

# Statusrapport Akuttpsykiatri 2021



Tittel:

Statusrapport Akuttpsykiatri 2021

Utarbeidet av:

Akershus Universitetssykehus, Oslo Universitetssykehus og Akuttnettverket

Prosjektleder:

Marianne Sofie Kvamsdahl

Deltagere i utarbeidelsen av rapporten:

Lars Løvhaug, Dzamal Hadzic, Johan Sigveland, Aleksandra Eriksen Isham og Marianne Sofie Kvamsdahl

## Forord

Dette er den første statusrapporten om norsk akuttpsykiatri. Rapporten har til hensikt å kartlegge status og utviklingstrekk for fagfeltet. Ideen om en statusrapport for akuttpsykiatri oppsto i et møte mellom akuttpsykiatriske avdelinger i Osloregionen. Utformingen av rapporten er inspirert av statusrapporten *Sikkerhetspsykiatri i Norge*, som er publisert av SIFER fire ganger siden 2005, sist for året 2019.

Denne statusrapporten har til hensikt å fremskaffe informasjon om status og utviklingen i norsk akuttpsykiatri. Ønsket er at rapporten vil være nyttig for fagfeltet; både for diskusjon av egen virksomhet og som inspirasjon til forbedring og planlegging av nye avdelinger. Vi håper også at rapporten vil være nyttig for helsemyndighetene for planlegging og prioritering for pasienter innen psykiske lidelser/rusfeltet. Det er en generell tilbakemelding fra helseforetakene at de opplever en slik rapport som nyttig og nødvendig og vi har lyktes å få med nesten alle avdelingene i Norge som har akuttpsykiatrisk funksjon. En stor takk rettes til samtlige akuttpsykiatriske avdelinger i Norge som har bidratt til å svare på denne undersøkelsen. Det er et ønske at en slik rapport vil bli gjentatt hvert tredje år for å følge med på utviklingen innen det akuttpsykiatriske fagområdet.

Avdelingsleder Marianne Kvamsdahl ved Akuttpsykiatrisk avdeling ved Akershus universitetssykehus, fag- og kvalitetsrådgiver Lars Løvhaug ved Akuttpsykiatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, forsker Johan Siqveland ved Akuttnettverket og prosjektarbeider Aleksandra Eriksen Isham ved avdeling for forskning og utvikling (FoU) ved Akershus universitetssykehus har gjennomført og skrevet rapporten i samarbeid med kvalitetsrådgiver Dzemaal Hadzic ved Akuttpsykiatrisk avdeling ved Akershus universitetssykehus. Vi takker også Nihal Aktas Johannessen og Pia Jensen ved FoU ved Akershus universitetssykehus for viktige bidrag i tidligere arbeid med rapporten.

Vi håper rapporten gir et godt bilde av status for organisering og drift av de akuttpsykiatriske avdelingene i Norge, og at den har klart å belyse styrker ved behandlingen og hva som fungerer bra, samtidig som den trekker frem noen av de store utfordringene fagområdet står ovenfor. Vi håper rapporten kan bidra til diskusjon, både hos ansatte i avdelingene, våre samarbeidspartnere og også hos helsemyndighetene. Mange avdelinger skal inn i nye bygg i årene som kommer. Vi håper disse avdelingene vil kunne nyttiggjøre seg denne rapporten i utvikling av sine tjenester og det blir spennende å følge opp dette i senere rapporter. I denne versjon 2 av rapporten er det rettet opp enkelte mindre unøyaktigheter som ble oppdaget i versjon 1, se Appendiks A.

Lørenskog 07.11.22, Marianne Sofie Kvamsdahl, prosjektleder

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	1
<b>1.0 Om rapporten</b> .....	2
1.1 Bakgrunn for rapporten .....	2
1.2 Gjennomføring av undersøkelsen .....	2
<b>2.0 Resultater fra undersøkelsen</b> .....	3
2.1 Organisering .....	3
2.1.1. Organisering og befolkningsgrunnlag ved de regionale helseforetakene .....	4
2.1.2 Opptaksområde og sengeplasser .....	4
2.1.3 Hva fungerer godt med dagens organisering? .....	7
2.1.4 Ulemper ved dagens organisering .....	8
2.2 Innleggelse .....	9
2.2.1 Henvisning til innleggelse .....	10
2.2.2 Innleggelse til psykisk helsevern .....	12
2.2.3 Innleggelse på dom til tvungent psykisk helsevern, jf. strl. §62 .....	15
2.2.4 Innleggelse til tvungen behandling .....	17
2.3 Belegg og liggetid .....	17
2.3.1 Beleggsprosent PAM.....	18
2.3.2 Liggetid i PAM.....	18
2.3.3 Beleggsprosent øvrige senger ved helseforetak med PAM.....	19
2.3.4 Liggetid i øvrige senger ved helseforetak med PAM.....	20
2.3.5 Beleggsprosent i helseforetak uten PAM .....	22
2.3.6 Liggetid i helseforetak uten PAM .....	23
2.3.7 Samlet oversikt over beleggsprosent for helseforetak .....	23
2.4 Vedtak under innleggelse 2021 .....	24
2.4.1 Skjermingsvedtak etter phvl. § 4-3 .....	24
2.4.2 Tvungen behandling med legemidler etter phvl. § 4-4 a .....	25
2.4.3 Vedtak om mekanisk tvang etter phvl. § 4-8 a .....	26
2.4.4 Vedtak om isolasjon etter phvl. § 4-8 b.....	26
2.4.5 Vedtak om tvungen legemiddel etter phvl. § 4-8 c .....	27
2.4.6 Vedtak om kortvarig fastholding etter phvl. § 4-8 d.....	28
2.5 Pasientpopulasjon .....	28

