

# Geografiske forskjeller i tvangsinnleggelses

*Det er store forskjeller mellom helseforetakene i antall tvangsinnleggelses. Det var et mål i opptrappingsplanen for psykisk helsevern å redusere bruk av tvang, men dette målet har vært vanskelig å nå. Sammenlignet med andre land ligger Norge høyt i bruk av tvangsinnleggelses i forhold til innbyggertall. Innad i Norge finner vi færrest innleggelses på tvang i Førde og flest i Troms/Finmark.*

Et av hovedmålene i Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (1999-2008) var mest mulig bruk av frivillighet – behandlingen skulle gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former. Men fram til 2004 var det ingen indikasjon på lavere bruk av tvang, snarere tvert i mot. Fra 2004 har antall tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere, senere i artikkelen kalt tvangs-rater, holdt seg relativt stabilt (se tekstboks).

Brakerorganisasjonene Mental Helse Norge og Landsforening for Pårørende innen Psykiatri satte søkelys på den høye tvangsbruken på begynnelsen av 2000-tallet, noe som blant annet medvirket til at Sosial- og helsedirektoratet i 2006 publiserte en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. Tiltaksplanen hadde fire hovedmålsettinger: økt frivillighet, kvalitetssikret bruk av tvang, økt kunnskap og bedre dokumentasjon av tvangsbruk (Helsedirektoratet 2006).

## Sammenligninger på tvers av land

Sammenlignet med andre land ligger Norge høyt i bruk av tvangsinnleggelses for voksne i forhold til innbyggertall. Sammenligninger på tvers av landegrensener er imidlertid ofte problematiske fordi forskjeller i lovverk, kvalitet på statistikk, fordeling av oppgaver mellom tjenester og så videre kan påvirke tal-

### Lovgrunnlag

Bruk av tvang i psykisk helsevern er regulert i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, psykisk helsevernloven (lov 2. juli 1999 nr. 62) med forskrifter. Tvang i psykisk helsevern (kapittel 3, psykisk-helsevern-loven) kan deles i tre: tvangsinnleggelses, tvangsbehandling (for eksempel medikamentell behandling) og bruk av tvangsmidler (for eksempel beltelegging).

Forutsetningen for en tvangsinnleggelse er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse, og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

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

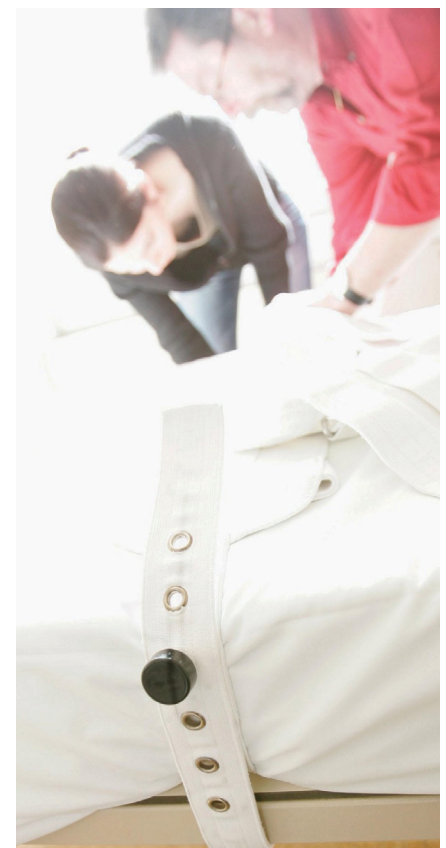
I tillegg må frivillighet ha vært forsøkt, og tvangsinnleggelsen må etter en helhetsvurdering være den beste løsningen. En tvangsinnleggelse kan enten skje som tvangsinnleggelse i institusjon til «tvungent psykisk helsevern», eller som «tvungen observasjon» i inntil ti dager, før ny vurdering blir gjort.

