlingstilbud var imidlertid større for pasienter på tvungent vern uten døgn enn for de frivillige. Det var spesielt mer familiesamtaler, praktisk trening og rusbehandling som ønskes for disse pasientene. Det ser imidlertid ut som om DPS-enes behandlingstilbud i all hovedsak består av samtaler og medisiner, og så langt kan en derfor ikke si at DPS-utbyggingen er i stand til å imøtekomme denne pasientgruppens behandlingstilbud i tilstrekkelig grad.

#### 4.4.1 Tabell

Tabell 4.7 Behandlingstilbud til pasienter i poliklinisk behandling, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og frivillig. Hva de mottar av behandlingstilbud og hva som hadde vært ønskelig at de hadde mottatt av behandlingstilbud. I prosent.

	Frivillig psykisk vern			Tvungent vern uten døgn		
	Faktisk	Ønskelig	Differanse	Faktisk	Ønskelig	Differanse
Medisiner	62	68	-6	94	97	-3
Samtale	90	91	-1	91	93	-2
Gruppe	17	25	-8	8	15	-7
Familiesamtale	14	20	-6	24	34	-10
Praktisk trening	8	14	-6	15	24	-9
Rusbehandling	7	10	-3	6	15	-8
Annet	8	11	-3	13	17	-3
<b>Gyldig N</b>	<b>19 870-</b>			<b>589</b>		
	<b>19 883</b>					
Missing - N	399-386			11		
<b>Total N</b>	<b>20 269</b>			<b>600</b>		

Total poliklinikk: Gyldig N=20 459-20 472, Missing - N=1248 - 1261, Total N=21 527.

#### 4.5 Hva slags bosituasjon har pasientene underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?

Behandlerne ble bedt om å oppgi hvilket bo- eller døgntilbud som pasientene faktisk hadde og hvilket tilbud som ble vurdert som ønskelig. Forskjell mellom faktisk botilbud og ønskelig botilbud, antyder at pasienten er vurdert til å trenge et annet tilbud enn det vedkommende faktisk har på registreringstidspunktet. Samlet sett kan dette gi en indikasjon på hvilke botilbud som bør bygges i kommunene for å imøtekomme disse pasientene sine behov. Det kan være flere årsaker til at en pasient blir vurdert til å ikke ha en ideell bosituasjon. Det er ikke sikkert at det ideelle botilbudet er tilgjengelig i denne kommunen, men det kan også være at pasientens og behandlerens vurdering av hva som hadde vært det ideelle botilbudet ikke var sammenfallende.

Mange av pasientene under tvungent psykisk vern kan kanskje ikke klare seg helt alene i en egen bolig. Det er spesielt mangelen på bolig med tilsyn enten på dag eller døgn som er fremsatt som noe som mangler i kommunene, for at en del pasienter skal kunne klare seg utenfor døgninstitusjon. Dette er pasienter som har langvarige og sammensatte vansker. Skillet mellom hva som er behandling, omsorg, hjelp og støtte til denne gruppen pasienter kan være diffus og vanskelig å definere. Noen av disse pasientene kan ha relativt varige hjelpebehov. Ettersom hvor mye hjelp en person får i boligen sin kan være avgjørende for hvor godt vedkommende klarer seg utenfor døgninstitusjon har vi spurt om hvilken type bolig pasientene har, hvilken type bolig behandlerne mener hadde vært bedre og beregnet differansen mellom reelt og ønskelig botilbud. Vi har også gjort en egen analyse over hvilken type bolig som vurderes som mer egnet for de pasientene hvor det var sprik mellom reelt og ideelt botilbud.

Hva slags botilbud har pasientene under tvungent psykisk vern uten døgn?

Om lag tre fjerdedeler av pasientene under tvungent psykisk vern uten døgn bor i egen bolig. De øvrige pasientene bor i ulike typer botilbud med tilsyn enten på dag eller døgn. Tre prosent bor i tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette dreier seg sannsynligvis om boliger som ligger under DPS.

Hva hadde vært et bedre botilbud i følge behandlerne?

Behandlerne i poliklinikkene mener at ca. en tredjedel av pasientene på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ikke har et adekvat botilbud. Det er særlig mer oppfølging i egen bolig som behandlerne mener mangler, enten med tilsyn om dagen eller hele døgnet. Det er særlig ulike typer botilbud med tilsyn på dag og døgn som fortsatt savnes for pasientene under tvungent psykisk helsevern, både i poliklinisk- og døgnbehandling. Beregninger viser at av de 600 pasientene som var under tvungent psykisk vern uten døgn mente behandlerne at 135 ikke hadde adekvat botilbud, mens 94 personer som bodde i egen bolig burde hatt tilsyn på et høyere nivå. Det er viktig å huske at dette er pasienter under tvungent psykisk helsevern, og at det ofte kan dreie seg om pasienter som ikke selv ønsker hjelp eller behandling selv om behandlerne mener at de burde hatt det. Analyse på individnivå viser at behandlerne mener at 15 prosentpoeng for mange pasienter bodde i egen bolig, 12 prosentpoeng av pasientene burde hatt mer tilsyn og at fem prosentpoeng flere av pasientene under tvungent psykisk vern burde hatt bolig med døgnbemanning.

Hvordan var deres botilbud sammenlignet med de frivillige pasientene?

Analysen på individnivå viser at 23 prosent av pasientene under tvang har avvik mellom reelt og ideelt botilbud sammenlignet med syv prosent av de frivillige pasientene. Det vil si at det er større sprik mellom hva som er faktisk og hva som er ønskelig hos pasientene under tvungent psykisk helsevern. Om lag en tredjedel av pasientene under tvungent vern

blir faktisk vurdert av behandlerne til å ikke ha en ideell bosituasjon, mot syv prosent av de frivillige pasientene.

#### 4.5.1 Tabeller

Tabell 4.8 Hva slags bolig hadde pasientene på frivillig og tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold ved behandlingstart, og hva slags bolig mener behandlerne hadde vært ideelt. I prosent.

Type bolig	Frivillige			Tvungen vern uten døgn		
	Faktisk	Ideelt	Differanse	Faktisk	Ideelt	Differanse
Egen bolig uten tilsyn	89	88	1	73	57	15
Egen bolig med tilsyn	3	5	-2	12	24	-12
Bolig med døgnbemanning	2	2	-1	7	13	-5
Døgntilbud i spes.helsetj.	1	1	0	3	4	0
Annet	6	3	3	5	3	2
Total	100	100		100	100	
<b>Gyldig N</b>	<b>19 506</b>			<b>587</b>		
Missing - N	763			13		
<b>Total N</b>	<b>20 269</b>			<b>600</b>		

Total poliklinikk: Gyldig N=20 093, Missing - N= 1434, Total N= 21 527

Tabell 4.9 Hva slags type bolig vurderer behandlerne hadde vært ideelt for de pasientene de mener ikke har en ideell bosituasjon. Antall pasienter.

Type botilbud	Egen bolig uten tilsyn	Egen bolig m tilsyn	Bolig m døgntilsyn	Spesialist-helsetj.	Annet	Totalt
Egen bolig uten tilsyn	0	65	23	5	1	94
Egen bolig med tilsyn	1	0	7	1	1	10
Bolig med døgnbemanning	1	2	0	2	0	5
Døgntilbud i spes.helsetj.	0	4	6	0	0	10
Annet	6	9	1	0	0	16
Total	8	80	37	8	2	135

Det er de 135 pasientene på tvang hvor det er avvik mellom reelt og ønskelig botilbud. I kolonnen til venstre er det botilbud de hadde ved registreringspunktet, og bortover mot høyre er hva slags botilbud behandlerne mener hadde vært mer egnet. Den største gruppen er de 94 pasientene som bor i egen bolig, og som behandlerne mener trenger et høyere omsorgstilbud. Av disse blir 65 personer vurdert til å trenge bolig med tilsyn på dagen, og 23 personer blir vurdert til å ha behov for bolig med døgnbemanning.

## 4.6 Omfang/mengde av behandling til pasientene under tvungent psykisk vern uten døgnopphold

Ettersom tvangsvedtaket for de fleste pasientene (87 prosent) var begrunnet med behandlingskriteriet burde det være skjerpede krav til kvalitet og omfang på behandlingen som gies til pasientene under tvungent psykisk vern.

For å få en oversikt over omfanget av behandling som de polikliniske pasientene mottar, ble behandlerne spurt om å oppgi hvor lenge den aktuelle behandlingsfrekvensen hadde var, og hvor mange konsultasjoner/ samtaler pasienten hadde mottatt i registreringsperioden. Behandlerne ble også spurt om hvor mange timer behandling pasienten hadde mottatt i registreringsperioden. Spørsmålene som ligger i vedlegget etterspurte altså både hvor mange samtaler pasienten hadde mottatt i registreringsperioden og hvor mange timer behandling pasienten hadde mottatt i samme periode.

Lengden på aktuell behandlingsfrekvens var lengre for pasientene under tvungent vern uten døgn enn for de frivillige. For de under tvungent vern uten døgn hadde aktuell behandlingsfrekvens vart i to år, mens den for de frivillige pasientene hadde vart i 13 mnd. Noen få pasienter trekker imidlertid snittet veldig opp. Hvis man heller regner ut medianen får vi 16 måneder for pasientene på tvungent vern uten døgn, og syv måneder for de frivillige.

Det var ellers liten forskjell på omfanget på behandlingen til de frivillige pasientene og de under tvungent psykisk vern uten døgnopphold målt i antall konsultasjoner i registreringsperioden. Begge gruppene hadde mottatt gjennomsnittlig 3,3 og 3,4 konsultasjoner i registreringsperioden på to uker. De frivillige pasientene hadde imidlertid mottatt 2,7 timer behandling i denne perioden, mens de på tvungent vern uten døgn hadde mottatt gjennomsnittlig 2,3 timer behandling. Det vil si at begge gruppene mottok 1-2 konsultasjoner i uken, men at konsultasjonene var lengre for de frivillige pasienten.

### 4.6.1 Tabell

Behandlerne ble også bedt om å svare på hvor lenge den aktuelle behandlingen hadde vart, hvor mange samtaler/ konsultasjoner pasientene hadde i registreringsperioden og hvor mange timer behandling pasientene mottok i registreringsperioden. Det er beregnet både gjennomsnitt og middelerdi, det siste fordi noen få pasienter trekker gjennomsnittet veldig opp. Her blir de 600 pasientene som var underlagt tvungent psykisk helsevern ved behandlingens start sammenlignet med de 21 120 frivillig behandlede pasientene.

Tabell 4.10 Varighet på aktuell behandlingssekvens, antall timer og konsultasjoner i registreringsperioden. Pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold sammenlignet med frivillige pasienter i poliklinikk.

Gjennomsnittlig:	Frivillige	Tvungent vern
Aktuell behandlingssekvens varighet til nå (antall mnd) Gjennomsnittstid:	13 mnd	24 mnd
Aktuell behandlingssekvens varighet til nå (antall mnd) Middelerdi (Median)	7 mnd	16 mnd
Antall konsultasjoner/oppmøter i registreringsperioden	3,4 ganger	3,3 ganger
Hvor mange timer behandling mottar pasienten i løpet av registreringsperioden?	2,7 timer	2,3 timer

## 5 Behandling med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon

I Psykisk helsevernloven av 2001 § 4-4 gis det anledning til å undersøke og behandle pasienter uten samtykke.

### **§ 4-4 i Psykisk Helsevernloven av 2001 - Behandling uten samtykke**

Pasient under tvungent psykisk helsevern som beskrevet i § 3-1, kan uten samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

Undersøkelse og behandling uten samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om et kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten samtykke.

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår forverring av sykdommen.

Det faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke. Vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke skal nedtegnes uten opphold. Vedtak etter paragrafen her kan påklages til fylkeslegen av pasienten og hans eller hennes nærmeste.

Med bakgrunn i data fra poliklinikkregistreringen kan vi si hvor mange personer som ble behandlet med legemidler uten samtykke enten ved behandlingens start eller ved registreringstidspunktet.

### 5.1 Hvilke pasienter behandles med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon?

Behandlerne har svart at 443 pasienter hadde blitt behandlet med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon enten ved behandlingens start eller ved registreringstidspunktet. Se kapittel 4 for definisjon av de ulike tidspunktene.

### Kjønn, alder og diagnose

Litt over halvparten av pasientene som har blitt behandlet med legemidler uten samtykke utenfor døgninstitusjon var menn. Pasientene som har blitt tvangsmedisinert var gjennomgående eldre enn aldersspredningen i poliklinikkpopulasjonen totalt. Nesten to tredjedeler av pasientene som har blitt tvangsmedisinert var over 40 år gamle. Mens andelen pasienter med schizofrenidiagnose underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold totalt var 61 prosent, var andel med pasienter med schizofrenidiagnose som har blitt tvangsmedisinert 85 prosent. Med andre ord var det i hovedsak pasienter med schizofrenidiagnose som ble behandlet med legemidler uten samtykke.

### Sosiodemografiske opplysninger

Som for pasienter under tvungent psykisk vern generelt, bodde over 70 prosent alene og var ugift. Opp imot 98 prosent levde av en type trygdeordning, bare to prosent hadde lønnet arbeid. Tilsvarende tall for pasientene som ikke var blitt tvangsmedisinert, var at 36 prosent levde alene og 20 prosent hadde lønnet arbeid. Utdannelsesnivået var litt lavere hos pasientene som var blitt tvangsmedisinert enn blant pasientene som ikke var blitt tvangsmedisinert utenfor døgninstitusjon. Sammenlignet med hele befolkningen var pasientene som var blitt utsatt for tvangsmedisinering oftere single, trygdede og har lavere utdanning.

#### 5.1.1 Tabeller

Pasientgrunnlaget som er analysert her er hele tiden de 443 pasientene som har blitt eller ble tvangsmedisinert og som har vært underlagt tvungent psykiske vern uten døgnopphold.

Tabell 5.1 Kjønnfordeling på pasientene som var blitt tvangsmedisinert utenfor institusjon. I prosent.

Kjønn	Ikke tvangsmedisinert	Tvangsmedisinert	Poliklinikk totalt
Menn	39	54	39
Kvinner	62	46	61
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 821</b>	<b>439</b>	<b>21 260</b>
Missing - N	263	4	267
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>



## Alder

Tabell 5.2 Aldersfordeling på pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent.

Alder	Ikke tvangsmedisinert	Tvangsmedisinert	Poliklinikk totalt	Befolkningen
0-17 år	1	0	1	
18-29 år	30	18	30	17
30-39 år	28	26	27	21
40-49 år	23	31	23	19
50-59 år	13	16	13	18
60-69 år	4	7	4	11
70-79 år	2	3	2	9
80 år og eldre	1	1	1	6
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 821</b>	<b>439</b>	<b>21 260</b>	
Missing - N	263	4	267	
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>	

## Diagnose

Tabell 5.3 Fordeling av diagnoser hos pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk og de som ikke er blitt det. I prosent. Diagnosegruppene er nærmere beskrevet i kapittel 4.

ICD 10 hoveddiagnose	Ikke tvangsmedisinert	Tvangsmedisinert	Poliklinikk totalt
Organiske	2	1	2
Rus	7	3	7
Schizofrenier og paranoide lidelser	14	83	16
Stemnings-/affektive lidelser	34	11	34
Nevrotiske lidelser	26	1	25
Adferdssyndromer	3	0	3
Personlighetsforstyrrelser	12	2	11
Andre lidelser	4	1	3
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>17 696</b>	<b>411</b>	<b>18 107</b>
Missing - N	3 388	32	3 420
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>

## Sosiodemografiske opplysninger

## Sivilstatus

Tabell 5.4 Sivilstatus til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent.

Sivilstatus	Ikke tvangsmedisinert	Tvangsmedisinert	Poliklinikk totalt	Befolkningen
Ugift	42	71	42	31
Gift/ Samboende	41	12	40	50
Enke/enkemann	3	3	3	8
Separert/skilt	15	15	15	11
Registrert partnerskap	0	0	0	0
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 807</b>	<b>440</b>	<b>21 247</b>	<b>21 247</b>
Missing - N	277	3	280	280
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>	<b>21 527</b>

## Bosituasjon

Tabell 5.5 Bosituasjon til pasienter som er blitt tvangsmedisinert poliklinisk sammenlignet med polikliniske pasienter som ikke er blitt tvangsmedisinert. I prosent.

Bosituasjon	Ikke tvangsmedisinert	Tvangsmedisinert	Poliklinikk totalt
Alene	36	71	36
Alene med barn	9	1	9
Med ektefelle/samboer	19	6	19
Med ektefelle/samboer og barn	21	4	21
Med andre voksne	12	12	12
Uten fast bopel	1	2	1
Ukjent	2	4	2
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 778</b>	<b>440</b>	<b>21 218</b>
Missing - N	306	3	309
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>

## Hovedinntektskilde

Tabell 5.6 Hovedinntektskilde til pasienter som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med de som ikke er blitt det. I prosent.

Hovedinntektskilde	Ikke tvangsmedisinert	Tvangsmedisinert	Poliklinikk totalt
Lønnet arbeid	20	2	20
Forsørget	3	1	3
Arbeidsledighetstrygd	1	0	1
Syke-/rehab.penger	32	16	32
Attføringspenger	8	3	8
Uførepensjon	20	69	21
Ålderspensjon	4	5	4
Sosialstønad	5	3	5
Annet	5	2	4
Ukjent	1	0	1
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 762</b>	<b>439</b>	<b>21 201</b>
Missing - N	322	4	326
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>

## Utdanning

Tabell 5.7 Utdanning til pasientene som er blitt tvangsmedisinert sammenlignet med pasientene som ikke er blitt det. I prosent.