2.6 Vold, trusler og utagering .....	29
2.7. Bygningsmessige forhold .....	32
2.7.1 Fordeler ved avdelingens fysiske utforming .....	32
2.7.2 Hvilke forbedringer ved avdelingens fysiske utforming er ønskelig/nødvendig? .....	32
2.7.3 I hvor stor grad ivaretar avdelingens fysiske utforming sikkerheten på en tilfredsstillende måte? .....	33
2.8. Tidslinje nybygg .....	34
2.9 Bemanning .....	34
2.9.1 Årsverk .....	34
2.9.2 Bemanningsfaktor .....	35
2.9.3 Styrker bemanning .....	36
2.9.4 Utfordringer bemanning .....	37
<b>3.0 Diskusjon .....</b>	<b>38</b>
Appendiks A: Endringer i rapport versjon 2 .....	41

## Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å vurdere status og utviklingstrekk ved norske akuttpsykiatriske avdelinger med hensyn til sentrale faktorer som organisering, bemanning, fysisk utforming, henvisninger og innleggelser, pasientpopulasjon, bruk av tvang og hendelser med vold, trusler og utagering. Forespørsel om deltakelse i undersøkelsen ble sendt ut til alle akuttpsykiatriske avdelinger i Norge i desember 2021, og undersøkelsen ble deretter sendt ut til de 21 avdelingene som ønsket å delta i undersøkelsen.

Resultater for 2021 viser at det er variasjon i opptaksområde og døgnplasser ved de ulike avdelingene, og det er forskjell på hvordan innleggelser organiseres. De største avdelingene i de mest folkerike opptaksområdene har eget psykiatrisk akuttmottak (PAM) hvor alle pasientene mottas når de innlegges akutt og hvor den første akuttpsykiatriske vurderingen og behandlingen gjennomføres. Ved mindre avdelinger gjennomføres denne vurderingen internt ved forskjellige enheter ved avdelingene. På gruppenivå er den dominerende diagnosegruppen ved helseforetakene med PAM psykoselidelser i F20-kapittelet i ICD-10, mens den dominerende diagnosegruppen ved helseforetak uten PAM er affektive lidelser i F30-kapittelet. Det er stor variasjon i andel tvangsvedtak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven ved de ulike avdelingene. Jevnt over ble det i 2021 fattet vedtak for en dobbelt så stor andel av pasientene på helseforetak med PAM sammenliknet med helseforetak uten PAM. Bemanning og bemanningsfaktor er i 2021 relativt lik ved helseforetak med PAM og helseforetak uten PAM, men det er nokså stor spredning i bemanningsfaktor på helseforetaksnivå.

Resultater for perioden 2017-2021 viser at antall innleggelser ved de akuttpsykiatriske avdelingene lå relativt stabilt. Det var imidlertid en økning i andel henvisninger og innleggelser til tvungen behandling, og en tilsvarende reduksjon i andel henvisninger og innleggelser til frivillig psykisk helsevern, særlig i Helse Sør-Øst og Helse Vest. I samme periode var det en betydelig økning i innleggelser av pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern. Når det kommer til liggetid og beleggspersent var disse tallene for avdelingene samlet sett relativt stabile i perioden 2017-2021. Det er imidlertid betydelig variasjon mellom avdelingene, og noen av de større avdelingene har gjennomgående en høy beleggspersent hvor flere foretak har over 80 % belegg, og noen også over 100 % i 2021. I perioden 2017-2020 var det en økning i median meldte avvikshendelser med vold, trusler og utagering ved helseforetakene med PAM, etterfulgt av en nedgang i 2021. For helseforetak uten PAM var endringsmønsteret mindre tydelig, men også her var det en nedgang i median meldte hendelser i 2021. Det var stor spredning i antall meldte avvikshendelser med vold, trusler og utagering på foretaksnivå, både når det gjelder endringsmønster og antall hendelser rapportert innenfor hvert år.

## 1.0 Om rapporten

### 1.1 Bakgrunn for rapporten

Akuttpsykiatri som fagfelt kjennetegnes ved øyeblikkelig hjelp-plikten, som er beskrevet i lov om spesialisthelsetjenester § 3-1 og psykisk helsevernforskriften § 1. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å utpeke institusjoner eller avdelinger som skal ta imot og vurdere personer med akutte psykiatriske tilstander som er i behov av øyeblikkelig hjelp.

