

Psykiatriske tvangsinnleggelser i Østfold i 2000 og 2010

BAKGRUNN Det har i mange år vært et nasjonalt helsepolitisk mål å redusere antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern. Usikker datakvalitet og mangelfull rapportering har gjort det vanskelig å få sikre mål på utviklingen. Vi har undersøkt endringer i psykiatriske akuttinnleggelser og tvangsinnleggelser fra 2000 til 2010 i Østfold.

MATERIALE OG METODE Materialet er samlet inn i to perioder – fra 1.9. til 30.11. i henholdsvis 2000 og 2010. Vi sammenliknet akuttinnleggelser i henhold til den nasjonale kvalitetsindikatoren på tvang innen psykisk helsevern og undersøkte om det var endringer i diagnose-sammensetningen.

RESULTATER Antall akuttinnleggelser per 1 000 innbyggere i Østfold økte fra 7,05 i 2000 til 8,86 i 2010 ($p < 0,001$). Tvangsinnleggelseraten endret seg ikke signifikant, henholdsvis 2,48 og 2,24 per 1 000 innbyggere. Det var en sterk økning i antall innleggelser for rusrelaterte lidelser.

FORTOLKNING Materialet viste at det har vært en signifikant økning av psykiatriske akuttinnleggelser fra 2000 til 2010. Tvangsinnleggelser, målt som rate av befolkningen over 18 år, var uendret. Helsetilsynets kvalitetsindikator på tvang i psykisk helsevern kan bidra til å gi informasjon og sammenlikningsgrunnlag vedrørende tvangsbruk, forutsatt at innsendte data er kvalitetssikret. Gruppen akuttinnleggelser med rusrelaterte tilstander som hoveddiagnose økte mest.

Ett av målene i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 var redusert bruk av tvang i psykisk helsevern (1). Det kan se ut som om utviklingen har gått i motsatt retning. Ifølge Helsedirektoratets rapport *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2010* (2) har antall tvangsinnleggelser på landsbasis gått opp fra 2000 til 2010, fra 165 til 197 per 100 000. I rapporten blir det imidlertid påpekt at det opereres med estimerte tall, da det er mangelfull rapportering fra flere institusjoner.

Uklarhet vedrørende definisjoner av tvang og variasjon i beregningsgrunnlaget har også gjort sammenlikning mellom ulike tidsperioder og institusjoner komplisert (3, 4). Et eksempel på slik uklarhet er at rapporten opererer med rater per 100 000 innbyggere over 18 år, mens Helsedirektoratets kvalitetsindikator regner rater per 1 000. Omregningen er enkel, men forutsetter at de som rapporterer og de som leser er klar over at tallene ikke er umiddelbart sammenliknbare.

Både rapporten og kvalitetsindikatoren angir rater i forhold til befolkningen over 18 år. Dette skal gjøre sammenlikninger mellom norske institusjoner enklere. Man må imidlertid være oppmerksom på at raten i mange norske og internasjonale studier er basert på totalbefolkningstall (5).

Kvalitetsindikatorer i helsetjenesten ble innført for å gi brukere, pårørende, helsepersonell, ledere, politikere og allmennheten informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet. Det er nødvendig med sikre data for at

en slik indikator skal være egnet som grunnlag for evaluering og eventuelt en forbedring av tjenestene.

I denne artikkelen har vi undersøkt endringer i akuttinnleggelser og tvangsinnleggelser i Østfold fra 2000 til 2010. Vi gikk manuelt igjennom og kvalitetssikret data om innleggelser og har analysert hvordan eventuelle endringer i bruk av tvang fremkommer uttrykt ved Helsedirektoratets kvalitetsindikator. Vi ville også undersøke om det hadde skjedd endringer i diagnosefordelingen i innleggelsene fra 2000 til 2010, og diskuterer i denne artikkelen aspekter ved bruk av indikatorer og endringer i innleggelsesmønstre.