I denne artikkelen er det kun fokusert på tvangsinnleggelses. Det er ulike praksis mellom helseforetakene i bruk av tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Derfor har vi valgt å slå disse tallene sammen.

---

Geir Hjemås

---



**Geir Hjemås** er sosiolog og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (geir.hjemas@ssb.no)



### Inndeling i opptaksområder for helseforetakene

Norge var i 2009 delt opp i 20 offentlige soner for psykisk helsevern, i tillegg kommer de private sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, som alene har ansvaret for seks bydeler i Oslo.

Fra og med 2009 ble Ullevål universitetssykehus, Aker universitetssykehus og Rikshospitalet slått sammen til Oslo universitetssykehus. Vi har valgt å se på Ullevål og Aker hver for seg. Rikshospitalet er ikke relevant i denne sammenheng fordi de kun behandler somatiske lidelser. For å se på Oslo totalt må man også inkludere de private sykehusene Lovisenberg/Diakonhjemmet.

I 2009 ble Sykehuset Buskerud, Blefjell sykehus, Ringerike sykehus og Sykehuset Asker og Bærum slått sammen til Vestre Viken. Også her er det valgt å se på opptaksområdene hver for seg. Vi har i artikkelen valgt å dele Blefjell sykehus mellom Sykehuset Buskerud og Sykehuset Telemark.

For Nord-Norge er Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset slått sammen. Sistnevnte har ingen institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse, og henviser sine tvangspasienter til Nordlandssykehuset. Det samme gjelder for Helse Finnmark som henviser sine tvangspasienter til Universitetssykehuset i Nord-Norge (Troms).

Hålogalandssykehuset ble i 2007 nedlagt og delt mellom Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge. For enkelhets skyld har vi valgt å fordele Hålogaland på Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge også for perioden før delingen i 2007. Det kan føre til at enkelte tvangsinnleggelse har blitt plassert i feil opptaksområder, men Hålogaland hadde i perioden 2003-2006 veldig få tvangsinnleggelse.

lene. Norge er et av få land som anvender tvungen observasjon. De fleste land har kun tvungent psykisk helsevern. Tvungen observasjon blir som regel brukt når man er i tvil om tvungent helsevern er nødvendig. Det kan være med på å forklare at Norge har en høyere tvangsrate enn andre land (Hatling 2002). Kvaliteten på statistikken over tvangsinnleggelse i mange land i Europa er svært dårlig. Man bør derfor være forsiktig med å legge for mye i rangeringer mellom land (Mulder 2005).

Det er store forskjeller innad i Norge i bruk av tvangsinnleggelse. Fra 8,5 tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere i Helse Førdes område (se figur 1) til 35 i området til Universitetssykehuset i Nord-Norge (Troms og Finnmark) (se tekstboks). På grunn av problemer med datakvalitet hos Helse Midt-Norge er ikke dette helseforetaket med, og det er derfor ikke mulig å gi tall for hele landet. Flere helseforetak har også problemer med datakvaliteten bakover i tid, noe som også vanskeliggjør tidsserier.

### Ulik tolkning av loven ...

Det finnes mange faktorer som kan bidra til å forklare hvorfor det er regionale forskjeller i antall tvangsinnleggelse. I grove trekk kan man peke på to hovedårsaker: ulik lovfortolkning (se tekstboks om lovgrunnlag) og ulik befolkningssammensetning.

Det er vanskelig å måle i hvilken grad helseforetakene tolker loven forskjellig eller har ulik praksis. Helseforetakene er ikke den eneste aktøren som påvirker tvangsratene. Kommunehelsetjenesten (legevakten, fastlegen og så videre) er instansene som henviser pasientene til en tvangsinnleggelse. Uten denne henvisningen kan ikke pasientene tvangsinnlegges av helseforetakene.