Det har vært en ønsket politisk utvikling at en økt del av behandlingen og oppfølgingen for pasientene skal skje nært pasientens bosted og at hovedvekten av behandlingen skal gis poliklinisk. Antall døgnplasser i psykisk helsevern for voksne er de senere årene blitt redusert. I 1998 var det 5980 sengeplasser mens det var 3604 i 2021 (SAMDATA spesialisthelsetjenesten). Det er en opplevelse i fagområdet at en del av pasientene som innlegges i dag har et høyere symptomtrykk enn for noen år tilbake og at det er mangel både på akuttpsykiatriske plasser og døgnplasser for behandling over tid, særlig for pasientene med de alvorligste lidelsene.

Rammene fagfeltet jobber innenfor er under stadig endring, både knyttet til endring i lover og politiske føringer. I 2017 ble Psykisk helsevernloven endret med blant annet innføring av manglende samtykkekompetanse som vilkår for å kunne underlegges tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern og utvidet undersøkelsestid før tvungen medisinerings. Hensikten med endringene har vært å styrke pasientenes rettigheter og gi økt frivillighet i behandlingen.

Det har de senere årene blitt diskutert hva de ulike endringene fører til for de alvorligst syke pasientene som trenger akutt innleggelse, deres pårørende og for ansatte som ivaretar denne pasientgruppen. Våren 2022 oppnevnte regjeringen et ekspertutvalg som skal evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern. Utvalget fikk et bredt mandat og skal levere sin innstilling innen 1. mai 2023. Det blir spennende å følge resultatet fra utvalget, og bruke dette til videre diskusjon av behandling og utvikling i tjenesten.

### 1.2 Gjennomføring av undersøkelsen

Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av en spørreundersøkelse sendt ut til helseforetak i Norge. I tillegg ble det innhentet data fra andre relevante kilder. Spørreundersøkelsen bestod av to spørreskjemaer som inneholdt både fritekstspørsmål og innrapportering av kvantitative data for 2021 og for perioden 2017-2021. Innrapportert kvalitativt og kvantitativt materiale blir presentert i denne rapporten i form av deskriptiv statistikk og kvalitative sammendrag. For noen parametere har helseforetakene selv rapportert statistikk som gjennomsnitt, median og prosentandeler. For andre parametere har deskriptiv statistikk blitt beregnet av rapportforfatterne, basert på innsamlede rådata. Prosjektet ble godkjent av Personvernombudet ved Akershus universitetssykehus HF.

Det ble i begynnelsen av desember 2021 sendt ut forespørsel om deltagelse i undersøkelsen til avdelingsledere ved alle de akuttpsykiatriske avdelingene for voksne i Norge. 21 av 24 avdelinger svarte at de ønsket å delta. Avdelingslederene ved de 21 avdelingene mottok i begynnelsen av januar 2022 to spørreskjemaer i Word-format som forberedelse til datainnsamlingen. I begynnelsen av februar 2022 mottok de deretter spørreskjemaene i elektronisk format i nettskjema. Avdelingene ble gitt tre ukers svarfrist på å besvare de elektroniske spørreskjemaene. I etterkant av datainnsamlingen

har prosjektgruppen fulgt opp noen av helseforetakene via e-post og telefon med den hensikt å oppklare og å innrapportere manglende data.

En del av opplysningene som ble etterspurt i spørreskjemaene var informasjon som helseforetakene allerede har samlet inn om virksomheten fra blant annet journalsystemer. Det er oppgitt bruk av ulike journalsystemer til å hente ut tall til undersøkelsen, inkludert DIPS Classic og DIPS Arena, samt PAS (PasDoc)-systemet. Tallmaterialet fra de enkelte helseforetakene som ligger til grunn for denne rapporten er derfor basert på ulike rapporteringsprosedyrer.

De to spørreskjemaene besto av spørsmål relatert til følgende kategorier:

- 1) Organisering (kvalitative og kvantitative spørsmål)
- 2) Henvisninger og innleggelser i perioden 2017-2021 (kvantitative spørsmål)
- 3) Belegg og liggetid (kvantitative spørsmål)
- 4) Hoveddiagnose (kvantitative spørsmål)
- 5) Vedtak om tvang (kvantitative spørsmål)
- 6) Skader, vold og utagering (kvantitative spørsmål)
- 7) Bemanning (kvalitative og kvantitative spørsmål)
- 8) Fysisk utforming (kvalitative spørsmål)

Spørreskjemaene ble besvart av alle de 21 helseforetakene. Noen helseforetak oppga utfordringer med å hente ut tall fra journalsystemer. For noen av spørsmålene mangler det derfor svar fra enkelte helseforetak. Der hvor det er aktuelt, blir det presisert at det mangler svar fra enkelte helseforetak.