Psykiatrisk akuttavdeling i Fredrikstad dekker hele befolkningen i Østfold i perioden (ca. 275 000 innbyggere i 2010). Gjennom statlige opptrappingsmidler til det psykiske helsevernet ble det i perioden 2000–10 gjennomført en omlegging og en styrking både på kommunalt nivå og spesialisthelsetjenestnivå i Østfold.

I 2006 ble psykiatrisk akuttavdeling samlet på det psykiatriske sykehuset utenfor Fredrikstad. Antallet senger i akuttavdelingen ble redusert fra 74 til 58, uten tilsvarende reduksjon på personalsiden. Divisjonen har i tillegg 60 døgnplasser i langtids- og intermedieravdelinger på sykehusnivå og 106 døgnplasser fordelt på fire distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Døgnavdelingene ved DPS er ikke godkjent for bruk av tvang.

Ved fylkets fire DPS-er, lokalisert i Moss,

Kristine Tøgersen
DPS Fredrikstad
Sykehuset Østfold

Espen Bjerke
espbje@so-hf.no

Kari Gjelstad
Psykiatrisk avdeling
Sykehuset Østfold

Torleif Ruud
Divisjon psykisk helsevern
Akershus universitetssykehus
og
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

HOVEDBUDSKAP

Antall psykiatriske akuttinnleggelser i Østfold økte markant fra 2000 til 2010, og innleggelser for rusrelaterte lidelser økte mest

Andelen tvangsinnleggelser sank, men antallet tvangsinnleggelser i forhold til folketallet var uendret i perioden

Tabell 1 Akuttinnleggelser i psykisk helsevern i Østfold i periodene 1.9.–30.11. i 2000 og i 2010

Akuttinnleggelser	2000	2010	P-verdi ¹
Akuttinnleggelser 3 md.	344	474	< 0,001
Befolkning 18 år og eldre per 31.12.	195 137	213 949	

Estimerte rater (per 1 000 voksne per år)

Akuttinnleggelser	7,05	8,86	< 0,001
Tvangsinnleggelser (= kvalitetsindikator N-005)	2,48	2,24	0,119

Antall og andel (%) innleggelser i registreringsperioden

Frivillige innleggelser	204 (63 %)	349 (74 %)	< 0,001
Tvangsinnleggelser (tvungen observasjon + tvunget psykisk helsevern)	121 (37 %)	120 (26 %)	
Totalt akuttinnlagt	325 (100 %)	469 (100 %)	

Forholdet mellom innleggelser til tvungen observasjon og innleggelser til tvunget psykisk helsevern

Tvunget psykisk helsevern	22 (18 %)	30 (25 %)	0,198
Tvungen observasjon	99 (82 %)	90 (75 %)	
Tvangsinnleggelser – alle	121 (100 %)	120 (100 %)	

¹ P-verdiene er basert på khikvadratanalyser, der 2 × 2-krysstabeller av observerte fordelinger sammenholdes med forventede fordelinger. Dette gjelder også for ratene, der befolkningsgrunnlaget er lagt inn i krysstabeller (men ikke vist i tabellen)

Fredrikstad, Eidsberg og Halden (som også har poliklinikk i Sarpsborg), ble det i 2007–08 etablert ambulante akutteam og lavterskeltilbud for å gi det totale tilbudet større bredde og for å redusere antall akuttinnleggelser. I deler av Østfold ble det i 2008 opprettet oppsøkende behandlingsteam (ACT-team, assertive community treatment) for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk.

Problemstillinger

Vi ønsket å undersøke følgende: Er antall tvangsinnleggelser i Østfold i forhold til befolkningens størrelse endret fra 2000 til 2010? Er antall tvangsinnleggelser i Østfold endret i forhold til antall akuttinnleggelser totalt? Hvordan fordeler innleggelsene i Østfold seg på diagnosegrupper, og har det skjedd endringer fra 2000 til 2010?

Lovbestemmelser om tvangsinnleggelser

Innleggelser til tvungen observasjon er hjemlet i § 3-2 i lov om psykisk helsevern. Innleggelser til tvunget psykisk helsevern er hjemlet i § 3-3 (6).