En undersøkelse fra Psykiatrisk legevakt i Oslo viste at sannsynligheten for å bli henvist til en tvangsinnleggelse i stor grad var avhengig av hvilken psykiater som mottok pasienten. En psykiater henviste 60 prosent av sine pasienter til tvang, mens en annen henviste kun 15 prosent (Psykisk helse nr. 2, 2009). Dette kan være eksempel på ulik lovfortolkning mellom enkeltpersoner, og det er sannsynlig at slike forskjeller også vil kunne vise seg mellom helseforetak.

### ... og ulik befolkningssammensetning

Pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern skårer dårligere på sosiodemografiske variabler som inntekt, utdanning og boforhold enn de pasientene som behandles frivillig. En stor del av pasientene som blir tvangsinnlagt, er bostedsløse, om lag 40 prosent. Det kan tyde på at ressursvake personer har en større sjanse til å bli tvangsinnlagt enn de mer ressurssterke. De som var tvangsinnlagt, var stort sett uføretrygdede, enslige og med lite utdanning etter grunnskolen, og mange var i tillegg bostedsløse. Fattigdom kan altså virke inn på evne og mulighet til å mestre psykiske lidelser (Helsetilsynet 2006).

Men psykiske problemer kan også virke inn på sosiodemografiske variabler. Psykiske lidelser bidrar negativt når det gjelder utdanning og yrkesliv, men også overfor etablering og opprettholdelse av sosiale relasjoner og sosialt nettverk, inklusive ekteskap og familie (Helsetilsynet 2006).

Over halvparten av Norges sprøytenarkomane oppholder seg i Oslo. Sprøytenarkomane, andre rusavhengige og bostedsløse er svært utsatt for psykiske problemer. Ikke-vestlige innvandrere kan også være spesielt utsatt for psy-

kiske plager og lidelser, blant annet på grunn av dårligere inntekt, høyere arbeidsledighet, språklige og kulturelle tilpasningsvansker og traumatiske opplevelser (Rognerud og Holte 2004). Denne gruppen er også overrepresentert i Oslo.

Etter trikkedrapet i Oslo i 2004 utførte Ullevål universitetssykehus en revisjon av organisasjonsstrukturen for akuttpsykiatrisk avdeling, holdningsendring og kompetanseløft. Det kan være én av årsakene til at Oslo har såpass lave tvangsrate på tross av at Oslo har en stor andel av risikogrupper. Det er imidlertid vanskelig å dokumentere nedgangen i tvangsinnleggelses for Ullevål da tallene fram til 2008 ikke er av god nok kvalitet.

### Endring av opptaksområde ...

Opptaksområdet for Oslo og Akershus (Helse Sør-Øst) endret seg i 2005. Bydelene Grorud og Stovner ble overført til Akershus universitetssykehus fra Aker universitetssykehus. Disse bydelene skårer dårlig på sosiodemografiske variabler som inntekt, utdanning og boforhold. Samtidig ble Follo-kommunene (Nesodden, Frogn, Oppegård, Ski, Vestby og Ås) overført fra Sykehuset Asker og Bærum til Aker universitetssykehus. Disse kommunene skårer høyt på disse variablene.

Endringen i opptaksområde ga store utslag i tvangsratene for de tre helseforetakene. Som figur 2 viser, går tvangsraten for Aker universitetssykehus markant ned fra 2004 til 2005, samtidig som den går opp for de to sykehusene Akershus universitetssykehus og Sykehuset Asker og Bærum. Spekulativt kan man forklare Akers nedgang med at de mistet to bydeler som skårer lavt på sosiodemografiske variabler, og i retur fikk kommuner som skårer høyt. Akershus universitetssykehus som overtok bydelene Grorud og Stovner, fikk samtidig en økning i sine tvangsrate.