## 2.0 Resultater fra undersøkelsen

### 2.1 Organisering

Norske akuttavdelinger er til dels ulikt organisert og har ulike løsninger på hvordan de ivaretar pasienter med akutte psykiatriske symptomer. Dette gjelder både vurderingen av pasienten før innleggelse, hvor pasienten mottas ved innleggelse, hvordan pasientens forløp internt i spesialisthelsetjenesten blir og hvordan pasienten følges opp etter utskrivelse. Størrelse på opptaksområde og avstand til døgnavdeling synes å ha betydning for organiseringen. De største helseforetakene har eget PAM – psykiatrisk akuttmottak. Her gjøres vurdering av pasienten, hvor noen ferdigbehandles i PAM og skrives ut til annen oppfølging og andre får videre behandling på andre seksjoner/enheter i avdelingen. Ved de mindre helseforetakene gjøres den første vurderingen ved innleggelse på ulike seksjoner/enheter. Noen akuttavdelinger fordeler pasienter internt på fødselsdato, noen har diagnosespesifikke enheter, mens andre fordeler pasienter geografisk etter bosted. Noen helseforetak har lukkede plasser for pasienter som trenger lengre tids behandling ved annen avdeling i klinikken/divisjonen, mens andre har kun langtidsplasser knyttet til pasienter som trenger behandling på sikkerhetsavdeling. Ved noen helseforetak ivaretas pasienten ved samme enhet/seksjon gjennom hele pasientforløpet, slik at det er en glidende overgang mellom den akutte behandlingen og behandlingen etter den akutte fasen av sykdomsforløpet. Alle helseforetak har tilgang på plasser ved sikkerhetsseksjoner, men ved de fleste helseforetak mottas disse pasientene ved akuttpsykiatrisk avdeling i påvente av plass til sikkerhetsavdeling. Ved noen helseforetak tar DPS døgn imot pasienter som er på tvungent vern. I



Oslo er det psykiatriske legevakt som vurderer grunnlag for innleggelse på akuttavdeling for en del av pasientene.

#### 2.1.1. Organisering og befolkningsgrunnlag ved de regionale helseforetakene

**Helse Sør Øst (HSØ):** I overkant av 50% av de akuttpsykiatriske innleggelsene skjer ved sykehus i HSØ, som gir tilbud til en befolkning på ca. 3 millioner. HSØ har seks helseforetak med PAM; Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Lovisenberg sykehus, Sykehuset Østfold, Vestre Viken og Sykehuset Vestfold. Et fellestrekk ved helseforetak med PAM er at de har mange mennesker i opptaksområdet og ligger i store byområder eller folkerike områder.

**Helse Vest (HV):** ca. 25% av de akuttpsykiatriske innleggelsene skjer i sykehus i HV, som gir tilbud til en befolkning på ca. 1.3 mill. HV har to helseforetak med PAM; Helse Bergen og Helse Stavanger.

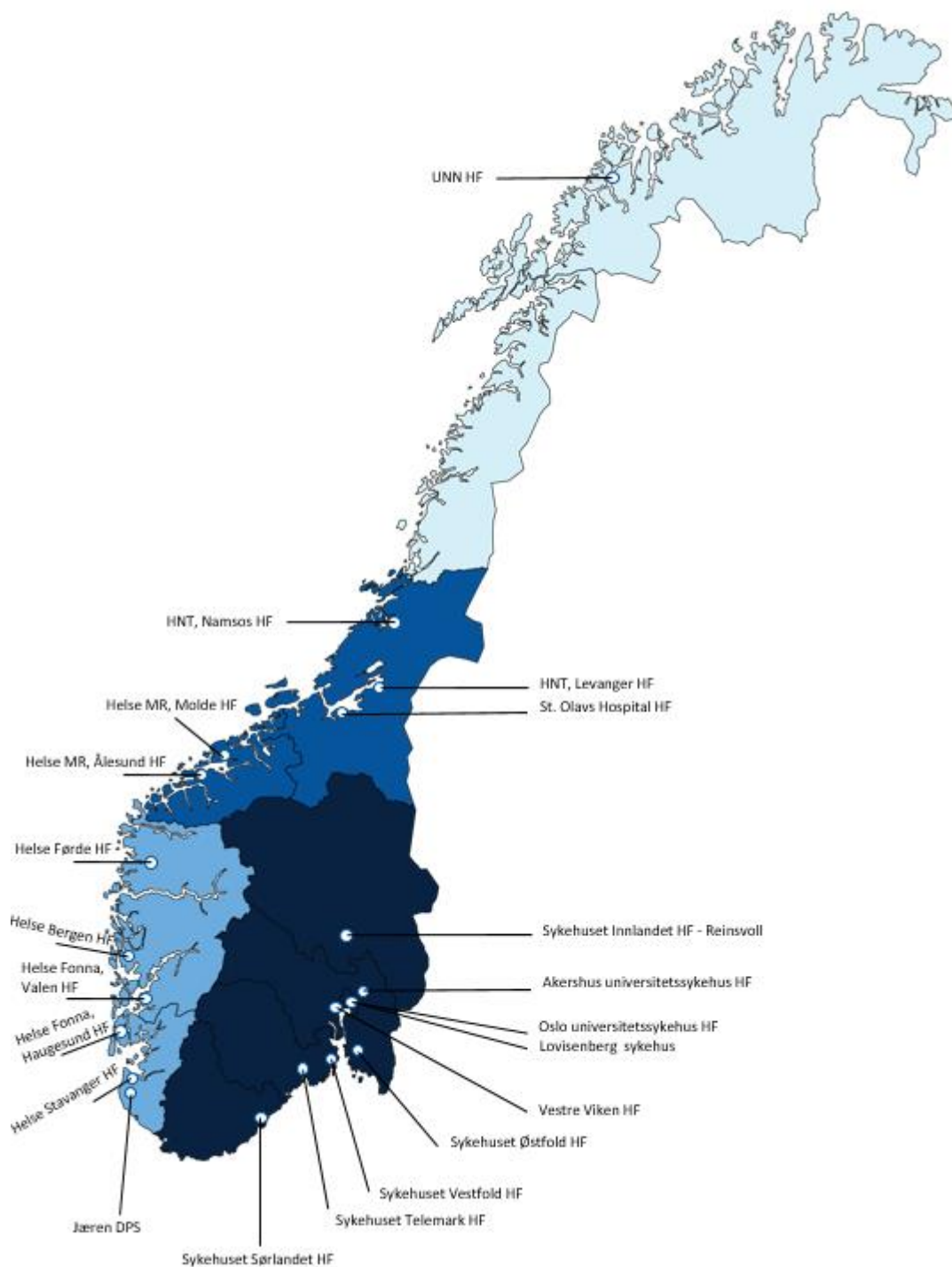
**Helse Midt (HM):** ca. 15 % av de akuttpsykiatriske innleggelsene skjer i sykehus i HM, og nærmere halvparten av disse ved St. Olavs hospital. HM gir tilbud til en befolkning på ca. 700 000 innbyggere.