Alle henvisninger til tvangsinnleggelse skal bli vurdert av psykiater innen ett døgn etter innleggelsen. Vedtaket skal konkludere om innleggelsen fyller kriteriene for tvun-

gen observasjon (§ 3-2) eller tvunget psykisk helsevern (§ 3-3).

Ved en innleggelse til tvungen observasjon kan man på grunn av mistanke om alvorlig sinnslidelse og pasientens manglende evne til selv å sørge for nødvendig psykisk helsevern observere vedkommende i inntil ti dager. Kriteriene for tvunget psykisk helsevern er strengere, med krav om dokumentasjon om alvorlig psykisk lidelse med tillegg av enten behandlings- eller farekriterium. Behandlingskriteriet innebærer at tvungen behandling er vurdert som nødvendig for å hindre at pasienten «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» (6). Tvunget psykisk helsevern er ikke tidsbegrenset, men forutsetter at det blir gjort vedtak om opphør når kriteriene ikke lenger er til stede.

Dersom det ikke blir vedtatt tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern, vil videre avtaler om frivillig behandling gjøres i henhold til lov om pasientrettigheter (7) og lov om spesialisthelsetjenester (8).

Forholdet mellom antall tvangshenvisninger og antall tvangsinnleggelser er tidligere beskrevet med bakgrunn i data fra 2000 (9). I denne artikkelen konsentrerer vi oss om

tvangsinnleggelser, det vil si summen av tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern etter vedtak, hvis ikke annet er presisert. Helsetilsynets kvalitetsindikator bygger også på tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern etter vedtak av spesialist.

Kvalitetsindikatoren på tvangsinnleggelser

Kvalitetsindikatoren som omhandler tvang, er spesiell for det psykiske helsevernet. Indikatoren ble tidligere uttrykt som andel tvangsinnleggelser av det samlede antall innleggelser, men er blitt endret til antall tvangsinnleggelser per 1 000 voksne innbyggere (rate) (10).

I denne artikkelen vil vi ta for oss begge måter å se på tvangsinnleggelser på og diskutere forskjellene.

Materiale og metode

Materialet er samlet inn i perioden 1.9.–30.11. i henholdsvis 2000 og 2010. I tillegg til demografiske og kliniske pasientdata fra sykehusets elektroniske pasientjournal i Østfold registrerte mottakende lege også henvisningsparagraf og spesialistvedtak ved hver akuttinnleggelse. Dette ble senere supplert med utskrivningsdiagnose fra journalen, for data ble aidentifisert og lagt inn i Excel. Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og personvernombudet som et kvalitetssikringsprosjekt (saksnummer 35 102).

Statistiske analyser

Deskriptiv statistikk er gjort ved bruk av SPSS 18.0. Signifikanstesting ved khikvadrattest ble utført i Excel 2010.

Resultater

Antall akuttinnleggelser i løpet av tre måneder var henholdsvis 368 og 474 i 2000 og 2010. Andelen kvinner var henholdsvis 60 % og 52 %, og gjennomsnittsalderen var 39,3 år (standardavvik 16,5 år) og 38,7 år (standardavvik 16,0 år). 24 av innleggelsene i 2000 ble ikke tatt med i materialet, da det dreide seg om interne overføringer, mens det manglet data om 19 innleggelser i 2000 og fem i 2010.

Som tabell 1 viser har antall akuttinnleggelser totalt økt signifikant i tiårsperioden. Dette gjenspeiles også ved bruk av kvalitetsindikatoren ($p < 0,001$). Indikatoren for tvangsinnleggelser viser ingen endring i perioden ($p = 0,119$). Økningen består altså i hovedsak av andelen frivillige innleggelser, som har økt fra 63 % til 74 % ($p < 0,001$). Dette innebærer at andelen tvangsinnleggelser er redusert, mens raten per 1 000 innbyggere er uendret.