Utdanning	Ikke tvangsmedisinert	Tvangsmedisinert	Poliklinikk totalt	Befolkningen
Universitet eller høyskole	20	17	20	24
Videregående skole	46	40	46	56
Grunnskole	32	39	32	20
Ikke fullført grunnskole	2	3	2	(*)
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>20 436</b>	<b>426</b>	<b>20 862</b>	
Missing - N	648	17	665	
<b>Total N</b>	<b>21 084</b>	<b>443</b>	<b>21 527</b>	

\*) Ikke angitt

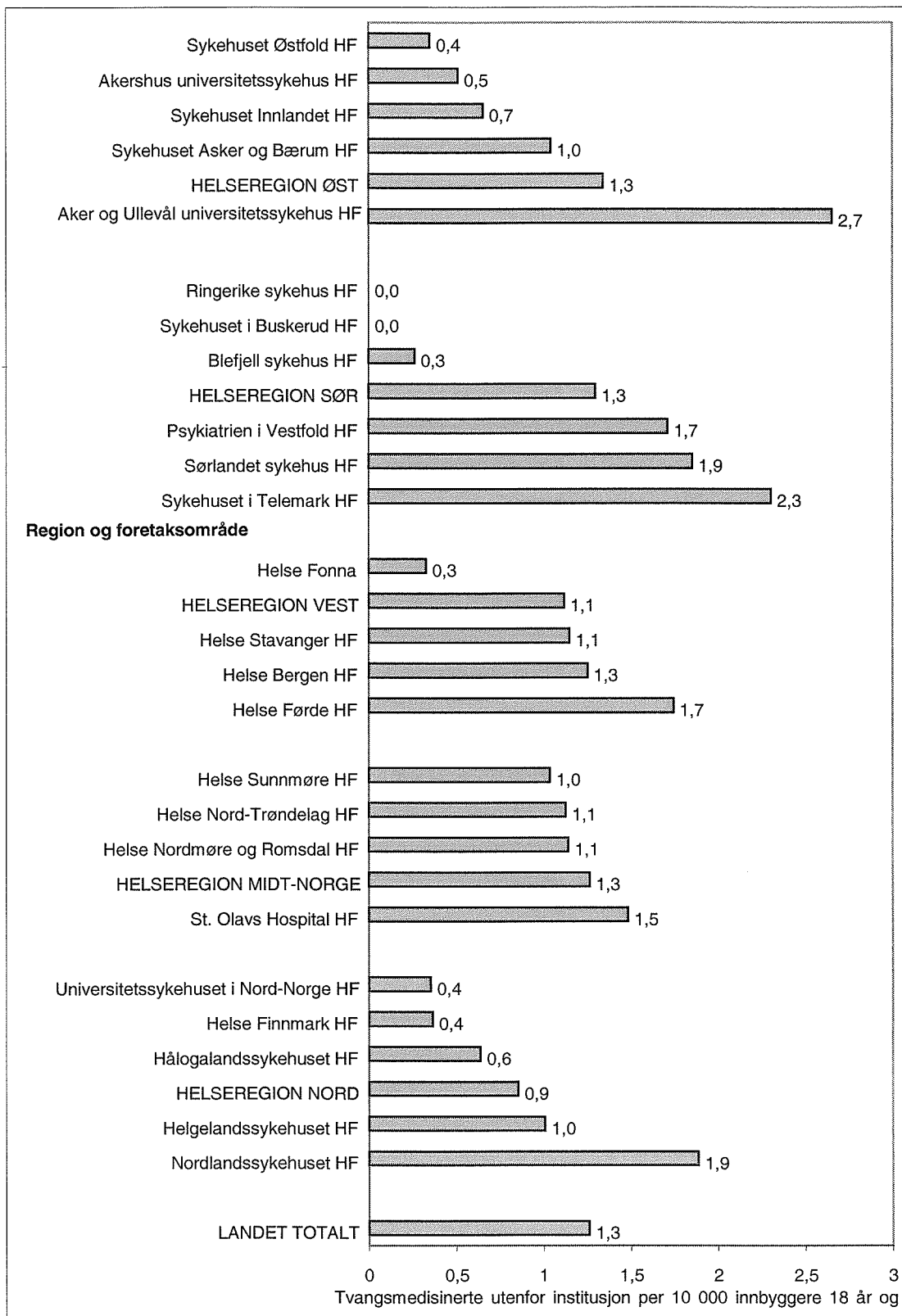
## 5.2 Er omfanget av tvangsmedisinering jevnt fordelt mellom de ulike poliklinikkene/ helseforetakene?

Hvordan de 443 pasientene som var blitt tvangsmedisinert fordeler seg per helseforetak og helseregion vises i figurene nedenfor. Figur 5.1 viser hvor mange pasienter som var blitt behandlet med legemidler uten samtykke per 10 000 innbygger i HF- og RHF-området. Figur 5.2 viser hvor stor andel (prosent) av de polikliniske pasientene i hvert HF som ble behandlet med legemidler uten samtykke.

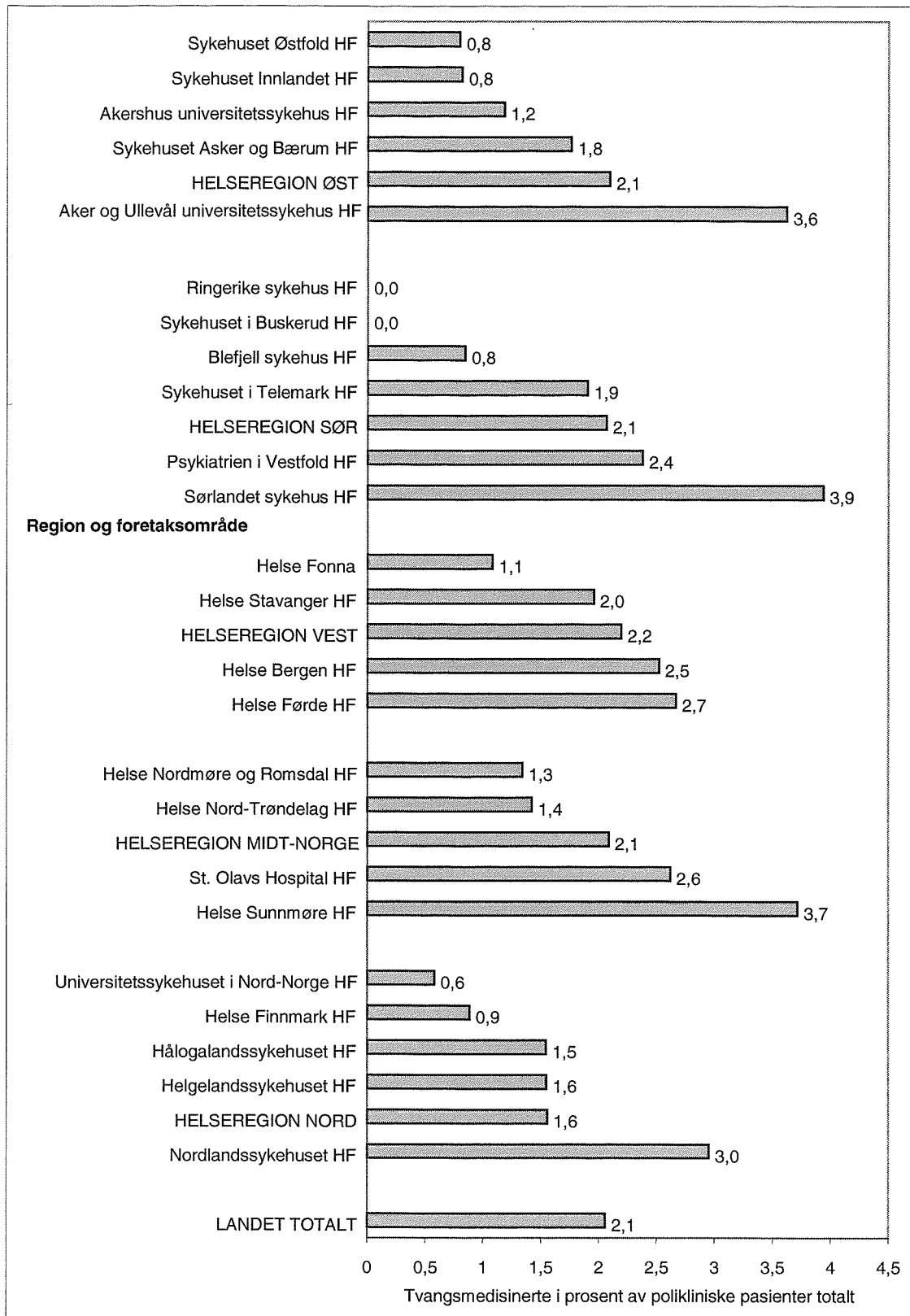
Det er stor variasjon mellom HF- og RHF-områder i hvor mange som var blitt tvangsmedisinert utenfor døgninstitusjon per 10 000 innbyggerer. Variasjonen er fra ingen i Ringerike HF og Sykehuset Buskerud HF til 2,7 personer per 10 000 innbyggere i Ullevål og Aker HF. Gjennomsnittet for hele landet var 1,3 person per 10 000 innbyggere.

Også når det gjelder hvor stor andel av pasientene i det enkelte HF som blir tvangsmedisinert er variasjonen stor, fra ingen i Ringerike HF og Sykehuset Buskerud HF til 3,9 prosent ved Sørlandet sykehus HF. Landsgjennomsnittet er 2,1 prosent av alle pasientene.

5.2.1 Figurer



Figur 5.1 Antall tvangsmedisinerte utenfor døgninstitusjon per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. HF og RHF område. Gyldig N=432, Missing - N=11, Total N=443.



Figur 5.2 Tvangsmedisinerte i prosent av polikliniske pasienter totalt per HF og RHF. Gyldig N: 21 007, Missing - N= 520.

## 6 Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold er hjemlet i § 3-1 psykisk helsevernloven. Vi viser her til lovgjennomgangen i kapittel 4.

I spørreskjemaet som ble sendt ut til behandlere ved døgninstitusjonene ble det brukt noen uttrykk som her blir definert nærmere. Spørreskjemaet er vedlagt.

**Innleggingstidspunktet:** Tidspunktet da pasienten ble innlagt.

**Registreringsdagen: 20. november 2003:** Tidspunktet viser til dagen, da behandlerne fylte ut spørreskjemaer for alle pasientene som var innlagt den konkrete dagen. Det er også dette tidspunktet det refereres til når formuleringene i spørreskjemaet etterspør: "NÅ".

**Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold:** Dette er den mest korrekte formuleringen og er den som for det meste vil bli brukt. For å forenkle språket i rapporten noe, så vil dette noen ganger refereres til som: "tvang med døgn" eller "tvungent vern med døgn".

**Formalitet:** I teksten vil uttrykket formalitet noen ganger bli brukt. Pasientens formalitet henviser til hvilken juridisk paragraf pasienten behandles under.

**Benevnelse på de som blir behandlet i psykisk helsevern:** I denne rapporten vil benevnelsene pasient og person bli brukt om hverandre.

### 6.1 Hvilke pasienter legges inn til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?

Utvalg, juridisk formalitet, kjønn, alder og diagnose

I dette utvalget er det registrert data fra totalt 4200 innleggelser i psykisk helsevern. Dataene er fra tverrsnittskartleggingen av alle pasienter innlagt i psykisk helsevern 20. november 2003. Denne kartleggingen eller pasienttellingen har vært utført av SINTEF hvert femte år siden 1979. Informasjon om formalitet er oppgitt både for registreringstidspunktet og for innleggelsestidspunktet. Det er formaliteten ved registreringstidspunktet som er benyttet i disse analysene hvis ikke annet er oppgitt. At det er flere pasienter som er under tvungent psykisk helsevern ved innleggelsestidspunktet enn ved registreringstidspunktet skyldes sannsynligvis at en del pasienter overføres til frivillig vern i løpet av oppholdet.

Av disse 4200 pasientene var 27 prosent innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og 73 prosent frivillig innlagt ved registreringstidspunktet. For 7 prosent var ikke formalitet oppgitt. Av pasientene på tvang var 58 prosent menn og 42 prosent kvinner. Litt over halvparten av pasientene (54 prosent) var mellom 18 og 39 år gamle. Ettersom nesten 70 prosent av de innlagte pasientene var under 50 år, er det et interessant spørsmål hva som skjer med de eldre pasientene.

Ved innleggelsen var 1081 pasienter blitt innlagt på tvungent psykisk helsevern, og 341 pasienter var blitt innlagt til tvungen observasjon. Om lag to tredjedeler av pasientene innlagt på tvungent psykisk vern med døgn hadde schizofrenidiagnoser. Den nest største

diagnosegruppen hos pasientene som var tvangsinnlagt var affektive lidelser med ti prosent. Samlet for alle pasientene, både de frivillige og hos de på tvang, var det ikke oppgitt diagnose for fem prosent<sup>4</sup>.

#### Sosiodemografiske opplysninger

Majoriteten av de tvangsinnlagte pasientene var ugifte (77 prosent), og 64 prosent var uføretrygdet. Bare to prosent av pasientene ble oppgitt å ha inntekt av eget arbeid. Resten ble oppgitt til å leve på ulike type trygdeordninger. Dette understreker at det er en sårbar og svak gruppe mennesker som er innlagt til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

#### Bostedsløshet

I spørreskjemaet til døgninstitusjonene ble behandlerne spurt om hva slags permanent bolig pasienten hadde. Et oppsiktsvekkende funn er at hele 27 prosent av pasientene innlagt på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold oppgis å ikke ha egen bolig. For en del av pasientene har behandlerne oppgitt at pasienten har et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten som permanent bolig. Ettersom et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten ikke kan defineres som "egen bolig", bør disse også regnes som reelt bostedsløse. Inkluderes også denne gruppen som bostedsløse kommer andelen bostedsløse opp i 43 prosent. Dette kan bety at så mange som 43 prosent av pasientene innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, reelt sett var bostedsløse. Dette er betenkelig med tanke på at det står i sosialtjenesteloven at alle som trenger det, har rett til hjelp med å bo i kommunen sin. Dette kan også sees i lys av et annet funn fra denne kartleggingen, nemlig at så mange som 52 prosent av døgnpasientene etter behandlernes mening burde hatt tilbud på et lavere omsorgsnivå (Hagen & Ruud, 2004). På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at det å legge en person inn i en døgninstitusjon kan være en måte å håndtere problematikken med bostedsløshet på, og at det dermed er en underestimert av hvor mange bostedsløse mennesker det egentlig finnes i Norge i dag.

Hagen & Ruud (2004) har sett på hvilke faktorer som påvirker hvor mange det er som er innlagt i institusjonene, men som behandlerne mener burde hatt et lavere omsorgstilbud. Deres konklusjon er at det som synes å bety klart mest for variasjonen i andel som kunne klart seg på et lavere omsorgsnivå, er hvilket DPS-område pasienten hører til. Det er nærliggende å tenke at dette har mye å gjøre med hvilke tilbud kommunene har. Sannsynligvis er det store variasjoner i landets kommuner i hvor langt de har kommet med å tilrettelegge tilbud til denne gruppen mennesker. Et viktig satsningsområde i St. melding 25 og opptrappingsplanen er å bygge boliger for mennesker med psykiske vansker. Dette er kanskje det viktigste virkemiddelet for å nå et mål om færre døgnplasser.

I kapittel 4.2 sammenlignes pasientene på tvungent psykisk vern med og uten døgnopphold.

---

<sup>4</sup> En sannsynlig forklaring er at dette er pasienter fra akuttavdelinger med korte opphold, hvor diagnose enda ikke er satt.



## 6.1.1 Tabeller

## Utvalg

Tabell 6.1 Utvalg og formalitet ved registreringstidspunktet, antall og prosent.

Formalitet v/registrering	Antall	I prosent
Frivillig	2 836	73
Tvungent vern med døgn	1 051	27
<b>Gyldig N</b>	<b>3 887</b>	<b>100</b>
Missing - N	313	7
<b>Total N</b>	<b>4 200</b>	<b>100</b>

## Kjønn

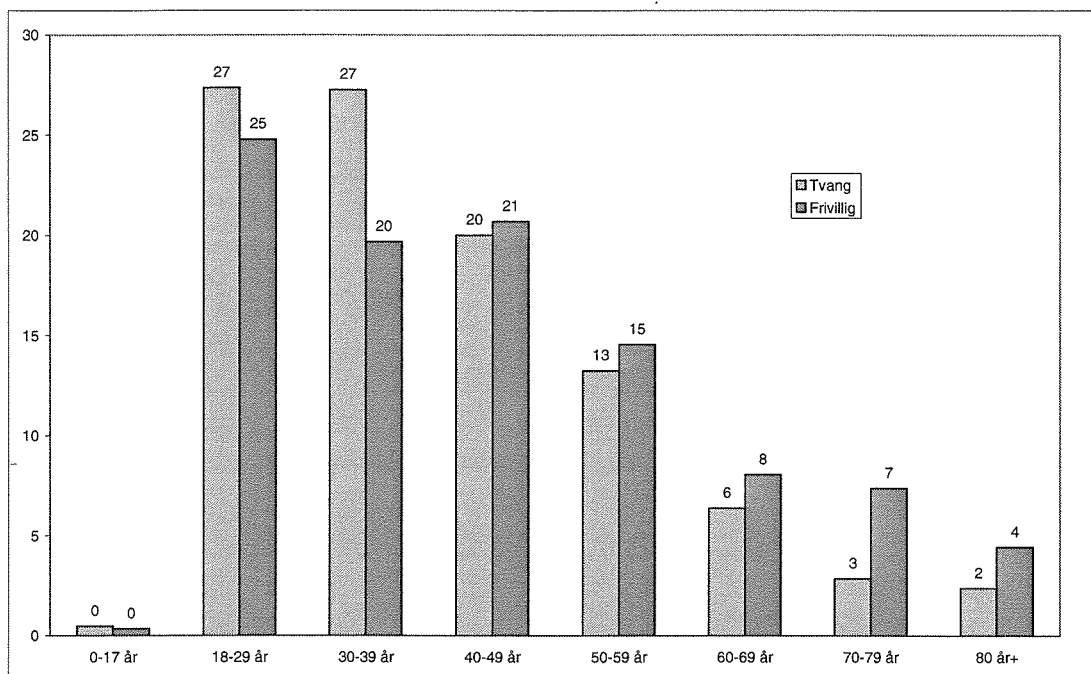
Tabell 6.2 Kjønnfordeling for formalitet ved registreringstidspunktet. I prosent.

Kjønn	Frivillig	Tvungent vern m døgn	Innlagte totalt
Menn	46	58	49
Kvinner	54	42	51
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 829</b>	<b>1 046</b>	<b>3 875</b>
Missing - N	7	5	375
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>

Tabell 6.3 Kjønnfordeling for formalitet ved innleggelse, i antall.

		Henvisningsformalitet ved innleggelse			
		Frivillig	Tvungent observasjon/unders økelse	Tvungent psykisk helsevern med døgn	Innlagte totalt
Kjønn	Mann	1 188	169	622	1 979
	Kvinne	1 464	172	459	2 095
<b>Gyldig N</b>		<b>2 652</b>	<b>341</b>	<b>1 081</b>	<b>4 074</b>
Missing - N		9	1	4	126
<b>Total N</b>		<b>2 661</b>	<b>342</b>	<b>1 085</b>	<b>4 200</b>

## Alder



Figur 6.1 Aldersfordeling blant pasientene som er innlagt på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og de som er innlagt frivillig. N= 1049 innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, 2815 frivillig innlagte og 3864 totalt. Vi mangler opplysning om alder for 336 personer. Hele populasjonen består av 4200 personer.