**Helse Nord (HN):** Det er kun Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) som har levert tall til denne rapporten. Rundt 5 % av de akuttpsykiatriske innleggelsene i Norge skjer ved UNN, som dekker en befolkning på i overkant av 200 000 mennesker.

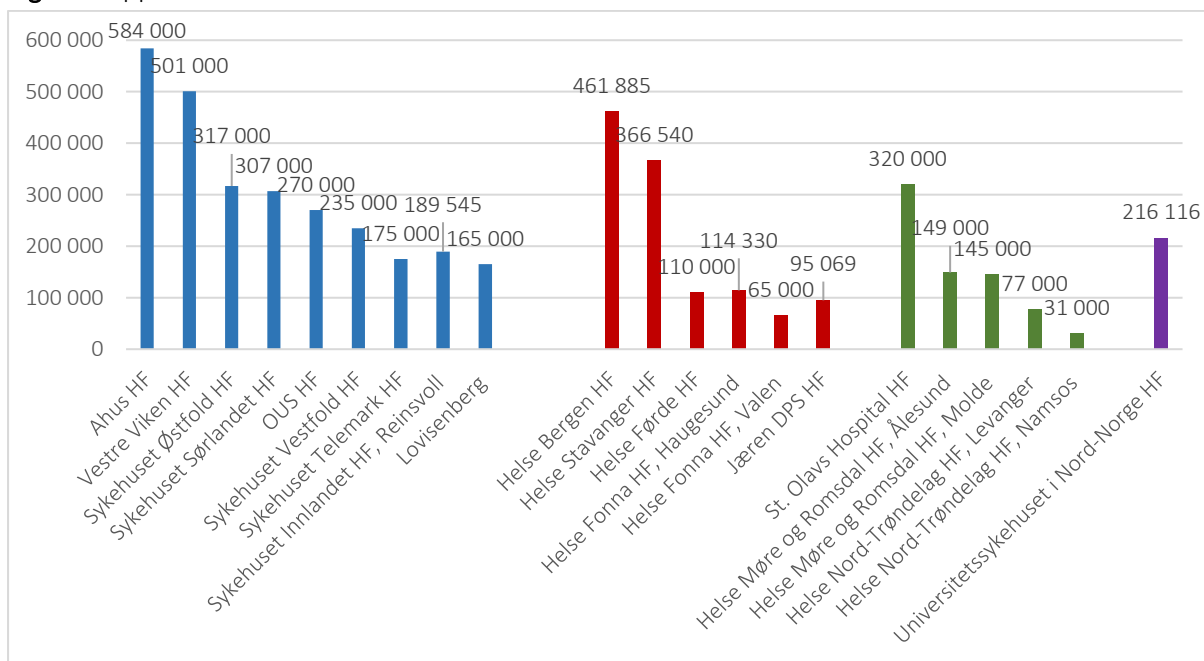
#### 2.1.2 Opptaksområde og sengeplasser

Figurene 1-4 gir en oversikt over opptaksområder og sengeplasser ved helseforetak i Norge.