Diagnosefordelingen fremgår av tabell 2. Det har skjedd en klar endring i diagnosefordeling fra 2000 til 2010 ($p < 0,001$). Tabell 2

Tabell 2 Fordeling på hoveddiagnosegrupper for akuttinnleggelser i psykisk helsevern i Østfold i periodene 1.9.–30.11. i 2000 og i 2010

Diagnosegrupper ICD-10 for hoveddiagnose	2000		2010	
	Antall	(%)	Antall	(%)
F0 Organiske tilstander	11	(3)	4	(1)
F1 Rusrelaterte tilstander	44	(13)	99	(21)
F2 Schizofreniene	44	(13)	77	(16)
F3 Affektive lidelser	59	(17)	65	(14)
F4 Angstlidelse	42	(12)	73	(15)
F6 Personlighetsforstyrrelser	31	(9)	42	(9)
Observasjon (Z-diagnose)	58	(17)	58	(12)
Annet ¹	12	(3)	52	(11)
Manglende hoveddiagnose	43	(13)	4	(1)
Totalt	344		474	

¹ Annet inkluderer diagnosegruppene F5 Søvn og spiseproblemer, F7 Psykisk utviklingshemming, F8 Utviklingsforstyrrelser og F9 Hyperkinetiske forstyrrelser

viser at økningen er størst for rusrelaterte lidelser. Også gruppen «annet» er økt, mens gruppen «manglende hoveddiagnose» er redusert.

Diskusjon

Resultatene viser at det har vært en markant økning i det totale antall akuttinnleggelser fra 2000 til 2010. Antall tvangsinnleggelser er uendret i perioden. Fordi antall akuttinnleggelser har økt, har dermed *andelen* innleggelser på tvang (i forhold til totalt antall innleggelser) gått ned fra 37 % til 26 % (khi-kvadrattest; $p < 0,001$). *Raten* tvangsinnleggelser, i forhold til befolkningen over 18 år, er uendret ($p = 0,119$).

Dette viser betydningen av å standardisere tall for sammenlikning, og også viktigheten av å være seg bevisst hvilke måltall man bruker. Dersom antall innleggelser totalt øker mens antall tvangsinnleggelser er mer stabilt, kan andelsangivelser gi inntrykk av en reduksjon i bruk av tvang, til tross for at antall tvangsinnleggelser sett opp mot folketallet kan være uendret eller til og med økt.

Diagnosefordelingen er endret – mest iøynefallende er økningen i rusrelaterte lidelser. Man kan ikke se bort fra at vektlegging av tidlig diagnostikk har bidratt til endringer i diagnosefordelingen. For eksempel har «andre» økt fra 3 % til 11 %, og «manglende hoveddiagnose» er blitt redusert fra 13 % til 1 %.

Økningen i rusrelaterte lidelser er nok likevel sammensatt. Det er sannsynlig at dette blant annet er en følge av rusreformen av 2004 (11), som påla psykisk helsevern et

definert ansvar for pasienter med rusrelaterte lidelser. Andre faktorer kan være økt bruk av rusmidler, særlig psykoaktive stoffer, i befolkningen generelt, økt diagnostisering av rusmisbruk innen gruppen med psykiske lidelser eller redusert toleranse i samfunnet for rusatferd, med de lidelser eller ordensproblemer et rusmisbruk kan medføre.

Endringen i diagnosefordeling – med økt andel rusrelaterte lidelser – kan også ha blitt påvirket av organisatoriske omlegginger. I 2007 ble det i fylket bygd opp ambulante akutteam på DPS-nivå. Etableringen av disse ser ikke ut til å ha redusert akuttinnleggelsene frem til 2010. Erfaringer fra Østfold viste at disse teamene i svært liten grad befattet seg med pasienter med rusproblematikk som hoveddiagnose (12) Andre erfaringer tyder på at teamene primært hadde behandlet pasienter uten alvorlige psykiske lidelser (13–15).