## Diagnose

Tabell 6.4 Fordeling av diagnosegrupper hos de innlagte pasientene og formalitet. I prosent. Diagnosegruppene er nærmere beskrevet i kapittel 4.

ICD 10 diagnose	Frivillige	Tvungent vern	Innlagte totalt
Organiske lidelser	2	2	2
Stoffrelaterte lidelser	4	4	4
Schizofrenier	37	68	45
Affektive lidelser	28	10	23
Nevrotiske lidelser	9	1	7
Adferdssyndromer	2	0	1
Personlighetsforstyrrelser	8	4	7
Andre diagnoser	5	6	5
Mangler diagnose	5	5	5
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>3 887</b>
Missing - N	0	0	313
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>

Her er det 313 pasienter som vi mangler opplysning om formalitet for. Pasientene vi ikke har opplysning om diagnose for er i kategorien: "Mangler diagnose". Her kan det være at diagnose enda ikke er satt.

## Sosiodemografiske opplysninger

## Sivilstatus

Tabell 6.5 Sivilstatus til innlagte pasienter og formalitet. I prosent.

Sivilstatus	Frivillige	Tvungent vern	Innlagte totalt	Befolkning over 18
Ugift	57	77	63	31
Gift/ samboende	22	9	19	50
Enke/enkemann	6	3	5	8
Separert/skilt	15	12	14	11
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 800</b>	<b>1 041</b>	<b>3 841</b>	
Mangle N	36	10	359	
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>	

## Bosituasjon

Tabell 6.6 Bosituasjon til innlagte pasientene og formalitet. I prosent.

Type permanent bolig	Frivillige	Tvungent vern	Innlagte totalt
Egen bolig uten tilsyn	54	37	49
Egen bolig med tilsyn	9	10	10
Omsorgsbolig uten tilsyn	2	1	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	3	3	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning	3	4	3
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	1	2
Åpen avdeling i psyk. helsevern	11	7	10
Lukket avdeling i psyk. helsevern	1	9	3
Ikke egen bolig (bostedsløs)	15	27	18
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 722</b>	<b>1 010</b>	<b>3 732</b>
Missing - N	114	41	468
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>

## Hovedinntektskilde

Tabell 6.7 Hovedinntektskilde til innlagte pasienter og formalitet. I prosent.

Hovedinntektskilde	Frivillige	Tvungent vern	Innlagte totalt
Inntekt av eget arbeid	5	2	4
Forsørget	2	2	2
Sykemelding	11	3	9
Arbeidsledighetstrygd	1	2	1
Uførepensjon	45	64	50
Alderspensjon	13	6	11
Sosialstønad	5	7	5
Annen trygd	13	9	12
Annet	4	5	5
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>2 780</b>	<b>1 028</b>	<b>3 808</b>
Missing - N	56	23	392
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>

## Utdanning

Tabell 6.8 Utdanning til innlagte pasienter og formalitet. I prosent.

Utdanning	Frivillige	Tvungent vern	Innlagte totalt	Befolkning over 18
Fullført univ. og høgsk.	13	8	12	24
Vid. skole/yrkesrettet utd.	39	30	37	56
Grunnskole (7-10 årig)	45	52	47	20
Ikke fullført grunnskole	3	10	5	(*)
Total	100	100	100	
<b>Gyldig N</b>	<b>2 596</b>	<b>939</b>	<b>3 535</b>	
Missing - N	240	112	665	
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>	<b>1 051</b>	<b>4 200</b>	

\*) Ikke angitt.

## 6.2 Faktisk og ideelt behandlingstilbud for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

I hvilken grad var det samsvar mellom faktisk og ideelt behandlingstilbud for pasienter innlagt på tvang, ut fra behandlernes vurderinger, og i hvilken grad avviker dette fra situasjonen for pasienter under frivillig behandling?

Den landsomfattende registreringen av døgnpasienter i det psykiske helsevernet gir opplysninger om hvilket tilbud pasientene mottar. I tillegg rapporterer klinikerne hvilke tilbud som de mener pasientene ideelt sett burde ha hatt. For eksempel kan vi da se hvor mange av pasientene som var innlagt på en akuttavdeling som ideelt sett burde ha hatt et tilbud på en intermediæravdeling. Vi får også informasjon om hvor mange som burde ha hatt tilbud fra kommunen og ikke i spesialisttjenesten.

Det ser ut som at både for de pasientene som var innlagt på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold og frivillig var behandlingstilbudet omtrent slik behandlerne mener at det burde være. Det er imidlertid større avvik mellom faktisk og ønskelig behandlingstilbud for de tvangsinnlagte pasientene. Størst er avviket når det gjelder praktisk treningsopplegg, familiesamtaler og rusbehandling. Flere av de tvangsinnlagte pasientene burde hatt tilbud av disse behandlingsformene i følge behandlerne. Vi har også analysert hvilke årsaker behandlerne oppgir som grunn til at det ønskede behandlingstilbudet ikke blir gitt. Behandlerne krysset av for om tilbudet ikke gies enten fordi pasienten ikke ønsker det, fordi de ikke har den aktuelle kompetansen eller fordi de ikke har kapasitet. Tallene kan leses i tabell 6.11. Sammenlignet med pasientene på frivillig psykisk vern har behandlerne oftere krysset av for at pasienten ikke ønsker tilbudet som årsak til at tilbudet ikke gies. For en del områder oppgir behandlerne at tilbudet ikke gis til en ikke ubetydelig andel pasienter grunnet kompetanse (gruppebehandling/rusbehandling), for andre oppgis kapasitet som viktig grunn (samtaler/gruppebehandling/trening).

### 6.2.1 Tabeller

Faktisk opp mot ideelt behandlingstilbud for de som var innlagt til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold sammenlignet med de som var frivillig innlagt.

I venstre kolonne er ulike typer behandlingstilbud beskrevet. Videre har behandlerne svart på hva slags tilbud pasienter henholdsvis innlagt under tvang og frivillig faktisk har. I andre tallkolonne har behandlerne tatt stilling til hva slags type tilbud som hadde vært ideelt for pasienten. I tredje tallkolonne oppgis differansen mellom de to. Jo høyere tall, jo større avvik er det mellom hva pasienten faktisk har og hva som etter behandlernes vurdering hadde vært et mer optimalt behandlingstilbud.

Tabell 6.9 Faktisk og ønsket behandlingstilbud etter formalitet og differanse mellom faktisk og ønskelig. I prosent.

Type behandling	Frivillige			Tvungent vern		
	Faktisk	Ønskelig	Differanse	Faktisk	Ønskelig	Differanse
Behandling med medisiner	92	93	<b>1</b>	96	97	<b>1</b>
Samtale med behandler	78	82	<b>5</b>	77	83	<b>6</b>
Gruppebehandling	25	30	<b>6</b>	11	17	<b>6</b>
Samtale der pårørende deltar	28	39	<b>10</b>	26	37	<b>11</b>
Treningsopplegg	33	42	<b>9</b>	32	45	<b>13</b>
Behandling for rusproblem	5	10	<b>5</b>	5	16	<b>11</b>
Annet	10	13	<b>3</b>	9	14	<b>5</b>
<b>Gyldig N</b>	<b>2 714</b>			<b>1 011</b>		
Missing - N	122			40		
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>			<b>1 051</b>		

Alle innlagte pasienter: Gyldig N=3725, Missing - N=475, Total N=4200

Oppgitt årsak til at pasientene ikke får det ønskede behandlingstilbud.

I tabell 6.10 er de ulike behandlingstilbudene listet opp til venstre. Spørsmålsstillingen var hvorfor det ønskede behandlingstilbudet ikke ble gitt der hvor det var differanse mellom reelt og ønsket behandlingstilbud. Bortover til høyre er de tre svaralternativene; at pasienten ikke ønsket det selv, at institusjonen ikke hadde aktuell kompetanse og at institusjonen ikke hadde kapasitet. Det er svart på dette spørsmålet for 382 pasienter som var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og for 806 pasienter som var innlagt frivillig. Under hver behandlingskategori kan man se hvordan det ble svart for henholdsvis de tvangs- og frivillig innlagte pasientene. Samlet ble det svart at 42 prosent av de tvangsinnlagte pasientene ikke fikk ønsket behandlingstilbud fordi de ikke ønsket det.

Tabell 6.10 Tabell over oppgitte årsaker til at ikke pasienten får det ønskede behandlingstilbudet. Pasienten ønsker det ikke, vi har ikke aktuell kompetanse eller vi har ikke kapasitet. I prosent.

	Ønsker ikke	Kompetanse	Kapasitet	N
<b>Totalt</b>				
Frivillig	33	10	15	N=806
<b>Tvang</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>N=382</b>
<b>Medisinering</b>				
Frivillig	53	0	10	N=40
<b>Tvang</b>	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>N=10</b>
<b>Samtaler</b>				
Frivillig	32	7	23	N=133
<b>Tvang</b>	<b>48</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>N=63</b>
<b>Gruppebehandling</b>				
Frivillig	22	9	15	N=153
<b>Tvang</b>	<b>38</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>N=55</b>
<b>Samtale med familien</b>				
Frivillig	33	7	14	N=281
<b>Tvang</b>	<b>42</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>N=111</b>
<b>Trening</b>				
Frivillig	43	7	20	N=230
<b>Tvang</b>	<b>52</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>N=122</b>
<b>Rus</b>				
Frivillig	36	21	14	N=146
<b>Tvang</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>N=110</b>
<b>Annet</b>				
Frivillig	24	21	24	N=89
<b>Tvang</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>N=50</b>

### 6.3 Faktisk og ideelt botilbud til pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

I hvilken grad er det samsvar mellom faktisk og ideelt botilbud for pasienter innlagt på tvang, ut fra behandlernes vurdering, og i hvilken grad avviker dette fra situasjonen for pasienter under frivillig behandling?

Sammenlignet med hva som var tilfelle for pasientenes behandlingstilbud, var differansen mellom faktisk og ønskelig botilbud større. Det største avviket var for de tvangsinnlagte pasientene hvor behandlerne faktisk mener at 28 prosentpoeng flere pasienter burde hatt en bolig med døgnbemanning, mens de mente at 23 prosentpoeng færre burde hatt egen bolig uten tilsyn. For de frivillig innlagte pasientene var tilsvarende tall 18 prosentpoeng og 26 prosentpoeng. Funnet er oppsiktsvekkende, da det kan antyde at en del pasienter faktisk var enten tvangsinnlagt eller innlagt frivillig fordi de ikke har en tilfredsstillende bosituasjon. Under alle omstendigheter er dette en klar indikasjon på at boligtilbudet i kommunene etter behandlernes vurdering er for svakt utbygget. For begge gruppene av pasienter mente behandlerne at det også var mangel på bolig med tilsyn om dagen.

Det er også oppsiktsvekkende at behandlerne svarer at 40 prosent av de tvangsinnlagte pasientene har døgntilbud i spesialisthelsetjenesten som permanent bolig. Det vil reelt si at de er å anse som bostedsløse, da en behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten ikke er å anse som en egen bolig. Det tilsvarende tallet for de frivillig innlagte pasientene var at 25 prosent faktisk ikke har egen bolig. Et tankevekkende funn er at behandlerne faktisk svarer at de mener at det å bli værende i spesialisthelsetjenesten var ønskelig for 22 prosent av pasientene på tvungent psykisk vern, og for 23 prosent av pasientene innlagt frivillig. Behandlerne mener imidlertid at 17 prosent av de tvangsinnlagte pasientene som har institusjonen som bolig ikke burde hatt det.

#### 6.3.1 Tabeller

Faktisk opp mot ideelt botilbud for de som var innlagt under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold sammenlignet med de som var frivillig innlagt. Der hvor det er et negativt tall i differanse er det etter behandlernes vurdering en mangel, og der hvor det er et positivt tall er det vurdert at for mange har et slikt tilbud.

Tabell 6.11 Faktisk og ønskelig botilbud for pasienter og formalitet, og differansen mellom faktisk og ønskelig. I prosent.

Type botilbud	Frivillig			Tvang		
	Faktisk	Ønskelig	Differanse	Faktisk	Ønskelig	Differanse
Egen bolig uten tilsyn	57	32	<b>26</b>	40	17	<b>23</b>
Egen bolig med tilsyn	12	22	<b>-10</b>	15	27	<b>-13</b>
Bolig med døgnbemanning	5	23	<b>-18</b>	5	33	<b>-28</b>
Døgntilb. i spes.helsetj.	25	23	<b>2</b>	40	22	<b>17</b>
Totalt	100	100		100	100	
<b>Gyldig N</b>	<b>2 649</b>			<b>956</b>		
Missing - N	187			95		
<b>Total N</b>	<b>2 836</b>			<b>1 051</b>		

Alle innlagte pasienter: Gyldig N=3605, Missing - N=595, Total N=4200

## 6.4 Er lange opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold geografisk jevnt fordelt?

Antall lange opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold per HF- og RHF-område

Figur 6.1 viser hvor mange personer per 10 000 innbygger per HF og RHF område som var innlagt på tvang etter lengde på opphold<sup>5</sup>. Som man kan se av figuren var det store geografiske forskjeller når det gjelder lengde på oppholdene under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Figuren viser antall opphold under tre mnd, over tre mnd og over ett år. Den blå delen av søylen viser mengde opphold over ett år. Variasjonen går fra Asker og Bærum HF som har 2,7 personer per 10 000 som har vært innlagt mer enn et år til Blefjell HF område som ikke har noen pasienter som har vært innlagt mer enn et år. Helse Sør RHF har generelt få personer per 10 000 innlagt som har vært innlagt mer enn et år, mens Helse Vest RHF ser ut til å ha flest personer innlagt som har hatt lange opphold (over ett år). 0,9 personer per 10 000 innbygger var på landsbasis innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold over ett år.

Andel tvangsinnlagte som har hatt lange opphold per HF og RHF

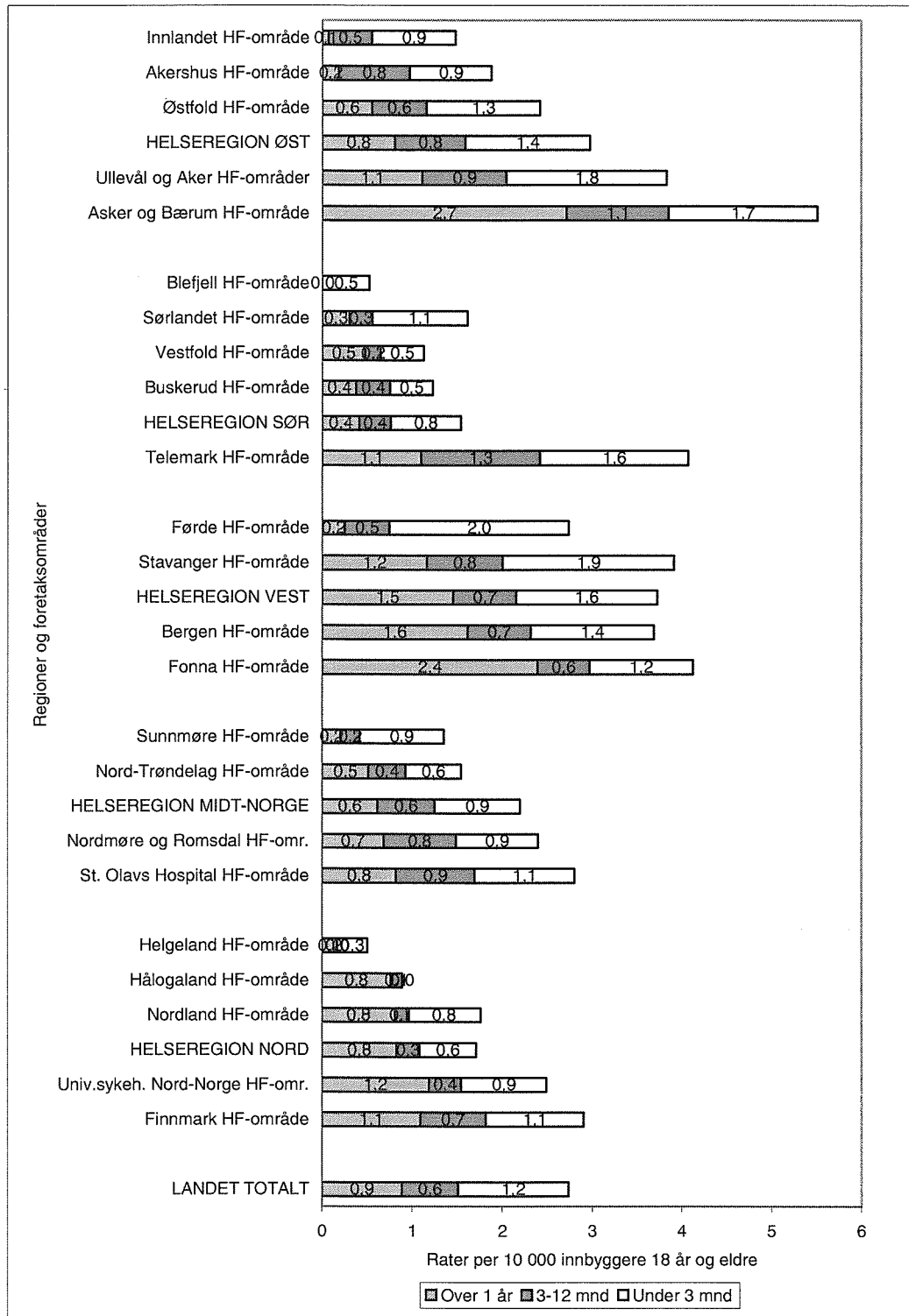
Som man kan se av figur 6.2 er det også stor variasjon mellom de ulike HF i hvor stor andel av pasientene som har vært innlagt til lange opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.<sup>6</sup> Variasjonene strekker seg fra Blefjell HF område som ikke hadde noen pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold med opphold som hadde vart over tre mnd, til Hålogaland HF-område hvor 86 prosent av pasientene hadde vært innlagt over ett år. Dette er vanskeligere tall å sammenligne enn befolkningsratene fordi det er stor variasjon mellom hvert helseforetak i hvor mange pasienter de har innlagt under tvungent psykisk helsevern. Det vil si at for et HF med få tvangsinnlagte pasienter kan få pasienter som har vært innlagt til lange opphold utgjøre en stor prosentandel totalt sett. Med andre ord så er det stor forskjell i hvor mange personer som representeres i de enkelte søylene. For landet som helhet hadde 32 prosent av pasientene vært innlagt over ett år.

<sup>5</sup> Av 1051 pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold totalt, mangler vi opplysning om varighet på oppholdet for 95 pasienter. Vi manglet i tillegg opplysning om behandlingssted for 45 pasienter, slik at gyldig N blir 911 personer. Vi får da en samlet manglende N på 140 personer.