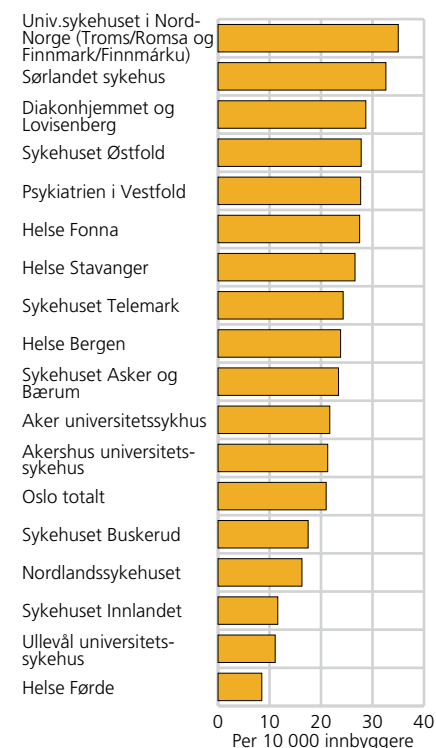
Noe mer overraskende er det at tvangsraten økte for Sykehuset Asker og Bærum etter at de mistet Follo-kommunene. Det er ingen åpenbare årsaker til at Asker og Bærum skal ha en høyere andel med tvangsinnleggelses enn Follo-kommunene. Alle disse kommunene skårer relativt likt på variablene inntekt, utdanning og boforhold. Det kan være mange faktorer som spiller inn. Én mulig forklaring kan være ulikheter i tilbudet fra kommunehelsetjenesten.

### ... men relativt stabil tvangsrate

I etterkant av endringen har tvangsraten for de tre helseforetakene vært relativt stabil. Ser man på de tre opptaksområdene samlet, var det ingen vesentlig endring i det totale antallet tvangsinnleggelses mellom 2004 og 2005. Dette kan være en indikasjon på at regionale forskjeller i tvangsrate delvis kan forklares med ulik sosiodemografisk sammensetning i opptaksområdene. Tallene som rapporteres inn til Statistisk sentralbyrå, er summariske og gir ingen informasjon om hvilken bostedsadresse pasienten har. Det er derfor vanskelig å si om endringene i tvangsratene for disse sykehusene henger sammen med endringene av opptaksområde.

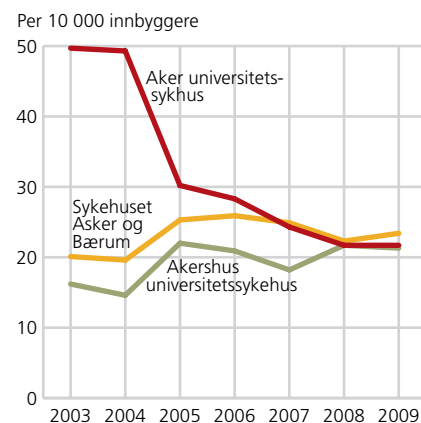
Fra og med 2011 overtar Akershus universitetssykehus ansvaret for bydelen Alna og Follo-kommunene (tilhører i dag Aker). Med utgangspunkt i resultatet av endringen i opptaksområdet Oslo og Akershus i 2005 er det ikke usannsynlig at tvangsratene for Akershus og Aker på nytt vil endres som en konsekvens av at Follo-kommunene blir inkludert i opptaksområdet i 2011.

Figur 1. Tvangsinnleggelses<sup>1</sup> per 10 000 innbyggere over 18 år, etter helseforetak, 2009



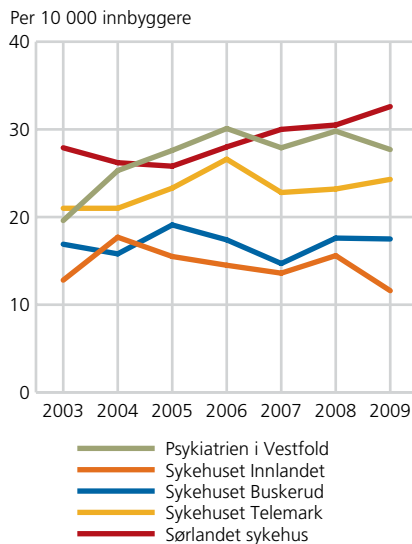
<sup>1</sup> Inkluderer tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon.  
Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 2. Tvangsinnleggelses<sup>1</sup> per 10 000 innbyggere over 18 år for Akershus og Aker universitetssykehus og Sykehuset Asker og Bærum, 2003-2009