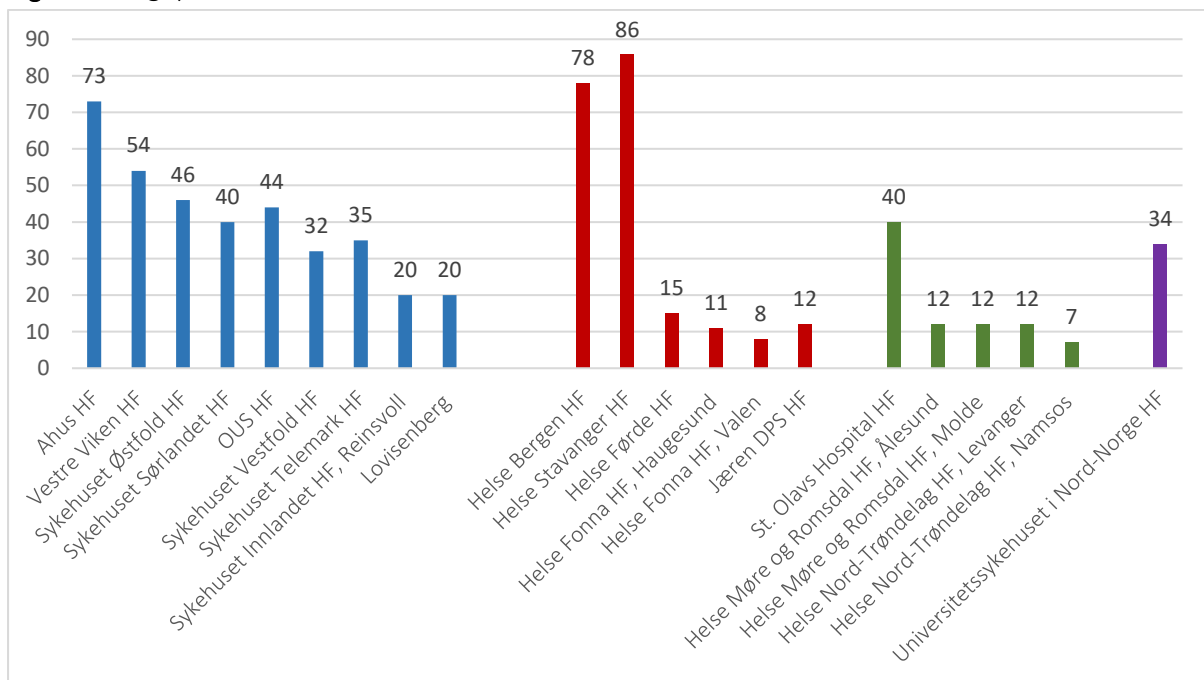
Figur 1. Oversikt over helseforetak og opptaksområder



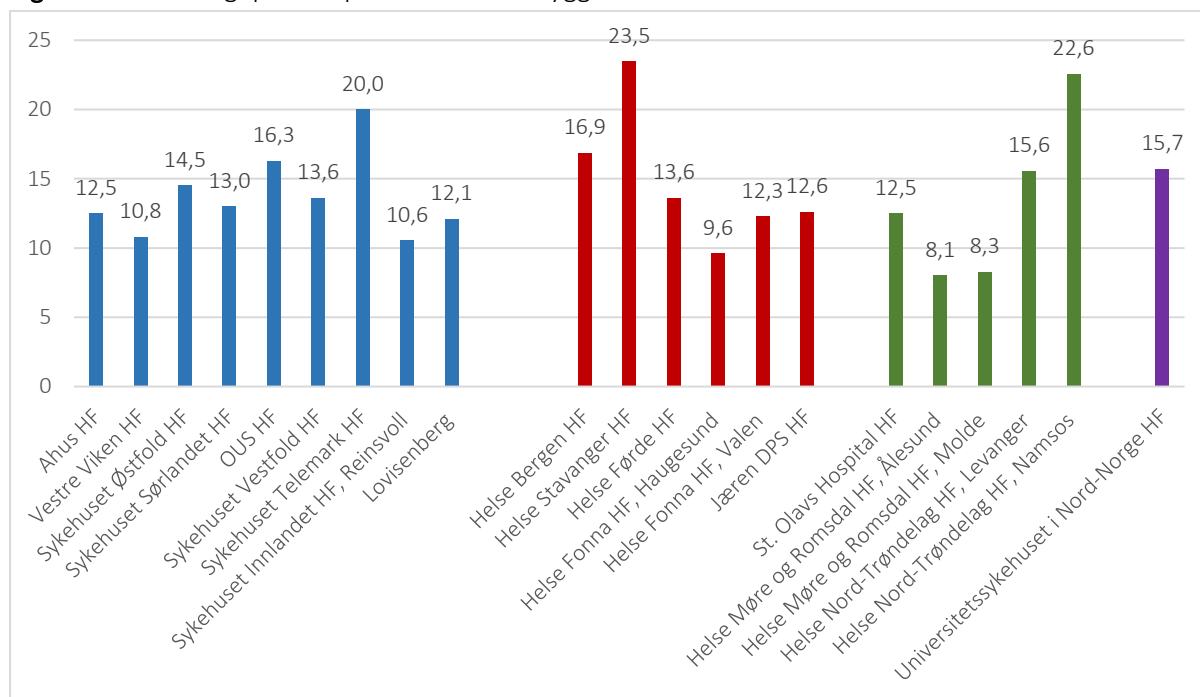
**Figur 2.** Opptaksområde for helseforetak