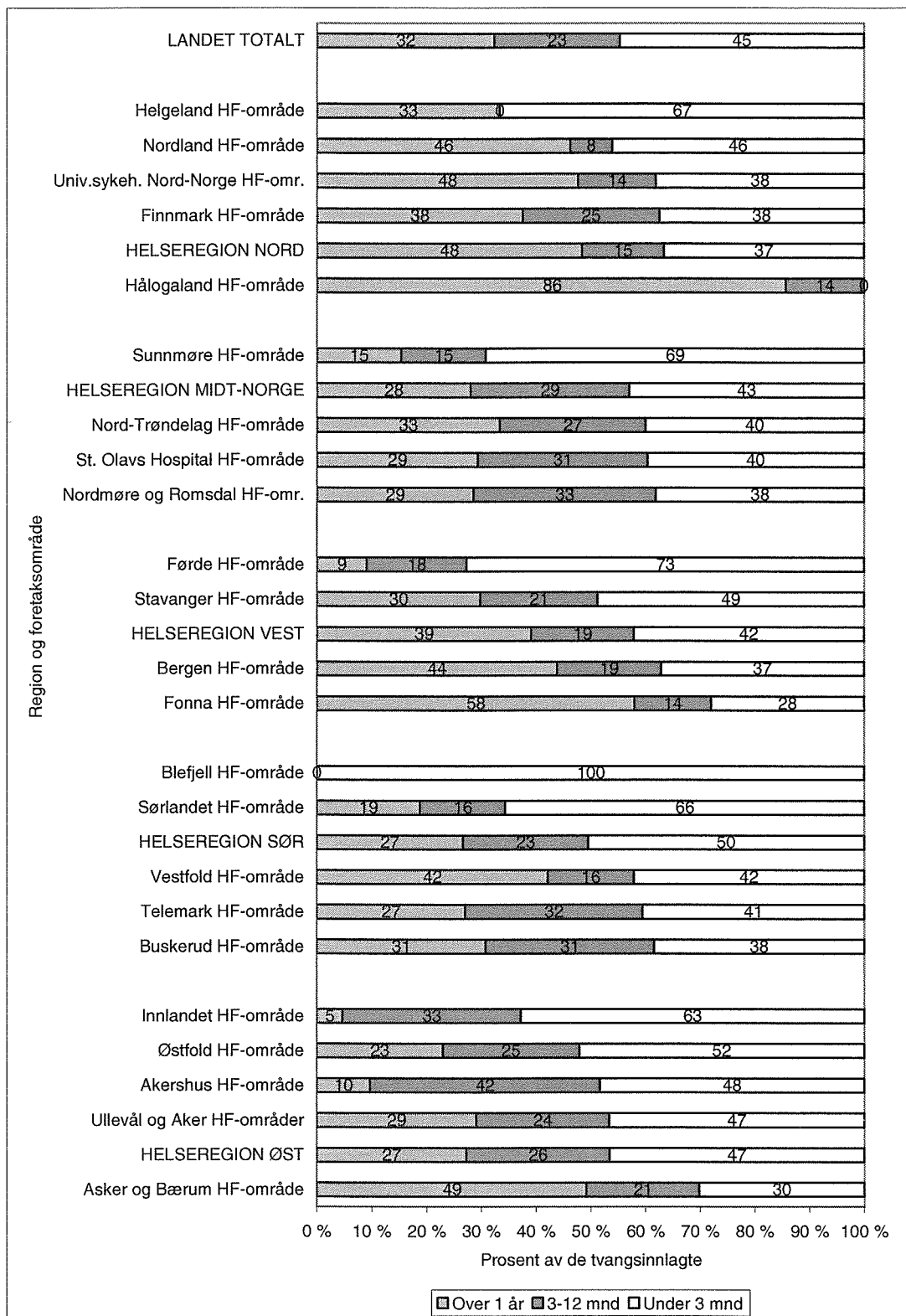
<sup>6</sup> Samme opplysninger om populasjonen som for figur 6.1. Det vil si at gyldig N er 911 pasienter.



6.4.1 Figurer



Figur 6.2 Varighet av opphold under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Lengde på det tvungne psykiske helsevernet, under 3 mnd, over 3 måneder og over 1 år per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Nåværende status. HF- og RHF- område. Ringerike HF mangler fordi de ikke har oppgitt lengde på opphold. Gyldig N=911, Missing - N=140.



Figur 6.3 Prosent pasienter under tvungen psykiisk helsevern med døgnopphold etter varighet på oppholdet. Over tre mnd. og over et år per HF og RHF. Ringerike HF mangler fordi de ikke har oppgitt lengde på opphold. Gyldig N=911, Missing - N=140.

## 6.5 Er det geografiske variasjoner i bruk av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?

### 6.5.1 Forskjell i befolkningsrate i antall innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold – og i andel tvangsinnlagte av alle innlagte

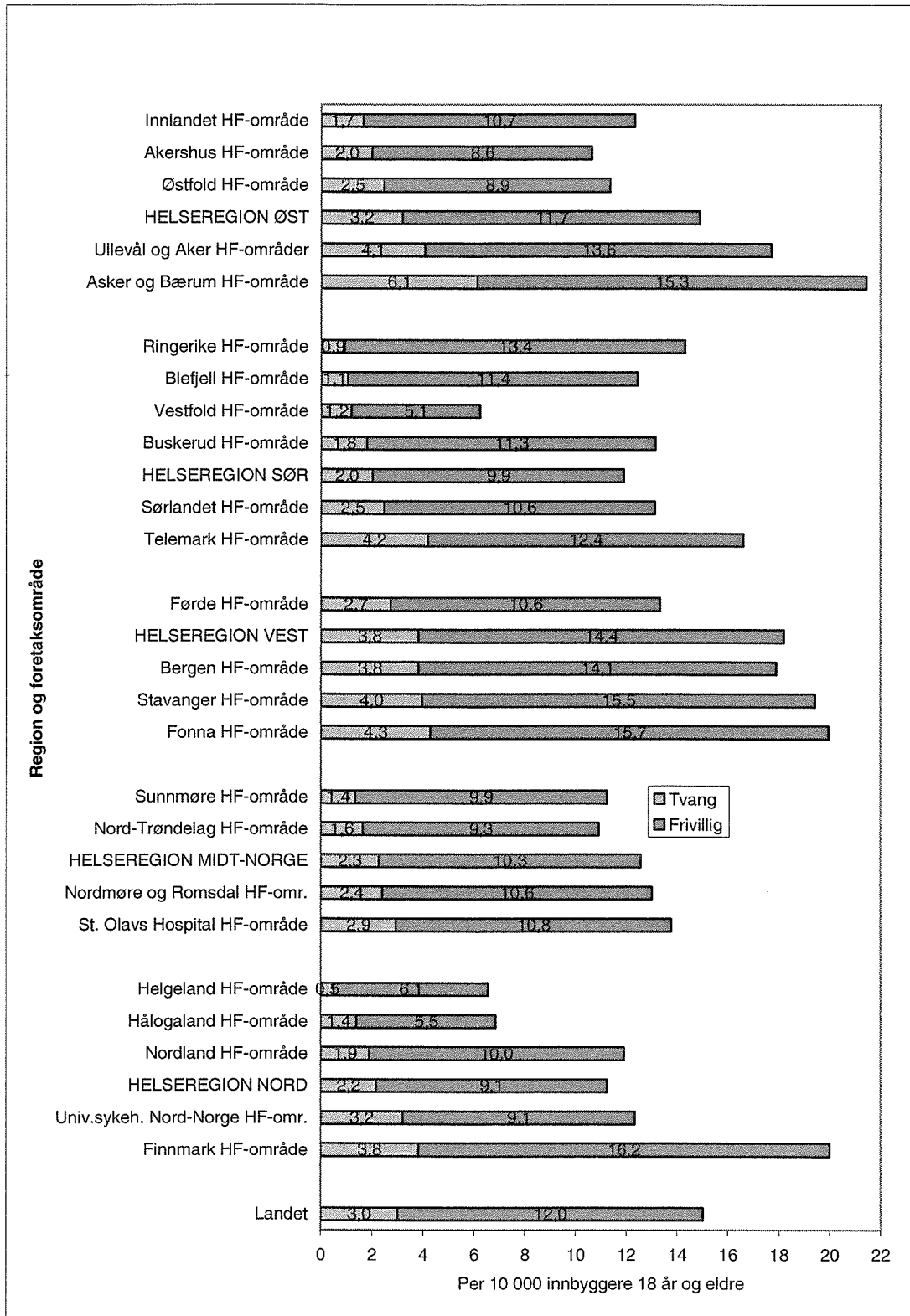
Det var stor geografisk variasjon når det gjelder hvor mange personer per 10 000 innbygger som var innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Variasjonen var fra 0,5 person i Helgeland HF-område til 6,1 personer i Asker og Bærum HF-område. For landet som helhet var tre personer per 10 000 innbygger innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Det var mer enn ti ganger så mange personer innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i Asker og Bærum HF-område som i Helgeland HF -område<sup>7</sup>.

Når det gjelder andel tvangsinnlagte av alle innlagte finner vi også stor geografisk variasjon på HF-nivå. Her finner vi forskjeller fra 40 prosent i Asker og Bærum HF til 7 prosent i Blefjell HF. På RHF-nivå er det mindre forskjeller, med Helseregion Sør lavest med 21 prosent og Helseregion Øst høyest med 27 prosent. For landet som helhet var 25 prosent av de innlagte underlagt tvungent psykisk helsevern med døgn.

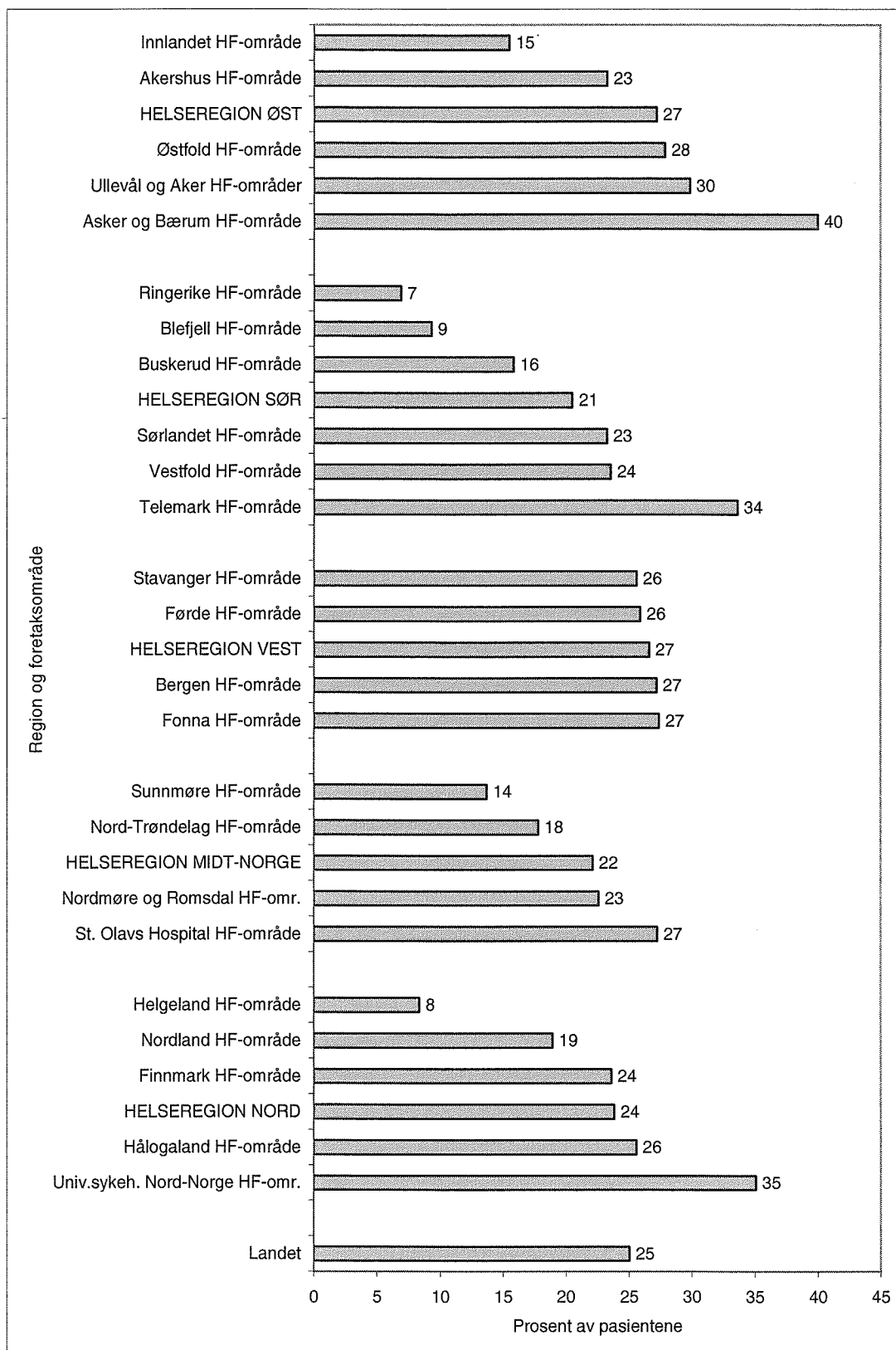
---

<sup>7</sup> Vi har sjekket om Asker og Bærum HF kommer høyt fordi de har mange tvangsinnlagte pasienter fra omkringliggende kommuner, men dette er ikke tilfelle. Pasientene var blitt registrert på sine hjemstedskommuner.

6.5.2 Figurer



Figur 6.4 Tvangsrater. Innlagte pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold etter nåværende status. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre per HF- og RHF- område.



Figur 6.5 Andel innlagte under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold av alle innlagte pasienter per HF og RHF. Gyldig N er lik 3392 når det gjelder bosted og totaltallet er 4200 personer. Manger opplysning om bosted for 208 personer.



## 7 Bruk av tvangsmidler i døgninstitusjon

Psykisk helsevernlovens § 4-8 viderefører den tidligere lovens tre former for tvangsmiddelbruk uten vesentlige endringer; mekaniske tvangsmidler (herunder belter og remmer), kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personale til stede (isolering); samt enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt. I den landsomfattende pasienttellingen har vi opplysninger for om det var brukt tvangsmidler eller ikke på pasientene i løpet av en tremåneders periode.

### **§ 4-8. Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold**

Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre vedkommende i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig.

Som tvangsmiddel kan anvendes:

- a) mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- b) Kortvarig anbringelse bak avlåst dør uten personalet til stede (isolasjon)
- c) Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.

For pasienter under 16 år er det ikke adgang til å bruke tvangsmidler som nevnt i bokstavene a og b i foregående ledd.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonalet. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

Tvangsmiddel kan bare benyttes etter vedtak av lege, med mindre en akutt nødsituasjon gjør at umiddelbar kontakt med lege ikke er mulig. Vedtaket skal nedtegnes uten opphold. Vedtaket kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten eller hans eller hennes nærmeste.

Tvangsmidler kan, når vilkårene for slik bruk er oppfylt, benyttes både overfor pasienter som er frivillig innlagt og overfor pasienter som er tvangsinnlagt. I §2 i forskrift om bruk av tvangsmidler av 24. november 2000 heter det at tvangsmidler bare kan anvendes i institusjoner godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvunget psykisk helsevern ved døgnopphold. Kravet er likevel ikke absolutt, videre i samme paragraf heter det at i akutsituasjoner kan tvangsmidler anvendes også i andre institusjoner, men det skal "straks vurderes om pasienten bør ha opphold i institusjon som nevnt i første ledd". Overflytting er særlig aktuelt ved gjentakelse. Vilkårene for å bruke tvangsmidler er strenge, omtrent svarende til at det foreligger en nødrettssituasjon (Øverli 1988). Det skal føres protokoll over bruk av tvangsmidler, denne skal også legges fram for kontrollkommisjonene.

## 7.1 Hva kjennetegner de pasientene det ble brukt tvangsmidler på, sammenliknet med de pasientene det ikke ble brukt tvangsmidler på?

Behandlerne ble i spørreskjemaet også spurt som det hadde blitt brukt tvangsmidler overfor pasienten i løpet av de siste tre månedene forut for registreringen. Det ble brukt en eller annen form for tvangsmidler overfor syv prosent av de totalt 4156 innlagte pasienter hvor vi har opplysninger om evt. bruk av tvangsmidler. Kortidsvirkende legemidler var brukt overfor fire prosent, mekaniske tvangsmidler overfor tre prosent og isolasjon ovenfor tre prosent. I analysene er de tre ulike typene tvangsmidler slått sammen til en tvangsmiddelvariabel. En del pasienter var blitt utsatt for flere typer tvangsmidler.

### Kjønn, alder og diagnose

Av de som var blitt utsatt for tvangsmidler var 54 prosent kvinner og 46 prosent menn. Kvinneandelen var noe høyere blant pasientene som var blitt utsatt for tvangsmidler enn hos pasientene som ikke var blitt utsatt. Aldersmessig ser det ut som om det var de yngste pasientene som det særlig blir brukt tvangsmidler overfor. En tredjedel av de som var blitt utsatt for tvangsmidler var mellom 18 og 29 år gamle, og 59 prosent var under 39 år gamle. Disse pasientene var en yngre gruppe enn de som det ikke ble anvendt tvangsmidler overfor. Andelen pasienter med schizofrenidiagnose var lavere for de som det var blitt anvendt tvangsmidler overfor enn for de andre tvangsmiddelvariabelene. Noe over halvparten har imidlertid schizofrenidiagnose, mens 43 prosent av pasientene det ikke ble brukt tvangsmidler overfor hadde schizofrenidiagnose. Andelen pasienter med affektive lidelser (16 prosent) er lavere hos pasientene utsatt for tvangsmidler, enn hos pasientene som ikke hadde blitt utsatt (23 prosent). Det er en liten andel flere pasienter som var blitt utsatt for tvangsmiddelbruk som har fått personlighetsforstyrrelsesdiagnose (åtte prosent) og her var det også flere som ikke har fått satt diagnose (8 prosent). Dette kan antyde at det her dreier seg om urolige og agiterede pasienter i kriser som blir innlagt på akuttavdelingen, hvor diagnose noen ganger enda ikke er satt.