<sup>1</sup> Inkluderer tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon.  
Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Tvangsinnleggelser<sup>1</sup> per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, etter helseforetak. Helse Sør-Øst med unntak av Oslo og Akershus. 2003-2009



<sup>1</sup> Inkluderer tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon.  
 Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

### Store forskjeller mellom helseforetakene

Tvangsraten har vært relativt stabil for de resterende opptaksområdene i Helse Sør-Øst fra 2003 til 2009 (se figur 3). Forskjellene mellom områdene er likevel store. Tvangsraten for Sykehuset Sørlandet er blant de høyeste i Norge, mens Sykehuset Buskerud og Sykehuset Innlandet har lave tvangsrate. Sørlandet (Aust- og Vest-Agder) har blant de høyeste andelen av uførepensjonister under 50 år i Norge. I denne gruppen er det mange med psykiske lidelser (Mykletun og Knudsen 2009). På den annen side har også Hedmark, som sammen med Oppland utgjør Sykehuset Innlandet, en høy andel uførepensjonister under 50 år, men de har altså likevel en lav tvangsrate.

Helse Vest har fra 2003 til 2009 hatt store variasjoner i tvangsrate (se figur 4). Helse Stavanger har redusert antall tvangsinnleggelser med 10 prosent, mens i Helse Bergen har antall tvangsinnleggelser gått ned med 17 prosent. For Bergen skjedde den største nedgangen fra 2003 til 2004. Helse Fonna har derimot hatt en økning i tvang på nesten 40 prosent. Hele økningen kom mellom 2006 og 2007.

For både Helse Bergen og Helse Fonna er det vanskelig å peke på noen klar årsak til de store endringene fra det ene året til det andre, de kan like gjerne skyldes varierende datakvalitet som reelle endringer. Helse Førde har i perioden 2003-2009 hatt den laveste tvangsrate i hele Norge. I 2009 var den på 8,5 tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere.



## Flest tvangsinnleggelser i Troms og Finnmark

I Helse Nord er det stor forskjell i tvangsraten mellom Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge (Troms/Finnmark) (se figur 4). Nordland har vesentlig færre tvangsinnleggelser enn Troms/Finnmark som hadde flest tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere i 2008 og 2009.

Store geografiske avstander til nærmeste institusjon godkjent for tvangsinnleggelser kan være en forklaring på hvorfor tvangsraten i Nordland er lav. Det er kun Nordlandssykehuset i Bodø som er godkjent for tvang for hele opptaksområdet, noe som innebærer stor avstand til nærmeste institusjon for befolkningen i for eksempel Mosjøen og Mo i Rana. Den samme situasjonen har man også for Universitetssykehuset i Nord-Norge. For befolkningen i Finnmark ligger nærmeste institusjon i Tromsø.

Universitetssykehuset i Nord-Norge har likevel vesentlig flere tvangsinnleggelser enn Nordlandssykehuset og er det helseforetaket som har høyest tvangsrate, noe som svekker antakelsen om at geografisk avstand alene kan forklare nivået på tvangsraten. Her vil nok ulike lovfortolkning og sosiodemografiske variabler spille inn. Andelen som mottar sosialstønad i Finnmark, er blant de høyeste i Norge (KOSTRA, Statistisk sentralbyrå).

## Kommunehelsetjenesten har en viktig rolle

Det er ikke realistisk å se for seg null tvangsinnleggelser, men hva som er et akseptabelt nivå, vil være åpent for diskusjon. Ansvaret for å få ned antallet ligger ikke hos helseforetakene alene. Kommunehelsetjenesten har et like stort ansvar. Helseforetakene kan ikke tvangsinnlegge pasienter med mindre de er henvist etter tvang fra kommunehelsetjenesten.