**Figur 3.** Sengeplasser ved helseforetak



**Figur 4.** Antall sengeplasser per 100 000 innbyggere ved helseforetak



### 2.1.3 Hva fungerer godt med dagens organisering?

Helseforetakene ble spurt om hva som fungerer godt med dagens organisering. Som fremkommer av ordskyen i figur 5 er pasientflytmøte og eget PAM særlig trukket frem som suksesskriterier ved organiseringen. Samarbeid rundt pasienten, at ansvarsområdet til mottakende instans er definert og at det er forutsigbart og samstemt hva som er «neste ledd» i pasientbehandlingen, blir også trukket frem. Flere nevner viktigheten av at bruk av døgnplasser er hjemlet i en «styringsrett» som ligger hos en seksjon/enhet. Det er ulik fordeling av pasienter internt i avdelingene; noen har diagnosespesifikke seksjoner, mens andre fordeler pasienter etter fødselsdato eller geografisk område. Felles er ønsket om å skape kontinuitet for pasientene – at de kommer til samme seksjon der det er behov for flere innleggelser, og at man unngår for mange flyttinger av pasientene. For øvrig trekkes pasientflytmøtet frem som viktig arena for å diskutere kompliserte pasientsaker og et forum som bidrar til samarbeid og felles forståelse; at man er «èn» enhet.

Mange opplever at PAM bidrar til at døgnplassene «brukes» riktig og sikrer riktig behandlingsnivå videre. Noen trekker også frem at PAM bidrar til få flyttinger for pasienten.

Flere helseforetak trekker frem at de har en liten avdeling/organisasjon eller samlokalisasjon, gjerne med felles møter, som gir oversikt og tett samarbeid både fordi «alle kjenner alle» og fordi det er korte avstander.

**Figur 5.** Ordsky som viser hva helseforetakene anser som godt med organiseringen ved foretaket deres



#### 2.1.4 Ulemper ved dagens organisering

Helseforetakene ble spurt om hva som fungerer dårlig med dagens organisering. Som fremkommer av ordskyen i figur 6 ansees ivaretagelse av de sykeste pasientene med høy voldsrisiko som utfordrende. Det trekkes også frem mangel på antall plasser som egner seg til skjerming, og mangel på plasser på høyere sikkerhetsnivå.

Mange helseforetak trekker frem for få plasser, særlig til behandling av pasienter med psykoselidelser som trenger noe lengre innleggelsestid eller har sammensatte og kompliserte forløp, men også antall plasser generelt, hvor flere trekker frem opplevelsen av at flere av pasientene trenger mer oppfølging enn tidligere. Flere helseforetak skriver at dette fører til lengre liggetid og fulle seksjoner på akuttavdelingene. Noen trekker også frem at de har fått en økning i antall innleggelser.

Mange gir tilbakemelding om at pasienter som trenger sikkerhetsplass legges inn på akuttpsykiatriske avdelinger, fordi det er mangel på plasser på sikkerhetsavdelinger/spesialenheter som tar imot disse pasientene på kort varsel. Dette fører igjen til press på sengekapasitet og mange trekker det frem som svært krevende å ivareta denne type pasienter sammen med de andre akutt syke pasientene som legges inn som øyeblikkelig hjelp.

Tilstrekkelig kompetanse på behandling av pasienter med spiseforstyrrelse, og også andre mindre hyppige tilstander (f.eks. pasienter med psykisk utviklingshemning eller demens), eller tilgang på spesialplasser for disse pasientene, oppleves av mange som en mangel.

For noen helseforetak er det uforutsigbare rutiner for pasientflyt, slik at overføring fra akuttpsykiatrisk avdeling til eksempelvis DPS døgn eller sikkerhet/psykoseseksjon gir ventetid, og andre helseforetak påpeker behov for å redusere antall innleggelser til akuttavdelingen (ved bruk av akutteam, DPS døgnplasser, samarbeid med legevakt mm). Både uklare rammer for overføring og uklare rutiner for å redusere pasientflyt inn i akuttavdelingen, skaper igjen tidvis stort press på døgnplassene på akuttavdelingen og medfører overbelegg. Noen trekker også frem at det er dårlig

definert hvilke pasienter som skal ivaretas på akuttpsykiatriske plasser og hvilke som skal kunne ivaretas på DPS døgn.