### Sosiodemografiske opplysninger

Av pasientene som har vært utsatt for tvangsmidler var 74 prosent ugifte, mot 61 prosent av de som ikke har vært utsatt for tvangsmidler. De utsatte pasientene har også i mindre grad egen bolig uten tilsyn. Bare 44 prosent av pasientene som det har vært brukt tvangsmidler overfor har egen bolig mot halvparten av de som ikke har vært utsatt. Det var også fem prosentpoeng flere pasienter som ble karakterisert som bostedsløse blant pasientene utsatt for tvangsmidler (23 prosent mot 18 prosent). Når det gjelder hva pasientene har som hovedinntektskilde ser de to gruppene relativt like ut. Kun fire og tre prosent av gruppene hadde egen inntekt. Det vil si at de aller fleste pasientene som var innlagt, uavhengig om de har blitt utsatt for tvangsmidler eller ikke, levde av ulike type trygdeordninger. Cirka halvparten av begge gruppene var uføretrygdede. De to gruppene var relativt like når det gjelder utdanningsnivå. Samlet sett kommer pasientene som har vært utsatt for tvangsmidler litt svakere ut på sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler, men det er ikke store forskjeller. Hele populasjonen av døgnpasienter er en relativt svak gruppe, med mange single, uføretrygdede, med lav utdanning og bostedsløse.

Sammenlignet med hele befolkningen, var personene som har vært utsatt for tvangsmidler oftere enslige (en tredjedel av hele befolkningen). De har også lavere utdanning; 12 prosent har fullført utdanning fra universitet eller høyskole mot 24 prosent i befolkningen totalt. Når det gjelder utdanning på videregående skole, har 37 prosent av pasientene utsatt for tvangsmidler fullført slik utdanning, mot 56 prosent i befolkningen totalt.



## 7.1.1 Tabeller

## Kjønn

Tabell 7.1 Kjønnfordeling pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.

	Ikke tvangsmidler	Tvangsmidler	Alle innlagte
Menn	49	46	49
Kvinner	51	54	51
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 872</b>	<b>285</b>	<b>4 156</b>
Missing - N	43	1	44
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>

## Alder

Tabell 7.2 Aldersfordeling på pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Aldersfordeling befolkningen over 18 år.

Alder	Ikke tvangsmidler	Tvangsmidler	Alle innlagte	Befolkning over 18
0-17 år	0	1	0	
18-29 år	25	33	25	17
30-39 år	22	26	22	21
40-49 år	21	15	21	19
50-59 år	14	12	14	18
60-69 år	8	6	8	11
70-79 år	6	4	6	9
80 år+	4	2	4	6
Total	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 861</b>	<b>285</b>	<b>4 146</b>	
Missing - N	54	0	54	
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>	

## Diagnose

Tabell 7.3 ICD 10 hoveddiagnose til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.

Diagnose	Ikke tvangsmidler	Tvangsmidler	Alle innlagte
Organiske lidelser	2	1	2
Stoffrelaterte lidelser	4	5	4
Schizofrenier	43	52	44
Affektive lidelser	23	16	23
Nevrotiske lidelser	7	5	7
Fysiske adferdssyndromer	2	0	2
Personlighetsforstyrrelser	7	9	7
Andre diagnoser	5	5	5
Mangler diagnose	6	8	6
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>
Missing - N	0	0	0
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>

## Sosiodemografiske opplysninger

## Sivilstatus

Tabell 7.4 Sivilstatus til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Sivilstatus befolkningen over 18 år

Sivilstatus	Ikke tvangsmidler	Tvangsmidler	Alle innlagte	Befolkning over 18
Ugift	61	74	62	31
Gift/ samboende	19	12	19	50
Enke/enkemann	5	4	5	8
Separert/skilt	14	11	14	11
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 835</b>	<b>283</b>	<b>4 118</b>	
Missing - N	80	2	82	
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>	

## Bosituasjon

Tabell 7.5 Bosituasjon til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.

Type bolig	Ikke tvangsmidler	Tvangsmidler	Alle innlagte
Egen bolig uten tilsyn	50	44	50
Egen bolig med tilsyn	9	9	9
Omsorgsbolig uten tilsyn	2	1	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	3	4	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning	3	4	3
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	3	2
Åpen døgninstitusjon i psyk. helsevern	10	4	10
Lukket døgninstitusjon i psyk. helsevern	3	7	3
Ikke egen bolig (bostedsløs)	18	23	18
Total	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 721</b>	<b>270</b>	<b>3 991</b>
Missing - N	194	15	209
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>

## Hovedinntektskilde

Tabell 7.6 Hovedinntektskilde til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen.

Hovedinntektskilde	Ikke tvangsmidler	Tvangsmidler	Alle innlagte
Inntekt av eget arbeid	4	3	4
Forsørget	2	3	2
Sykemelding	9	6	9
Arbeidsledighetstrygd	1	3	1
Uførepensjon	50	52	50
Alderspensjon	11	6	11
Sosialstønad	5	8	5
Annen trygd	12	13	12
Annet	4	7	5
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 802</b>	<b>280</b>	<b>4 082</b>
Missing - N	43	5	118
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>

## Utdanning

Tabell 7.7 Utdanning til pasienter som har blitt utsatt for tvangsmidler i prosent, sammenlignet med pasienter som ikke er blitt utsatt og med hele pasientpopulasjonen til sammen. Utdanning befolkningen over 18 år.

Utdanning	Ikke tvangsmidler	Tvangsmidler	Alle innlagte	Befolkning
Universitet og høyskole	11	12	11	24
Videregående skole/yrkesrettet utd.	37	37	37	56
Grunnskole (7-10 årig)	47	46	47	20
Ikke fullført grunnskole	5	5	5	(*)
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 531</b>	<b>256</b>	<b>3 787</b>	
Missing - N	384	29	413	
<b>Total N</b>	<b>3 915</b>	<b>285</b>	<b>4 200</b>	

\*) ikke angitt

## 8 Bruk av tvangsbehandling i døgninstitusjon

I Psykisk helsevernloven av 2001 § 4-4 gis det anledning til å undersøke og behandle pasienter uten samtykke.

### **§ 4-4 i Psykisk Helsevernloven av 2001 - Behandling uten samtykke**

Pasient under tvungent psykisk helsevern som beskrevet i § 3-1, kan uten samtykke undergis slik undersøkelse og behandling som klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep. Pasienten kan likevel behandles med legemidler uten samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.

Undersøkelse og behandling uten samtykke kan bare skje når det er forsøkt å oppnå samtykke til undersøkelsen eller behandlingen, eller det er åpenbart at samtykke ikke kan eller vil bli gitt. Dersom det ikke er åpenbart umulig, skal det også vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til undersøkelse og behandling uten samtykke.

Behandlingstiltak som det ikke er samtykket i, kan først benyttes etter at pasienten har vært tilstrekkelig undersøkt til å gi grunnlag for å bedømme tilstanden og behovet for behandling. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når det med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår forverring av sykdommen.

Det faglig ansvarlige treffer vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke. Vedtak om undersøkelse og behandling uten samtykke skal nedtegnes uten opphold. Vedtak etter paragrafen her kan påklages til fylkeslegen av pasienten og hans eller hennes nærmeste.

### **Merknad i loven til § 4-4**

I merknad til psykisk helsevernloven § 4-4 om behandling uten samtykke står det at følgende behandlingsformer **ikke** kan benyttes som tvangsbehandling:

- ECT, med unntak ved nødssituasjoner
- psykokirurgiske inngrep
- inngripende grensesettende tiltak
- eksperimentell tvangsbehandling

Videre står det at: Eventuell tvangsbehandling og undersøkelse skal klart være i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis.

## Utvalg

Med bakgrunn i data fra pasientregistreringen fra døgninstitusjonene kan vi si hvor mange av pasientene var innlagt på ett tidspunkt i november 2003 som hadde blitt tvangsbehandlet i løpet av de siste tre mnd. Med tvangsbehandling menes enten tvangsmedisinering eller annen type tvangsbehandling. Til sammen 388 av de 4200 pasientene i populasjonen hadde blitt tvangsbehandlet. Av disse var 300 personer blitt tvangsmedisinert og 125 pasienter var blitt tvangsbehandlet med annen type tvangsbehandling. Dette utgjør henholdsvis åtte og fire prosent av alle de innlagte pasientene. Noen pasienter var blitt både tvangsmedisinert og behandlet med annen type tvangsbehandling. Tvangsbehandling består med andre ord stort sett av tvangsmedisinering.

I dette avsnittet er tvangsmedisinering og annen type tvangsbehandling slått sammen siden antallet er såpass lavt. På slutten av avsnittet er det foretatt en egen analyse over fordeling av annen type tvangsbehandling enn legemidler per HF område.

Det var altså 125 personer av de 4200 pasientene i populasjonen som har vært utsatt for annen type tvangsbehandling. Etersom det i spørreskjemaet bare av avkrysset for om pasientene har vært utsatt for annen type tvangsbehandling, vet vi ikke helt hva slags behandling disse pasientene har mottatt. Det kan dreie seg om tvungen ECT eller tvungen deltagelse i samtaler.

## 8.1 Hvilke pasienter tvangsbehandles i døgninstitusjonene, og skiller disse seg ut fra pasientene som ikke har vært tvangsbehandlet?

### Kjønn og alder

Kjønnsfordelingen på pasientene som var blitt tvangsbehandlet var relativt lik; 51 prosent menn og 49 prosent kvinner. For hele pasientpopulasjonen var kjønnsfordelingen hhv. 49 prosent menn og 51 prosent kvinner. Aldersfordelingen på pasientene som hadde blitt tvangsbehandlet var også relativt lik hele populasjonen totalt. Det var en prosent flere i de tre yngste aldersgruppene som har vært utsatt for tvangsbehandling og to prosent flere som har vært utsatt for tvangsbehandling for de mellom 50 og 59 år. Av de som hadde blitt tvangsbehandlet hadde 67 prosent schizofrenidiagnose, sammenlignet med 42 prosent hos de som ikke hadde blitt tvangsbehandlet.

### Sosiodemografiske opplysninger

Blant de som hadde blitt tvangsbehandlet var det flere ugifte enn blant de som ikke var blitt tvangsbehandlet. Færre pasienter blant de tvangsbehandlede hadde også egen bolig uten tilsyn, 45 prosent sammenlignet med 51 prosent av de som ikke hadde blitt tvangsbehandlet. Ellers var bosituasjonen for de to gruppene relativt lik. Også når det gjelder hovedinntektskilde var de to gruppene relativt lik, med unntak av en betydelig høyere andel som var uføretrygdet (63 prosent mot 49 prosent) blant de tvangsbehandlede. Også utdanningsnivået var relativt likt. Jevnt over er dette en gruppe pasienter som er enda svakere og mer sårbar på de fleste områder enn pasientene som ikke har blitt utsatt for tvangsbehandling.

Sammenlignet med hele befolkningen var det flere som var enslige blant gruppen pasienter som var blitt tvangsbehandlet. Halvparten av Norges befolkning er gifte eller samboende, mot bare åtte prosent av de som hadde blitt tvangsbehandlet. Utdannelsesnivået var også lavere. Mens en fjerdedel av hele befolkningen har fullført utdanning på enten høyskole eller

universitet, hadde bare ti prosent av pasientene som var blitt tvangsbehandlet det. Det tilsvarende forholdet finner vi når vi ser på fullført utdanning fra videregående skole. I befolkningen som helhet har 56 prosent fullført utdanning på videregående skole, blant pasientene som har vært utsatt for tvangsbehandling hadde bare 38 prosent det.

### 8.1.1 Tabeller

#### Kjønn

Tabell 8.1 Kjønnfordeling på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.

Kjønn	Ikke Tvangsbehandlet	Tvangsbehandlet	Alle innlagte
Mann	48	51	49
Kvinne	52	49	51
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 768</b>	<b>388</b>	<b>4 156</b>
Missing - N	44	0	44
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>

#### Alder

Tabell 8.2 Aldersfordeling på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.

Alder	Ikke Tvangsbehandlet	Tvangsbehandlet	Alle innlagte	Hele befolkning
10-17 år	0	1	0	
18-29 år	25	26	25	17
30-39 år	22	23	22	21
40-49 år	21	21	21	19
50-59 år	14	16	14	18
60-69 år	8	7	8	11
70-79 år	6	5	6	9
80 år+	4	2	4	6
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 758</b>	<b>388</b>	<b>4 146</b>	
Missing - N	54	0	54	
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>	

## Diagnose

Tabell 8.3 Diagnose på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.

ICD 10 diagnose	Ikke tvangsbehandlet	Tvangsbehandlet	Alle innlagte
Organiske lidelser	2	0	2
Stoffrelaterte lidelser	4	3	4
Schizofrenier	42	67	44
Affektive lidelser	24	13	23
Nevrotiske lidelser	8	3	7
Adferdssyndromer	2	0	2
Personlighetsforstyrrelser	7	3	7
Andre diagnoser	6	4	5
Mangler diagnose	6	6	6
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>
Missing - N	0	0	0
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>

Her er det ikke satt opp antall N som mangler, men det er ikke oppgitt hoveddiagnose for seks prosent av pasientene som har blitt tvangsbehandlet.

## Sosiodemografiske opplysninger

## Sivilstatus

Tabell 8.4 Sivilstatus på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.

Sivilstatus	Ikke tvangsbehandlet	Tvangsbehandlet	Alle innlagte	Norske befolkning
Ugift	60	77	62	31
Gift/ samboende	20	8	19	50
Enke/enkemann	5	3	5	8
Separert/skilt	14	12	14	11
Totalt	100	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 733</b>	<b>385</b>	<b>4 118</b>	
Missing - N	79	3	82	
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>	



## Bosituasjon

Tabell 8.5 Bosituasjon til pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.

Type bolig	Ikke tvangsbehandlet	Tvangsbehandlet	Alle innlagte
Egen bolig uten tilsyn	51	45	50
Egen bolig med tilsyn	9	11	9
Omsorgsbolig uten tilsyn	2	1	2
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	3	4	3
Omsorgsbolig med døgnbemanning	3	4	3
Kommunalt sykehjem/servicesenter	2	2	2
Åpen avdeling i psyk. helsevern	10	8	10
Lukket avdeling i psyk. helsevern	3	5	3
Ikke egen bolig (bostedsløs)	18	21	18
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 619</b>	<b>372</b>	<b>3 991</b>
Missing - N	193	16	209
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>

## Hovedinntektskilde

Tabell 8.6 Hovedinntektskilde på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandlet og hele populasjonen av innlagte pasienter.

Hovedinntekt	Ikke tvangsbehandlet	Tvangsbehandlet	Alle innlagte
Inntekt av eget arbeid	4	2	4
Forsørget	2	2	2
Sykemelding	10	4	9
Arbeidsledighetstrygd	1	1	1
Uførepensjon	49	63	50
Alderspensjon	12	7	11
Sosialstønad	5	5	5
Annen trygd	13	9	12
Annet	4	7	5
Totalt	100	100	100
<b>Gyldig N</b>	<b>3 701</b>	<b>381</b>	<b>4 082</b>
Missing - N	111	7	118
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>

## Utdanning

Tabell 8.7 Utdanning på pasienter som er blitt tvangsbehandlet i prosent, sammenlignet med de som ikke er blitt tvangsbehandling og hele populasjonen av innlagte pasienter.

Utdanning	Ikke tvangsbehandlet	Tvangsbehandlet	Alle innlagte	Befolkning over 18
Universitet og høyskole	12	10	11	24
Vid. skole/yrkesrettet utd.	37	38	37	56
Grunnskole (7-10 årig)	47	49	47	20
Ikke fullført grunnskole	5	4	5	(*)
Totalt	100	100	100	
<b>Gyldig N</b>	<b>3 441</b>	<b>346</b>	<b>3 787</b>	<b>100</b>
Missing - N	371	42	413	
<b>Total N</b>	<b>3 812</b>	<b>388</b>	<b>4 200</b>	

\*) ikke angitt

## 8.2 Er omfanget av tvangsbehandling geografisk jevnt fordelt mellom helseforetaksområder?

Vi har beregnet hvor mange personer som hadde blitt tvangsbehandlet i hvert HF- og RHF-område per 10 000 innbygger og hvor mange prosent av pasientene som var blitt tvangsbehandlet innenfor hvert enkelt HF- og RHF-område. Det første kalles befolkningsrate per HF- og RHF-område og det andre kalles andel per HF og RHF.

Befolkningsrate/ antall personer som har blitt tvangsbehandlet per 10 000 innbygger per HF- og RHF-område

Figur 8.1 viser at det var relativt stor variasjon i hvor mange personer som ble tvangsbehandlet per 10 000 innbygger mellom HF- og RHF-område, fra Helgeland HF-område med 0,2 personer per 10 000 innbygger til Bergen HF-område med to personer per 10 000 innbygger. Asker og Bærum HF og Førde HF område ligger også høyt med 1,7 personer tvangsbehandlet per 10 000 innbygger. Helseregion Vest RHF skiller seg ut blant helseregionene med 1,7 person som hadde blitt tvangsbehandlet for per 10 000 innbygger. De fire andre helseregionene ligger lavere og relativt likt med en variasjon fra 0,7 personer til 1 person tvangsbehandlet per 10 000 innbygger. På landsbasis ble 1,1 person per 10 000 innbygger tvangsbehandlet.