Mange av tvangsinnleggelsene innenfor psykisk helsevern er relatert til rus. I forbindelse med opptrappingsplanen i rus og utbygging av rustilbudet kan antall tvangsinnleggelser innenfor psykisk helsevern gå ned på bekostning av en økt tvangsbruk innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vil derfor bli viktig å se på de to tjenestene samlet når man skal vurdere utviklingen for tvangsratene framover.

### Datagrunnlag

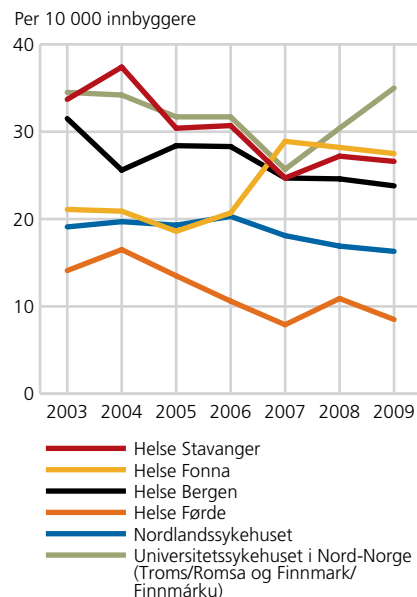
Opplysningene om tvangsinnleggelser for voksne er hentet fra SSBs årlige innsamling av data fra spesialisthelsetjenesten. Dataene samles inn ved hjelp av skjema. Det er spesialistvedtak ved innleggelsen på institusjonen som skal telles, men noen institusjoner har oppgitt antall tvangshenvisninger istedenfor tvangsinnleggelser, noe som gir for høye tall. I de tilfellene man vet at dette har skjedd, er de disse tallene ikke benyttet.

Pasienter som er blitt tvangsinnlagt ved et akuttinntak og senere overført til en annen institusjon/avdeling, er i enkelte tilfeller blitt registrert flere ganger. Der dette er oppdaget, er tallene korrigert.

Tall fra Helse Midt-Norge er ikke med på grunn av mangelfull datakvalitet. Det er derfor ikke mulig å vise tvangsratene på landsnivå.

Enkelte helseforetak har fått estimert én årgang med tvangstall grunnet dårlig kvalitet, basert på tall fra året før og etter, og tilbakemeldinger fra helseforetaket. Det er ikke brukt estimerte tall for 2009.

Figur 4. Tvangsinnleggelser<sup>1</sup> per 10 000 innbyggere over 18 år, etter helseforetak. Helse Vest og Helse Nord. 2003-2009



<sup>1</sup> Inkluderer tvungen psykisk helsevern og tvungen observasjon.  
Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

### Referanser

- Hatling, Trond (2002): «Bruk av tvang innenfor psykisk helsevern», i Norvoll, Reidun (red.), Samfunn og psykiske lidelser: samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon, Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2006): Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, (IS 1370), Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2006): Bruk av tvang i psykisk helsevern, Rapport 4/2006, Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
- Mulder, C. L. (2005): Variations in involuntary commitment in the European Union, The British Journal of Psychiatry (2005) 187:91-92.
- Mykletun, A, Knudsen, A.K. (2009): Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser: en analyse basert på FD-trygd, Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. rapport nr.: 2009:4.
- Psykisk helse nr. 2. (2009): Tvangsinnleggelser: Stort sprik fra lege til lege, Psykisk helse nr. 2, 2009.
- Rognerud, M. og A. Holte (2004): Hva vet vi om forskjeller i psykiatrisk sykkelighet? Med spesiell vekt på forskjeller innen Oslo og forskjeller mellom Oslo, Helse øst og resten av landet, Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.