Det er noen steder gjort forsøk på å redusere antallet frivillige akuttinnleggelser på andre måter. Blant annet beskrives et slikt forsøk ved sykehuset Buskerud i en artikkel av Bergerud og medarbeidere fra 2004. De konkluderer med at «pasientstrømmer i akuttpsykiatrien styres av mange komplekse og uforutsigbare faktorer» (16).

Kvalitetsindikatorer kan bidra til bedre oversikt over noen av disse faktorene. Arbeidet med å forbedre psykiatriske tjenester og å redusere tvangsbruken forutsetter imidlertid også vedvarende oppmerksomhet omkring behandlingskultur, behandlingskvalitet og samhandling med pasienter og samarbeidspartnere.

Konklusjon

Materialet viste at det har vært en signifikant økning av psykiatriske akuttinnleggelser fra 2000 til 2010 i Østfold. Andel tvangsinnleggelser – målt som rate av befolkningen over 18 år – var uendret. Helsetilsynets kvalitetsindikator på tvang i psykisk helsevern kan bidra til å gi informasjon og sammenlikningsgrunnlag vedrørende bruk av tvang, forutsatt at innsendte data er kvalitetssikret.

Gruppen akuttinnleggelser med rusrelaterte tilstander som hoveddiagnose økte mest. Bakgrunnen for endringene er sammensatte, og det trenges videre undersøkelser.

Kristine Tøgersen (f. 1975)

er lege i spesialisering. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Espen Bjerke (f. 1947)

er spesialist i psykiatri, forsker og psykoterapi-veileder. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kari Gjelstad (f. 1958)

er spesialist i psykiatri og prosessleder. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Torleif Ruud (f. 1949)

er spesialist i psykiatri og forskningsleder. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. St.prp. nr 63 (1997–1998). Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/stprp-nr-63-1997-1998.html?id=439521 [6.10.2014].
2. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2010. Helsedirektoratets skriftserie 2011. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2010/Sider/default.aspx> [6.10.2014].
3. Iversen KI, Høyer G, Sexton HC. Rates for civil commitment to psychiatric hospitals in Norway. Are registry data accurate? Nord J Psychiatry 2009; 63: 301–7.
4. SAMDATA. Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008. Oslo: SINTEF, 2009. www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Sektorrapport-psykisk-helsevern-2008/ [6.10.2014].
5. Høyer G. Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions. J Ment Health 2008; 17: 281–92.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. LOV-1999-07-02-62.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61.

>>>

9. Gjelstad K, Løvdahl H, Ruud T et al. Tvangsinnleggelser til psykiatrisk observasjon – blir de opphevet dagen etter? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 917–20.
10. Helsedirektoratet. Tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon. 18. 9.2012. N-005 (Nasjonalt indikatorsett. Psykisk helsevern voksne). <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse/Documents/n005-tvungen-innskriving-i-psykiatrisk-institusjon-ny.pdf> (6.10.2014).
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Rundskriv I-8/2004. www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf (6.10.2014).
12. Ambulante akutteam ved DPS. Erfaringer fra etableringsfasen 2008–009. Fredrikstad: Sykehuset Østfold, 2010. www.sykehuset-ostfold.no/omoss/_styret/_Documents/Styredokumenter/2010/2010-03-22/Sak%2027-10%20Vedlegg%20Ambulante%20akutt-team%20ved%20DPS%20-%20rapport.pdf (6.10.2014).
13. Kolbjørnsrud OB, Larsen F, Elbert G et al. Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akutt plasser ved sykehus? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1991–4.
14. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S et al. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: are the crisis resolution teams fulfilling their role? BMC Health Serv Res 2011; 11: 96.
15. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S et al. Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. BMC Psychiatry 2011; 11: 183.
16. Bergerud T, Møller P, Larsen F et al. Krisepost ved distriktpsykiatrisk senter reduserer ikke akuttinnleggelser i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1973–6.

Mottatt 27.11. 2013, første revisjon innsendt 24.6. 2014, godkjent 6.10. 2014. Redaktør: Tor Rosness.