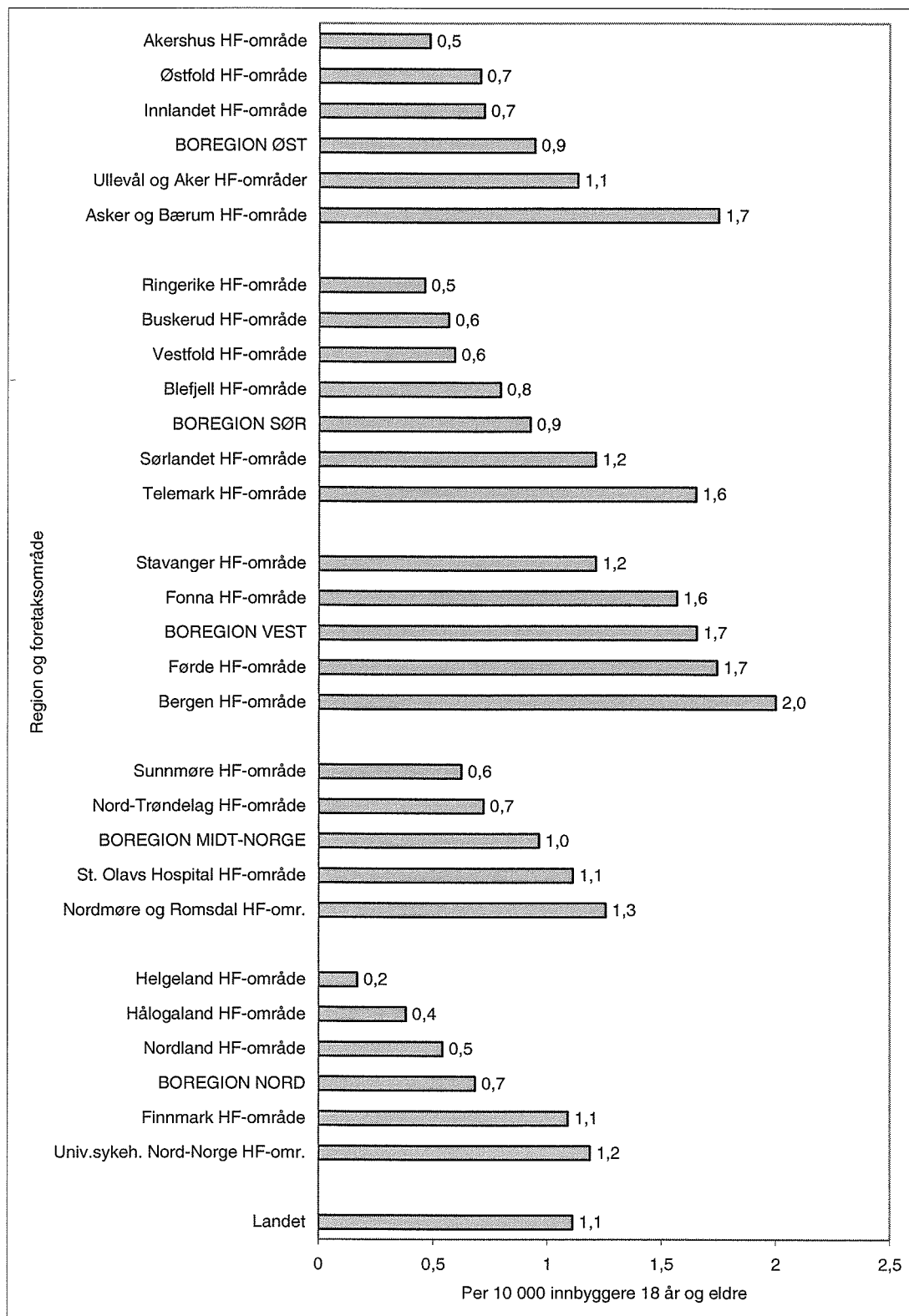
Andel pasienter som hadde blitt tvangsbehandlet per HF- og RHF-område

Figur 8.2 viser hvor mange prosent av pasientene ved hvert enkelt HF og RHF som var blitt tvangsbehandlet i løpet av de siste tre mnd. På foretaksnivå var variasjonen fra tre prosent ved Ringerike og Helgeland HF til 16 prosent av pasientene ved Førde HF. Variasjonen på regionsnivå var fra åtte prosent pasienter som var blitt tvangsbehandlet i Helseregion Nord og Øst til 12 prosent av pasientene i Helseregion Vest. For hele landet ble ni prosent av innlagte pasienter i psykisk helsevern tvangsbehandlet.

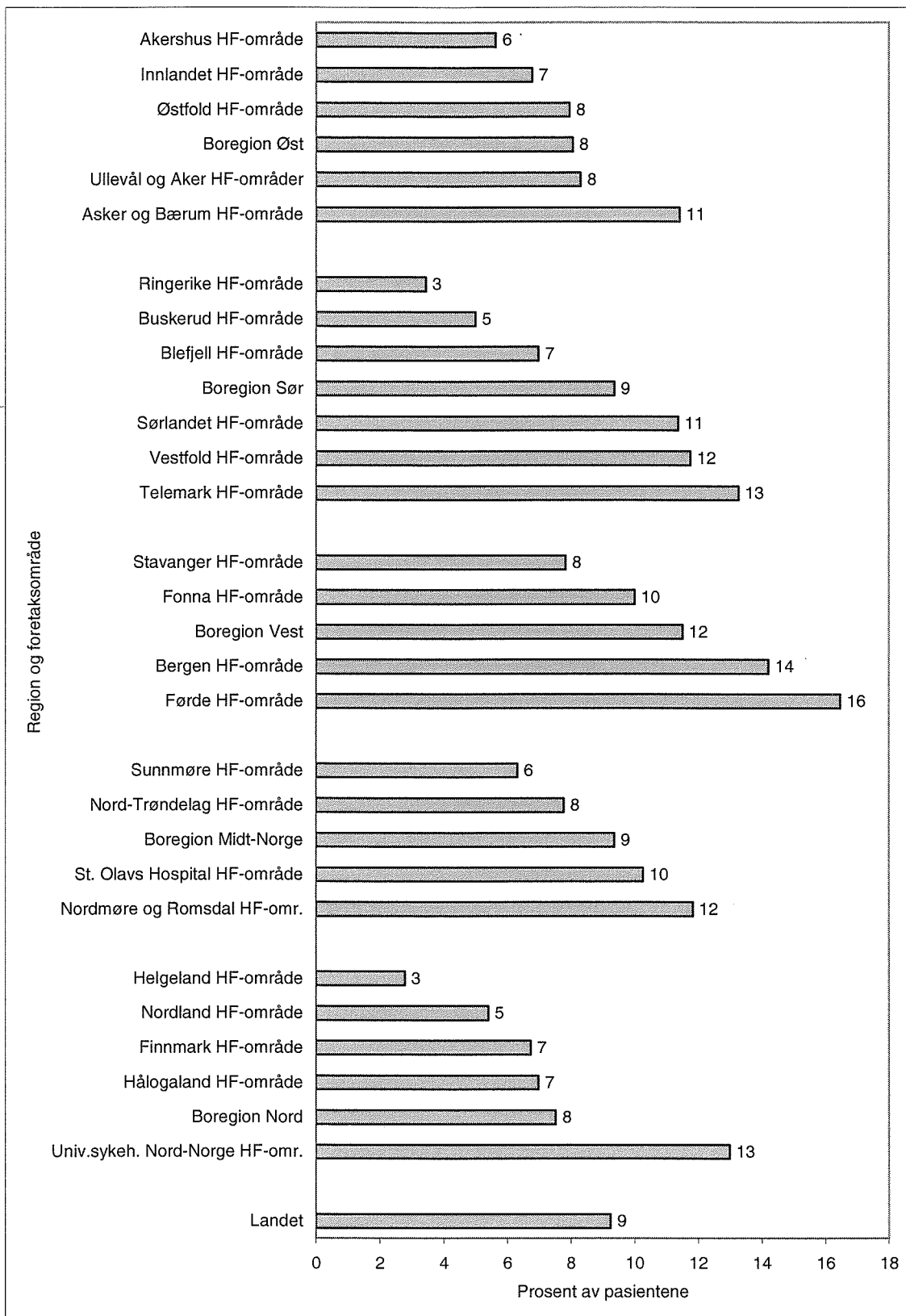
Annen type tvangsbehandling enn med legemidler per 10 000 innbygger per HF- og RHF-område

Det var i denne populasjonen 125 pasienter som var blitt tvangsbehandlet med annet enn legemidler. Figur 8.3 viser geografisk fordeling av disse pasientene per 10 000 innbygger per HF- og RHF område. Her skiller Bergen og Fonna HF-område seg ut med litt over en person per 10 000 innbyggere. Helseregion Vest (RHF) ligger også sammenlagt høyere på antall tvangsbehandlede per 10 000 innbyggere enn de fire andre Helseregionene (RHF). På landsbasis ble 0,36 person per 10 000 innbygger tvangsbehandlet med annet enn legemidler.

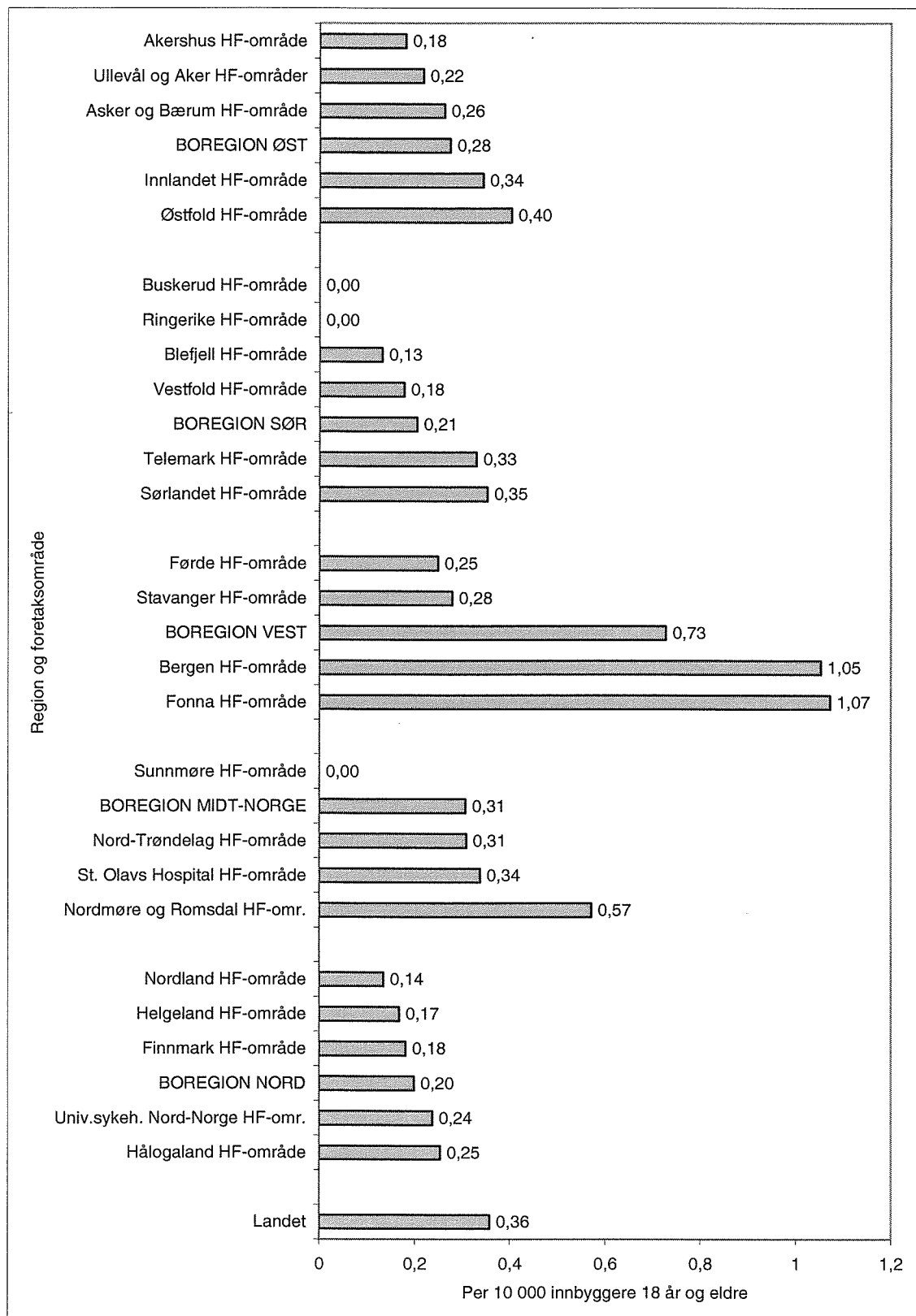
## 8.2.1 Figurer



Figur 8.1 Antall tvangsbehandlede pasienter per 10 000 innbyggere fordelt på HF- og RHF- områder. N=370 pasienter. Vi mangler opplysninger om bosted for 18 av de 388 pasientene som ble tvangsbehandlet.



Figur 8.2 Andel av pasienter som var blitt tvangsbehandlet i prosent per HF og RHF. Det vil si at dette er hvor mange prosent av de innlagte totalt per HF og RHF som hadde blitt tvangsbehandlet. Pasientpopulasjonen totalt er på 4200 pasienter. Av disse var 388 pasienter blitt tvangsbehandlet i løpet av de siste tre mnd.



Figur 8.3 Fordeling av annen type tvangsbehandling enn legemidler per 10 000 innbygger per HF- og RHF-område. Vi har opplysninger om 125 pasienter som var blitt tvangsbehandlet med noe annet enn legemidler. Det mangler opplysning om bosted for tre pasienter. Det vil si at pasientgrunnlaget i denne figuren er 122 pasienter.

## 9 Litteraturgjennomgang tvangsbehandling

### 9.1 Lovverk

I henhold til Psykisk helsevernlovens § 4-4 kan pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, både med og uten døgnomsorg, tvangsbehandles. Det er ikke anledning til å tvangsbehandle pasienter innlagt til tvungen observasjon eller de som er frivillig innlagt. For begge disse forholdene er dette ingen endring i forhold til Lov om psykisk helsevern av 1961. Det har derimot skjedd en utvidelse av behandlingsbegrepet; mens man tidligere utelukkende kunne tvangsbehandle med legemidler, er dette nå utvidet til også å gjelde deltakelse i andre behandlingsformer. Eksempler på dette vil være samtaleterapi, gruppeterapi og arbeidsterapi (Ot prp nr. 11 1998-99). Det er fortsatt ikke anledning til å tvangsbehandle pasienter med elektroshokk (ECT), men det åpnes for at dette kan brukes i spesielle nødrettssituasjoner (Merknad til § 4-4), jfr. også Grammeltvedt (2001). Det stilles krav om at tvangsbehandlingstiltak bare kan iverksettes etter "tilstrekkelig undersøkelse", og når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen. Tvangsbehandlingen skal klart være i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og klinisk praksis, og det er ikke hjemmel for eksperimentell tvangsbehandling. Det skal føres protokoll over tvangsbehandling, som på forespørsel skal legges fram for kontrollkommisjonen og fylkeslegen. Dette er protokoller som oppbevares på den enkelte post, og hvor opplysningene er individspesifikke. Det er i egen forskrift av 24. november 2000 gitt nærmere beskrivelse av prosedyrer mv. for tvangsbehandling.

### 9.2 Metode

Det ble søkt i MedLine, PsychInfo og Google Scholar på involuntary treatment, forced treatment og compulsory treatment, avgrenset til psychiatry/mental health. Denne søkestrategien ga svært mange treff, og søket ble i tillegg avgrenset til litteratur etter 1990. For artikler som ut fra tittel virket relevante ble først abstract lest, og hvis fortsatt vurdert som relevant deretter selve artikkelen. I denne prosessen ble svært mye litteratur luket ut. Ressursene har ikke tillatt en fullstendig kunnskapsoppsummering, men litteraturgjennomgangen gir en indikasjon på hva vi i dag vet (eller snarere ikke vet) om bruk av tvangsbehandling. I denne avgrensede litteraturgjennomgangen har vi sett på litteratur som helt eller delvis omhandler tvangsbehandling i tråd med Psykisk helsevernlovens definisjon i § 4-4. Vi har konsentrert oss om to områder; hva vet vi om forekomst av tvangsbehandling og hva vet vi om de pasienter som blir tvangsinnlagt?

Som det framgår av kunnskapsstatus er ennå svært lite publisert om bruk av tvangsbehandling innen det psykiske helsevernet, og det redegjøres i kapitlet for noen av årsakene til dette.

### 9.3 Aktuell litteratur

I internasjonal litteratur skilles det ofte ikke mellom tvangsinnleggelse og tvangsbehandling, og disse begrepene anvendes ofte synonymt (Salize et al. 2002). En nærmere gjennomlesning viser at artiklene omhandler tvangsbehandling forstått som tvungent psykisk helsevern. Et eksempel på dette er den etter hvert store litteraturen som er kommet om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, i litteraturen ofte betegnet som involuntary outpatient treatment. Bindman (2004) drøfter kunnskapsstatus i forhold til denne tvangsformen (og er dermed relevant i forhold til kapittel 4 i denne rapporten, men ikke i forhold til tvangsbehandling). I enkelte land skiller en ikke lovmessig mellom tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling (Salize et al. 2002:tab. 5.1).. At dette tross formelle skiller ikke er like tydelig framkommer av Steinert and Schmidts studie fra Tyskland (2004). Hvorvidt pasienten er utsatt for tvangsmedisinering eller ikke er i deres studie definert ved om pasienten er berørt eller holdt under administrering av medikasjonen eller ikke. De tilfeller hvor personalet fortalte pasienten at han/hun ville bli truet/presset (forced) til å ta medisinen ved fysisk tvang, men hvor pasienten tok medisinen uten å bli berørt, ble ikke definert som tvangsmedisinering. En slik definisjon vil gi en grov underestimering av omfanget av tvangsmedisinering i Norge!

På samme vis er det heller ikke et entydig skille i internasjonal litteratur mellom tvangsmedisinering (jfr § 4-4) og når medikamenter brukes som tvangsmiddel (jfr § 4-8 – dvs. korttidsvirkende legemidler i beroligende/bedøvende hensikt). Et eksempel på dette er Kaltiala-Heino et al. (2000) som bruker både compulsory medication, involuntary medication og forced medication om samme empiriske fenomen, uten at det ut fra artikkelen er mulig å identifisere om dette er tvangsmedisinering eller tvangsmiddel (i den norske forståelsen av skillet).

Det er videre en utfordring at mange land ikke har en praksis hvor de monitorerer denne typen tvangsbruk, eksempelvis Sveits hvor en i et større utvalg akuttavdelinger fant at under 50 prosent av avdelingene hadde et system for statistisk innhenting av opplysninger om administrering av tvangsmidler (Needham et al. 2002).

#### 9.3.1 Hva vet vi om forekomst

Vi har ikke funnet litteratur om forekomst fra andre land enn Danmark og Finland. I henhold til Sundhedsstyrelsen (2003) ble det i Danmark brukt tvangsmedisinering overfor 523 personer i 2002 (i tillegg 7 personer i barne- og ungdomsavdelinger), av totalt ca 25 000 innlagte pasienter. De tilsvarende tallene for 2001 var 586 av totalt 26123. Dette gir en andel av innlagte pasienter på noe over 2 prosent for begge år. Elektrosjokk, som ikke er tillatt annet enn i nødverge i Norge (jfr. lovgjennomgangen), ble i Danmark i 2002 brukt overfor 76 pasienter (86 i 2001). Poulsen og Olsen (2002) viser til at i perioden 1990-1998 var det en stigning fra om lag 1700 til over 9000 episoder (ikke antall pasienter) med tvangsbehandling.

Gitt at det er mulig å avgrense Kaltiala-Heino et al. (2000) sine tall til tvangsmedisinering (jfr. over) ble det i et utvalg av ca 1500 pasienter i Finland brukt tvangsmedisinering overfor 8,4 prosent av pasientene.

#### 9.3.2 Hvem anvendes tvangsmedisinering overfor?

Christensen og Onstad (2003) presenterer opplysninger om 64 tvangsbehandlede pasienter (av totalt 340) innlagt i en akuttavdeling i Oslo i perioden 1996-2000. Diagnosefordelingen var 41 prosent paranoid schizofreni, 13 prosent paranoid psykose, 13 prosent schizoaffectiv lidelse, 17 prosent bipolar affektiv lidelse og 17 prosent andre. 69 prosent var kvinner. Når det gjelder hovedinntektskilde var 14 prosent i lønnet arbeid, 31 prosent hadde uførepensjon, 13 prosent hadde sykepenges, den samme andelen var også hhv forsørget



eller hadde sosialstønning, mens 17 prosent var oppgitt som annet. Når det gjaldt samlivsstatus levde 5 prosent i parforhold.

Schepelern et al. (1994) studerte konsekvensene av endringer i dansk lovgivning (i 1989) på bruk av tvangsmedisinering, med utgangspunkt i data fra et dansk sykehus. Henholdsvis 34 (før lovendring) og 36 (etter lovendring) pasienter ble tvangsmedisinert (etter en lovbestemmelse noenlunde tilsvarende §4-4 i Psykisk helsevernloven). Dette er et lite utvalg, og diagnosefordelingen (i henhold til ICD-8) var samlet for begge periodene: Schizofreni 49 prosent, mani 23 prosent, endogen depresjon 3 prosent, reaktiv psykose 14 prosent, organisk psykose 1 prosent og andre psykoser 10 prosent. Kjønnfordelingen for hele perioden var 77 prosent kvinner og 33 prosent menn. Varighet var under gammel lov fra en til 60 dager (mean 10 dager, median 3,5 dager) og under ny lov fra en til 124 dager (mean 23 dager, median åtte dager).

Nicholson (1999) redegjør i hovedsak for amerikanske studier, og finner at i forhold til pasienter som tar sin medikasjon frivillig kjennetegnes de som tvangsmedisinert av at de er mer tilbøyelig til å overfalle eller true andre, og det brukes i høyere grad "restraint" (holding/fysiske tvangsmidler) og isolasjon overfor de. I den grad det klages fra pasientene på disse vedtakene, får de sjelden medhold (de 16 studiene som refereres viser til en refusjonsprosent på fra 70-100 prosent, de fleste i området 85-100 prosent). Verken når det gjelder korttids- eller langtidseffekt (eksempelvis klinisk effekt, liggetid og reinnleggelser) er det klare funn som peker i positiv eller negativ retning, det siteres flere studier som samlet finner alle utfall. Dette er en stor diskusjon, med betydelige metodiske utfordringer (jfr. Høyer 2000, Bindman 2004, Nicholson 1999), og bør derfor være et område en ser nærmere på i en videre kunnskapsoppbygging omkring tvangsmedisinering.



## Forskningsbehov – noen punkter

Denne rapporten er i all hovedsak en deskriptiv gjennomgang av bruken av ulike tvangsformer i det psykiske helsevernet, målt ved to tverrsnittsregistreringer høsten 2003 og våren 2004. I dette kapitlet peker vi på noen problemstillinger disse funnene avdekker, samt skisserer kort hvordan enkelte av problemstillingene kunne vært studert videre.

Ettersom denne studien er en tverrsnittsregistrering kan vi ikke si noe om behandlingsforløp og bruk av helsetjenester over tid. For å få belyst dette er vi avhengig av forløpsstudier. Behovet for forløpsstudier kan eksemplifiseres med hva som kjennetegner pasientgruppen på tvungent psykisk helsevern uten døgn. Er dette en gruppe pasienter som har lang historie med psykiske vansker bak seg, og hvor frivillige behandlingsforsøk ikke har ført frem? Eller er dette de pasientene som har lange institusjonsopphold bak seg, og som er blitt overført til kommunal omsorg som et ledd i nedbygging av døgnavdelingene i psykisk helsevern?

Et ytterligere argument for forløpsstudier gjelder de eldste. Når vi finner at gruppen pasienter over 50 år er underrepresentert både når det gjelder tvungent psykisk helsevern med og uten døgn kan man lure på om de slutter å ha behov for innleggelse eller om de legges inn andre steder i helsetjenesten.

At det er stor geografisk variasjon i hvor mange som er innlagt under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (jfr. kapittel 6) er et veldokumentert og konsistent funn, bekreftet ved tidligere norske undersøkelser over innlagte pasienter i psykisk helsevern (Bjørngård & Hatling, 2005). Det samme funnet går igjen i sammenligning mellom europeiske land (Zinkler & Priebe, 2002, Salize et al. 2002) og i internasjonale sammenligninger (Riecher-Rössler & Rössler, 1993).

I en europeisk sammenligning (Zinkler & Priebe, 2002) var det nesten 20 ganger så mange tvangsinnlagte etter befolkningsrate i de med høyest rate sammenlignet med land som har få. Etter at de har sammenlignet de ulike lands lovverk om bruk av tvungent psykisk vern konkluderes det med at "Farekriteriet" var relativt likt i de fleste land, men at det var bruken av tvungent psykisk helsevern i behandlingsøyemed som varierer en del. Studien konkluderer imidlertid også med at man ikke kan forklare den store variasjonen mellom land alene med ulike lovverk, men at det er mange andre faktorer som også har innvirkning.

Foreløpig har ikke den store geografiske variasjonen i bruk av tvungent psykisk helsevern kunne forklares. Det er imidlertid fremsatt en rekke hypoteser om hvilke faktorer som kan påvirke hvor mange som til en hver tid er tvangsinnlagt i et geografisk område. Det er også gjennomført noen studier som har analysert ulike faktorer som kan ha betydning. Mange av disse faktorene har høyst sannsynlig også betydning i å forklare geografisk variasjon i annen type tvangsbruk. Forklaringsmodeller som er fremsatt er blant annet:

- Variasjon i tilgjengelighet på sengeplasser
- Storbyproblematikk versus distriktskommuner
- Store versus små kommuner
- Variasjon i hvor mange personer i befolkningen som har alvorlig psykisk lidelse
- Variasjon i egenskaper ved pasientene; diagnose, kjønn, demografiske faktorer
- Egenskaper ved personalet, utdanningsnivå, etikk og holdninger

- Egenskaper ved sengeposten, postatmosfære, postkultur
- Forskjeller i organisering og administrasjon av tjenestene
- Variasjon i hvor godt det kommunale tjenesteapparatet er bygget ut
- Lokale kulturforskjeller, paternalisme, toleranse for avvik og annerledes atferd
- Forskjeller i familienettverk, nærmiljønettverk og profesjonelt nettverk
- Forskjeller i behandlingsideologi, lokalt og individuelt hos fagfolk
- Ulik fortolkning av lovverket
- At det er ulik geografisk fordeling av ulike typer sykehus og avdelinger, for eksempel sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger som bruker mer tvang enn andre typer avdelinger

En norsk studie (Bjørngaard & Heggstad, 2001) fant at en god del av forskjellene mellom sykehusene i forekomst av tvangsinnleggelse skyldes ulik pasientsammensetning, målt ved pasientenes kjønn, alder, tidligere innleggelse og diagnose. Samtidig viser analysene at det er forskjeller utover det som kan tilskrives ulik pasientsammensetning.

En canadisk studie (Malla & Norman, 1988) fant også at antall innlagte i befolkningen hadde en viss sammenheng med hvor langt det var til nærmeste akuttavdeling og med hvor stor befolkningen i kommunen var. Det var flere innlagte i befolkningen jo nærmere det var til en akuttavdeling og i små kommuner med færre enn 500 innbyggere og i store kommuner med flere enn 30 000 innbyggere.

Den europeiske sammenligningen (Zinkler & Priebe, 2002) konkluderer med at de store geografiske forskjellene ser ut til å bli påvirket av fagfolkens (personalets) etikk og holdninger, sosiodemografiske faktorer ved pasientene, befolkningens opplevelse av frykt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og de respektive lands lovverk.

At det er såpass stor variasjon i hvor hyppig tvungent psykisk vern uten døgn benyttes antyder at det er svært ulik praksis mellom de enkelte DPS. En av de faktorene som kan påvirke denne variasjonen kan være at jo mer HF-områdene har bygget ned sine døgnbehandlingss plasser og skrevet pasientene som hadde vært innlagt lenge ut, jo hyppigere vil de også bruke tvungent psykisk vern uten døgn. Det vil med andre ord si at noen pasienter som blir skrevet ut etter lange opphold i psykisk helsevern blir skrevet ut på tvungent psykisk vern uten døgn, og at dette kan være en forutsetning for at noen pasienter kan klare seg utenfor institusjon. Slik sett kan et tvungent psykisk vern ute sikre noen pasienter en tettere oppfølging fra DPS-et enn de ville fått ellers.

En annen mulig hypotese kan være at bruken av tvungent vern uten døgnopphold vil være betinget av kapasiteten ved poliklinikkene. Med andre ord om poliklinikken må ha en viss kapasitet for å ha anledning til å følge opp pasienter under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Vi har derfor undersøkt i hvilken grad tvangsratene var korrelert med antall pasienter totalt ved poliklinikkene. For tvangsrate ved behandlingsstart var korrelasjonskoeffisienten 0,58, for tvangsrate ved registreringstidspunkt var korrelasjonskoeffisienten<sup>8</sup> 0,38. Kapasitet synes med andre ord å påvirke bruken av tvungent vern, men kan ikke alene forklare variasjonene. Det er derfor behov for ytterligere studier for å avklare årsakene.

Et annet eksempel som fordrer samme type studier: Ullevål og Aker, Sykehuset Telemark og Nordlandssykehuset HF område skiller seg ut med høye rater tvangsmedisinerte personer per 10 000 innbygger (jfr. kapittel 8), Og ligger dobbelt så høyt som landsgjennomsnittet. Dette kan være områder i landet som har kommet langt i å bygge ned sengepostene og derfor har en høy andel pasienter under tvang utenfor institusjon.

---

<sup>8</sup> Korrelasjon er et statistisk uttrykk for at det er en sammenheng mellom to faktorer. Dette kan også kalles samvariasjon. Korrelasjonen uttrykker bare at det er en sammenheng mellom to variabler og sier ingen ting om hvilken variabel som eventuelt påvirker hvem. Man kan dermed ikke trekke slutninger om årsakssammenheng ut i fra korrelasjon. Hvor stor sammenheng det er mellom to variabler uttrykkes gjennom korrelasjonskoeffisienten. Denne går fra 0 (ingen sammenheng) til 1 (komplett sammenheng). En korrelasjonskoeffisient på 0,5 og mer er regnet som relativt høy.

At det er såpass stor variasjon mellom HF-områdene når det gjelder andel tvangsmedisinerte skyldes sannsynligvis flere faktorer. Poliklinisk kapasitet, lokal kultur og i hvor stor grad sengeplassene er redusert er noen faktorer som har vært nevnt for å forklare variasjon i tvangsbruk. Som nevnt tidligere kan også det at et HF bruker mye tvang utenfor institusjon være en konsekvens av å ha fulgt helsepolitiske føringer om å bygge ned døgnavdelingene i psykisk helsevern. Hvis det er brukt på denne måten kan tvungent psykisk vern sikre pasientene nødvendig oppfølging slik at de kan klare seg utenfor institusjon og i egen bolig.

På samme måte er det også behov for å gå dypere inn i beslutningsprosessen rundt bruk av de ulike tvangsformer, gjerne ved å intervju klinikere eller følge de kliniske beslutningsprosesser. Dette kan illustreres med spørsmålet om hvorfor man bruker psykisk helsevern uten døgn overfor en eldre populasjon enn med døgn. Skyldes det at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold primært benyttes overfor pasienter som enten har lange institusjonsopphold bak seg eller som har hatt flere opphold i døgninstitusjon? Etter flere institusjonsopphold kan det tenkes at behandlerne tenker at personen trenger tettere oppfølging gjerne i form av medisinering mens vedkommende bor hjemme. Da kan det tvungne helsevernet bli en måte å forsøke å forebygge nye tvangsinnleggelse med.

Vi finner at pasienter på tvungent vern uten døgnopphold fikk om lag 15 prosent kortere behandling i løpet av registreringsperioden enn de på frivillig vern (jfr kapittel 4.6). Er dette klinisk begrunnet, ved at behandlingen for pasientene på tvungent vern uten døgn for det meste består av å motta depotmedisinering, og at det dermed tar kortere tid enn samtaler? Og at samtalebehandlingen for denne gruppen i større grad gis i 1. linjetjenesten? Eller er det et uttrykk for at dette er en nedprioritert gruppe i den polikliniske virksomheten, fordi andre grupper oppfattes som mer behovstrengende eller som mer faglig interessante å behandle? Dette fordrer studier av prioriteringsmekanismer, koplet mot studier av hele behandlingstilbudet pasienter og pasientgrupper mottar.

Vi viser i kapittel 6 til at behandlerne mener at for noe i overkant av 20 prosent av de som er innlagt (enten det er på tvang eller frivillig) er det ønskelig at de har døgntilbud i spesialisthelsetjenesten som permanent bolig. Er dette et uttrykk for at spesialisthelsetjenesten ikke er enig i den utstrakte tilbakeføringen til kommunene som nå skjer, eller at det er et betydelig behov for permanente døgnplasser en i arbeidet med Opptappingsplanen så langt ikke har klart eller villet fange opp? Nærmere studier av denne gruppen ved hjelp av foreliggende materiale kan bringe oss svar på pasientnivå (diagnose, alder, geografisk tilhørighet), men det er også nødvendig med studier av behandlernes vurderinger (spørreskjema, vignetter, dybdeintervju) for å få svar på behandlernivå.

Pasientene som det er blitt brukt tvangsmidler overfor var gjennomgående yngre. Det var også en overvekt av kvinner blant disse. Dette strider litt med det man kanskje umiddelbart tenker om at menn er mer voldelige enn kvinner. En studie fra Ullevål (Knutsen, 2002) fant også at det oftere ble brukt tvangsmidler overfor kvinner enn overfor menn. Det visste seg i denne studien (Knutsen, 2002) at det var en liten gruppe kvinner som ble utsatt for veldig mye tvangsmiddelbruk og at det ikke dreide seg om mange personer. Denne studien kan ikke si noe om årsak til denne interessante kjønnsforskjellen, og dette er en problemstilling som burde undersøkes nærmere.

På landsbasis ble 0,36 person per 10 000 innbygger tvangsbehandlet med annet enn legemidler. Hva som ligger bak dette tallet er en interessant problemstilling å undersøke videre. Er det slik at en bruker ECT i en slik størrelsesorden, selv om det kun kan gis med tvang i en nødrettssituasjon, eller er det gruppeterapi som gis med tvang? Og hva er i så fall effekten av slike behandlingstilbud?



# Litteratur

Bindman, J. (2004): Involuntary outpatient treatment in England and Wales, *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 15:595-598.

Bjørngaard J. H., Hatling, T. (2003) Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern i 2001, SINTEF Unimed Psykisk helsearbeid rapport STF78 A035004.

Bjørngaard J. H., Heggstad T. (2001) Kan ulike pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3369-74.

Christensen TB., S. Onstad (2003): Tvangsbehandling med legemidler i en psykiatrisk akuttavdeling *Tidsskr Nor Lægeforen*; 123: 921 - 4.

Grammeltvedt, G. (2001): Kan elektrokonvulsiv behandling gis med tvang? *Tidsskr Nor Lægeforen*; 121: 2537.

Gråwe, R. W., Hagen, H., Husum T. L., Pedersen, P. B., Ruud T. (2005) Pasienter som mottar poliklinisk behandling i psykisk helsevern for voksne – september 2004, SINTEF Helse Rapport STF78 A055013.

Ekeberg Ø. (2003): Tvangstiltak i norsk psykiatri, *Tidsskr Nor Lægeforen*, Vol. 123: 914.

Hagen, H., Ruud T. (2004) Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003, SINTEF Helse Rapport 3/04.

Hatling, T.; Krogen, T. and Ulleberg, P. (2002a): Compulsory admissions to psychiatric hospitals in Norway – international comparisons and regional variations, *Journal of Mental Health*, Vol. 11, No 6:623-634.

Hatling, T., M. Ådnanes og P.B. Pedersen (2002b): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, Rapport STF78 A025017

Hatling, T. (2002): Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern, I R. Norvoll (red.): *Samfunn og psykiske lidelser*, Gyldendal akademisk, Oslo.

Høyer, G. (2000): On the justification for civil commitment, *Acta Psychiatr Scand*, Suppl, Vol 101:65-71.

Kaltiala-Heino, R., J. Korkeila, C. Touhimäki et al. (2000): Coercion and restrictions in psychiatric treatment, *Eur Psychiatry*, Vol. 15:213-9.

Knutsen, M. (2002) Bruk av tvangsmidler i en psykiatrisk akuttavdeling årene 1994-1999. Hovedfagsoppgave til Seksjon for helsefag. Det Medisinske Fakultet. Universitet i Oslo.

LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven).

Malla A., Ross M. G. Norman (1988) Involuntary admissions in a Canadian province: the influence of geographic and population factors. *Soc Psychiatry Epidemiology*. 23: 247-251.

Needham, I, C. Abderhalden, T. Dassen et al. (2002): Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry, *Swiss Med Wkly*, 132:253-258.

Nicholson, RA. (1999): The effects of coerced psychiatric hospitalization and treatment, In JP. Morrissey and J. Monahan (eds.): *Research in community and mental health* Vol. 10, Coercion in mental health services. International perspectives, JAI Press, Stamford.

Opptrappingsplanen for psykiske helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak. Øremerkede tilskudd til kommunene 1999. Rundskriv 1-4/99. Det kongelige sosial- og helsedepartementet.

Pedersen, P. B., Hatling, T., Bjørngaard J. H. (2004a): Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2002, SINTEF Helse rapport STF78 A045003.

Pedersen, P. B., Hatling, T., Bjørngaard J. H. (2004b): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003 SINTEF Helse rapport STF78 A045029.

Poulsen, HD. og CE. Olsen (2002): Anvendelse og registrering af tvang i psykiatrien i det nye årtusinde, Ugeskr Læger Vol 164:4664-7.

Riecher-Rössler A., Rössler W. (1993) Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. Acta Psychiatr Scand. 87: 231-236.

Salize, HJ., H. Drezing, M. Peitz (2002): Compulsory admissions and involuntary treatment of mentally ill patients – legislation and practice in EU-member countries, Report to the EU-commission.

Steinert T. and P. Schmidt (2004): Effect of Voluntariness of Participation in Treatment on Short-term Outcome of Inpatients with Schizophrenia, Psychiatric Services, Vol. 55, No.7:786-791.

Stortingsmelding nr 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Sundhedsstyrelsen (2003): Anvendelse af tvang i psykiatrien 2002. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2003:20.

Zinkler M., Priebe S. (2002) Detention of the mentally ill in Europe – a review. Acta Psychiatr Scand. 106: 3-8.

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



## Vedlegg

Spørreskjemaene som er brukt til å samle inn data som vedlegg:

Spørreskjema om pasienter i poliklinikk

Spørreskjema om pasienter i døgninstitusjoner



## PASIENTER I POLIKLINISK- ELLER DAGBEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN

Det skal fylles ut ett skjema for hver pasient som blir behandlet i registreringsperioden.  
Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Helse.

OPPLYSNINGER OM BEHANDLINGSENHET OG BEHANDLER	
<b>Institusjonens navn:</b> <input type="text"/>  <b>Navn på team/post/avdeling</b> <input type="text"/>	<b>Behandlers/utfyllers yrkesbakgrunn</b> <input type="checkbox"/> Psykiater <input type="checkbox"/> Lege uten spesialitet i psykiatri <input type="checkbox"/> Psykolog med spesialitet i klinisk psykologi <input type="checkbox"/> Annen psykolog <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleier <input type="checkbox"/> Annen sykepleier <input type="checkbox"/> Klinisk sosionom <input type="checkbox"/> Annen sosionom <input type="checkbox"/> Klinisk pedagog <input type="checkbox"/> Annen pedagog <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Annet
<b>Er pasienten bosatt i behandlingsenhetens opptaksområde?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>Behandles pasienten av et tverrfaglig team?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
OPPLYSNINGER OM PASIENTEN	
<b>Kjønn</b> <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	<b>Hvor mange timer behandling mottar pasienten i løpet av registreringsperioden?</b>  Antall: <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Alder</b> <input type="checkbox"/> 0-17 år <input type="checkbox"/> 50-59 år <input type="checkbox"/> 18-29 år <input type="checkbox"/> 60-69 år <input type="checkbox"/> 30-39 år <input type="checkbox"/> 70-79 år <input type="checkbox"/> 40-49 år <input type="checkbox"/> 80 år og eldre	<b>Bosituasjon ved registreringen</b> <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Alene m/barn <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer og barn <input type="checkbox"/> Med andre voksne <input type="checkbox"/> Uten fast bopel <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Annet
<b>Sivilstatus på registreringstidspunktet</b> <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Registrert partnerskap	<b>Henvisende instans</b> <input type="checkbox"/> Pasienten/familien <input type="checkbox"/> Privatprakt. spesialist <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Psyk. sengeavdeling <input type="checkbox"/> Øvrig primærhelsetjeneste <input type="checkbox"/> Politi/fengsel/rettsvesen <input type="checkbox"/> Somatisk institusjon/avd <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/> Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Ingen
<b>Hovedinntektskilde siste år (Kryss av bare ett alternativ)</b> <input type="checkbox"/> Lønnet arbeid <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Forsørget <input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Arbeidsledighetstrygd <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Syke-/rehabiliteringspenger <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Attføringspenger <input type="checkbox"/> Ukjent	<b>Tidligere behandling for psykisk lidelse siste 12 mnd (Flere alternativer kan avkrysses)</b> Behandlet i primærhelsetjenesten <input type="checkbox"/> Behandlet ved offentlig psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykiater <input type="checkbox"/> Behandlet hos privatpraktiserende psykolog <input type="checkbox"/> Innleggelse ved døgninst. i psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Dømt til psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Rusinstitusjon, døgnenhet <input type="checkbox"/> Rusinstitusjon, poliklinisk <input type="checkbox"/> Annen behandling psykisk helsevern <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/>
<b>Utdanning (Kryss av bare ett alternativ)</b> <input type="checkbox"/> Eksamen fra universitet eller høyskole <input type="checkbox"/> Videregående skole eller yrkesrettet utdanning <input type="checkbox"/> Grunnskole (7-9 årig) <input type="checkbox"/> Ikke fullført grunnskole	



## NÅVÆRENDE BEHANDLINGSSITUASJON

<b>Type pasient</b> (Flere alternativer kan krysses av) <input type="checkbox"/> Poliklinisk pasient <input type="checkbox"/> Dagpasient <input type="checkbox"/> Pasienten behandles ambulant	<b>Betydelige spiseforstyrrelser</b> Anorexi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Bulimi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																														
<b>Mottar institusjonen polikliniske refusjoner for pasienten?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	<b>Var pasienten ved behandlingsstart underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																														
<b>Aktuell behandlingssekvens</b>  Varighet til nå (antall mnd) <span style="float: right;">   </span>  Antall konsultasjoner/oppmøter i registreringsperioden <span style="float: right;">   </span>	<b>Er pasienten NÅ underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																														
<b>Inntaksmåte</b> <input type="checkbox"/> Vanlig henvisning <input type="checkbox"/> Ø-hjelp	<b>Hvis pasienten var eller er underlagt tvungent psykisk helsevern – hvilke tilleggskriterier var/er tilstede</b> (Flere alternativer kan krysses av) <input type="checkbox"/> Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv/helse <input type="checkbox"/> Utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres <input type="checkbox"/> Pasienten vil lide overlast (gjelder behandlingsstart før 2001)																														
<b>Har pasienten stått på venteliste for å få behandling?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  <b>Hvis ja, angi ventetid i uker fra henvisning er mottatt til behandlingsstart</b>  Antall uker <span style="float: right;">   </span>	<b>Ble pasienten ved behandlingsstart behandlet med legemidler uten eget samtykke?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  <b>Behandles pasienten NÅ med legemidler uten eget samtykke?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Diagnose (ICD-10)</th> <th style="text-align: center;">Hoved- diagnose</th> <th style="text-align: center;">Bi- diagnose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Organiske psykiske lidelser (F00-F09)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Rus-lidelser (F10-F19)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Schizofrenier og paranoide lidelser (F20-F29)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Stemnings-/affektive lidelser (F30-F39)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nevrotiske lidelser (fobier, angst, tvang, mm F40-F48)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Adferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-F59)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Andre lidelser (F70-F98)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pasienten er under utredning/diagnose ikke satt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Diagnose (ICD-10)	Hoved- diagnose	Bi- diagnose	Organiske psykiske lidelser (F00-F09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rus-lidelser (F10-F19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizofrenier og paranoide lidelser (F20-F29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stemnings-/affektive lidelser (F30-F39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nevrotiske lidelser (fobier, angst, tvang, mm F40-F48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-F59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre lidelser (F70-F98)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pasienten er under utredning/diagnose ikke satt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Individuell plan</b> Har pasienten slik plan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Har behandlingssenheten evt. en spesifisert rolle i den? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Diagnose (ICD-10)	Hoved- diagnose	Bi- diagnose																													
Organiske psykiske lidelser (F00-F09)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Rus-lidelser (F10-F19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Schizofrenier og paranoide lidelser (F20-F29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Stemnings-/affektive lidelser (F30-F39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Nevrotiske lidelser (fobier, angst, tvang, mm F40-F48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Adferdssyndromer knyttet til fysiske faktorer (F50-F59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Personlighetsforstyrrelser (F60-F69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Andre lidelser (F70-F98)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Pasienten er under utredning/diagnose ikke satt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<b>Suicidalproblemer/selvskadetendens siste år</b> Nei <input type="checkbox"/> Selvskadetendens <input type="checkbox"/> Selvmordstanker <input type="checkbox"/> Selvmordstrusler <input type="checkbox"/> Selvmordsforsøk <input type="checkbox"/>	<b>Hvilket bo-/døgntilbud har pasienten, og hvilket er ønskelig?</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Faktisk</th> <th style="text-align: center;">Ønskelig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Egen bolig</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Egen bolig med tilsyn</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Omsorgsbolig uten tilsyn</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Omsorgsbolig med døgnbemanning</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kommunalt sykehjem/servicesenter</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Åpen døgninst. i psykisk helsevern</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lukket døgninst. i psykisk helsevern</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Annet</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Faktisk	Ønskelig	Egen bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Egen bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunalt sykehjem/servicesenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Åpen døgninst. i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lukket døgninst. i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faktisk	Ønskelig																													
Egen bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Egen bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Omsorgsbolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Omsorgsbolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Kommunalt sykehjem/servicesenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Åpen døgninst. i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Lukket døgninst. i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<b>Rusmiddelmissbruk de siste ukene før behandlingsstart</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ingen</th> <th style="text-align: center;">Lite</th> <th style="text-align: center;">Middels</th> <th style="text-align: center;">Stort</th> <th style="text-align: center;">Vet ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alkohol</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Medikamenter</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Narkotika</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Ingen	Lite	Middels	Stort	Vet ikke	Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hvis det tilbudet pasienten mottar ikke anses å være tilstrekkelig, skyldes dette i så fall:</b> Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud <input type="checkbox"/> Vi mangler aktuell kompetanse <input type="checkbox"/> Vi har kompetanse, men for liten kapasitet <input type="checkbox"/>						
	Ingen	Lite	Middels	Stort	Vet ikke																										
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<b>Hvis pasienten har en ruslidelse, har behandlingssenheten et behandlingsansvar for denne?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei																															



**DØGNPASIENTER I PSYKISK HELSEVERN 20 NOVEMBER 2003**

Det skal fylles ut ett skjema for hver døgnpasient som er innlagt ved institusjonen 20 november 2003

Utfylte skjema sendes samlet til SINTEF Unimed senest 20 desember 2003.

Se vedlagte rettleiding for utfylling av skjema.

<b>Type post/basisenhet</b>									
<b>Kjønn</b> <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne									
<b>Fødselsår</b>	<input type="text"/>								
<b>Sivilstatus per 20. november 2003</b> <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Separert/skilt									
<b>Hovedinntektskilde ved innleggelse (kryss av bare ett alternativ)</b> <input type="checkbox"/> Inntekt av eget arbeid <input type="checkbox"/> Forsørget <input type="checkbox"/> Sykemelding <input type="checkbox"/> Arbeidsledighetstrygd <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Sosial stønad <input type="checkbox"/> Annen trygd <input type="checkbox"/> Annet									
<b>Utdanning (kryss av bare ett alternativ)</b> <input type="checkbox"/> Fullført eksamen fra universitet og høyskole <input type="checkbox"/> Videregående skole/yrkesrettet utdanning <input type="checkbox"/> Grunnskole (7-10 årig) <input type="checkbox"/> Ikke fullført grunnskole									
<b>Hjemstedskommune (se veiledning)</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:right; border:none;">Kommunenavn</td> <td style="border:none;">Kommunenr</td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Oppvekstkommune/land .....</td> <td style="border:1px solid black; width:100px; height:20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Bostedskommune.....</td> <td style="border:1px solid black; width:100px; height:20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Bydel.....</td> <td style="border:1px solid black; width:100px; height:20px;"></td> </tr> </table>		Kommunenavn	Kommunenr	Oppvekstkommune/land .....		Bostedskommune.....		Bydel.....	
Kommunenavn	Kommunenr								
Oppvekstkommune/land .....									
Bostedskommune.....									
Bydel.....									
<b>Når innskrevet (nåværende opphold)</b> Dag <input type="text"/> <input type="text"/> Måned <input type="text"/> <input type="text"/> År <input type="text"/> <input type="text"/>									

<b>Ble pasienten innlagt som øyeblikkelig hjelp?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>																							
<b>Er dette pasientens første opphold ved døgninstitusjon?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>																							
<b>Henvisningsformalitet ved innleggelse</b> Frivillig <input type="checkbox"/> Tvungent observasjon/undersøkelse <input type="checkbox"/> Tvungent psykisk helsevern <input type="checkbox"/>																							
<b>Spesialistvedtak ved innleggelse og nåværende status</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center; border:none;">Vedtak ved innleggelse</td> <td style="text-align:center; border:none;">Nåværende status</td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Frivillig innleggelse</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Frivillig kontrakt</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Tvungen undersøkelse</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Tvungent psykisk helsevern</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Dømt til psykisk helsevern</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Annen lovhjemmel</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Vedtak ved innleggelse	Nåværende status	Frivillig innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frivillig kontrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvungen undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvungent psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dømt til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annen lovhjemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vedtak ved innleggelse	Nåværende status																					
Frivillig innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Frivillig kontrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Tvungen undersøkelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Tvungent psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Dømt til psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Annen lovhjemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<b>Ved innleggelse til tvungent psykisk helsevern var følgende tilleggskriterier tilstede (flere alternativer kan krysses av)</b> <input type="checkbox"/> Pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv/helse <input type="checkbox"/> Utsikt til helbredelse/vesentlig bedring reduseres <input type="checkbox"/> Pasienten vil lide overlast (gjelder innleggelse før 2001)																							
<b>Bruk av tvangsmidler siste 3 mnd</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center; border:none;">Ja</td> <td style="text-align:center; border:none;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Mekaniske tvangsmidler</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Isolasjon</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Korttidsvirkende legemidler</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Ja	Nei	Mekaniske tvangsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isolasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korttidsvirkende legemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	Ja	Nei																					
Mekaniske tvangsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Isolasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Korttidsvirkende legemidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<b>Vedtak om tvangsbehandling siste 3 mnd</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center; border:none;">Ja</td> <td style="text-align:center; border:none;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Legemiddelbehandling</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Annen behandling</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Ja	Nei	Legemiddelbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annen behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	Ja	Nei																					
Legemiddelbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Annen behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<b>Diagnoser (ICD-10) (bokstav, to siffer, 1-2 desimaler)</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="border:none;">Hoveddiagnose</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/><input type="text"/></td> <td style="text-align:center; border:none;">.</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Bidiagnose 1</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/><input type="text"/></td> <td style="text-align:center; border:none;">.</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border:none;">Bidiagnose 2</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/></td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/><input type="text"/></td> <td style="text-align:center; border:none;">.</td> <td style="text-align:center; border:none;"><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </table>			Hoveddiagnose	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> <input type="text"/>	Bidiagnose 1	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> <input type="text"/>	Bidiagnose 2	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> <input type="text"/>						
Hoveddiagnose	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> <input type="text"/>																			
Bidiagnose 1	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> <input type="text"/>																			
Bidiagnose 2	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> <input type="text"/>																			





<b>Rusmiddelmisbruk de siste uker før innleggelse</b>				
	Lite	Middels	Stort	Vet ikke
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker klienten heroin/opiater? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ukjent				
<b>Betydelige spiseforstyrrelser</b>		Anorexi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Bulimi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>Suicidalproblemer/selvskadetendens i forbindelse med nåværende opphold</b>		<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Selvskadetendens	
		<input type="checkbox"/> Selvmordstrusler	<input type="checkbox"/> Selvmordsforsøk	
<b>Anses pasienten som farlig for andre?</b>				
Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>				
<b>Hjelp til personlig stell</b>				
	Av-/på-kledning	Personlig hygiene	Spising	
Trenger ikke hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trenger noe hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Helt avhengig av hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Er det én koordinator for de samlede tilbud til denne pasienten?</b>				
Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/>				
<b>Samlet vurdering av klinisk bedring siden innleggelse</b>				
Mye dårligere	<input type="checkbox"/>			
Noe dårligere	<input type="checkbox"/>			
Ingen endring	<input type="checkbox"/>			
Litt bedre	<input type="checkbox"/>			
En del bedre	<input type="checkbox"/>			
Mye bedre	<input type="checkbox"/>			
Svært mye bedre	<input type="checkbox"/>			
<b>Hvilke andre instanser samarbeides det med om denne pasienten? (flere alternativer kan avkrysses)</b>				
Pårørende	<input type="checkbox"/>			
<b>Kommunale tjenester</b>				
Fastlege	<input type="checkbox"/>			
Pleie/omsorgstjenester	<input type="checkbox"/>			
Sosialtjeneste	<input type="checkbox"/>			
Team i psykisk helsearbeid	<input type="checkbox"/>			
<b>Spesialisthelsetjenesten</b>				
Psykiatrisk poliklinikk	<input type="checkbox"/>			
Dagavdeling/ambulant team	<input type="checkbox"/>			
Somatisk sykehus	<input type="checkbox"/>			
<b>Andre instanser</b>				
Arbeidssted	<input type="checkbox"/>			
Skole	<input type="checkbox"/>			
A-etat	<input type="checkbox"/>			
Trygdekontor o.l.	<input type="checkbox"/>			
Rusomsorg/rusinstitusjon	<input type="checkbox"/>			
Politi/fengsel	<input type="checkbox"/>			
Ingen	<input type="checkbox"/>			

<b>Hva slags permanent bolig har pasienten?</b>		
Egen bolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>	
Egen bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>	
Omsorgsbolig uten tilsyn	<input type="checkbox"/>	
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid	<input type="checkbox"/>	
Omsorgsbolig med døgnbemanning	<input type="checkbox"/>	
Kommunalt sykehjem/servicesenter	<input type="checkbox"/>	
Åpen døgninstitusjon i psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	
Lukket døgninstitusjon i psyk. helsevern	<input type="checkbox"/>	
Ikke egen bolig (bostedsløs)	<input type="checkbox"/>	
<b>Nåværende og ønskelig bo/behandlingssted</b>		
Kryss av <u>ett</u> faktisk og <u>ett</u> ønskelig tilbud		
<b>Type institusjon</b>	Faktisk	Ønskelig
Sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykehjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privat pleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Type post</b>		
Akuttpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korttidspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intermediærpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langtidspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringspost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alderspsykiatrisk post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterkavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen type post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunale døgntilbud</b>		
Kommunalt sykehjem/servicesenter		<input type="checkbox"/>
Omsorgsbolig med døgnbemanning		<input type="checkbox"/>
Omsorgsbolig med tilsyn på dagtid		<input type="checkbox"/>
Omsorgsbolig uten tilsyn		<input type="checkbox"/>
Egen bolig med tilsyn		<input type="checkbox"/>
Egen bolig uten tilsyn		<input type="checkbox"/>
<b>Andre tilbud</b>		
Poliklinisk tilbud		<input type="checkbox"/>
Dagtilbud innen psykisk helsevern		<input type="checkbox"/>
Kommunalt dagtilbud		<input type="checkbox"/>
Oppfølging ved ambulante team		<input type="checkbox"/>
<b>Aktuelle behandlingsformer/tiltak (flere alternativer kan krysses av)</b>		
	Faktisk	Ønskelig
Behandling med medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtale med en behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppebehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtale der pasientens nærmeste deltar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treningsopplegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlingsopplegg for rusproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hvis tilbudet ikke anses å være tilstrekkelig, skyldes dette i så fall:</b>		
Pasienten ønsker ikke mer hjelp/tilbud	<input type="checkbox"/>	
Vi mangler aktuell kompetanse her	<input type="checkbox"/>	
Vi har kompetanse, for liten kapasitet	<input type="checkbox"/>	