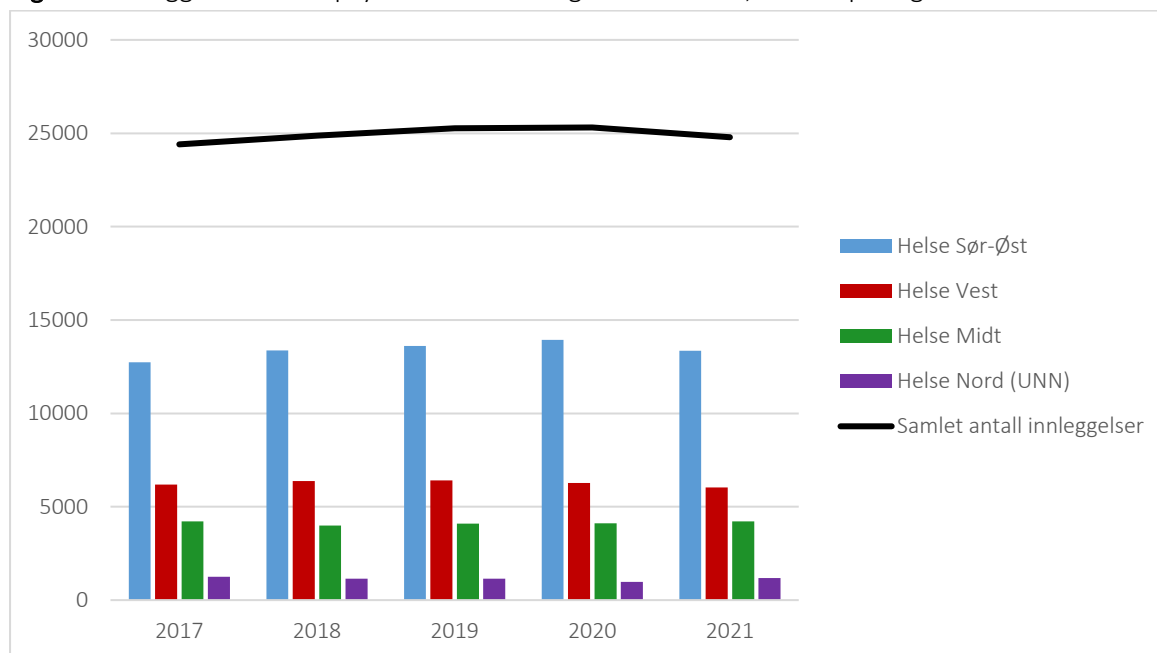
**Figur 6.** Ordsdy som viser hva helseforetakene anser som dårlig med organiseringen av helseforetaket deres



## 2.2 Innleggelser

Som figur 7 viser har antallet innleggelser vært relativt stabilt gjennom de siste fem årene. Det er en svak økning i antall innleggelser hvert år, med en liten nedgang i 2021.

**Figur 7.** Innleggelser i akuttpsykiatriske avdelinger 2017-2021, fordelt på regionale helseforetak<sup>a</sup>



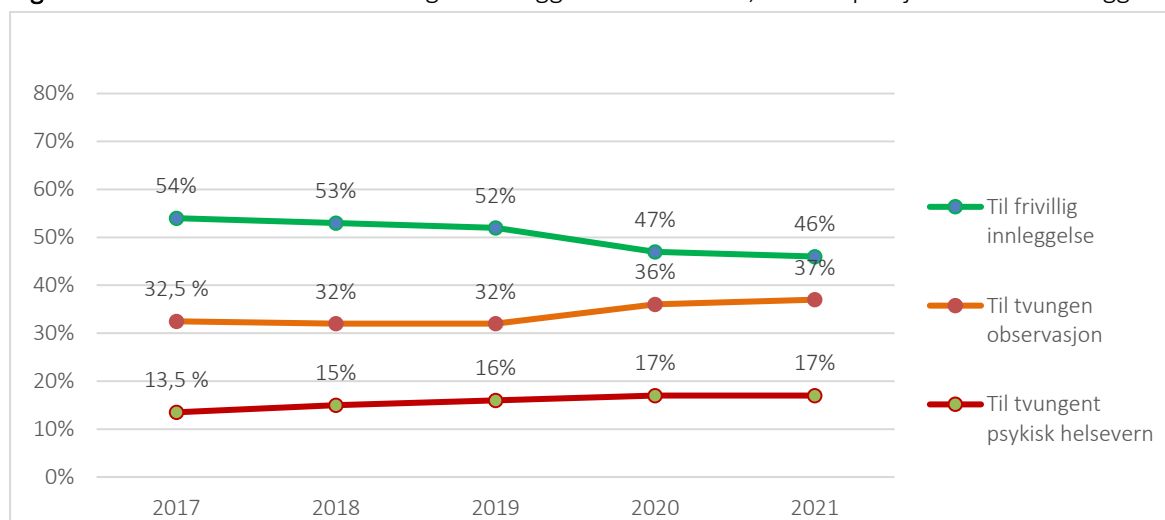
<sup>a</sup>Følgende helseforetak har ikke levert tall og er derfor ikke del av statistikken: Helse Sør-Øst: Sykehuset Innlandet HF, avd. Sanderud og Diakonhjemmet, Helse Nord: Nordlandssykehuset HF.

### 2.2.1 Henvisning til innleggelse

Innleggelse skjer etter henvisning til frivillig behandling, tvungen observasjon i inntil 10 dager eller til tvungent psykisk helsevern (TPH). Unntaksvis henvises pasienter etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10 eller etter straffelovens § 62, jfr. kapittel 5 i psykisk helsevernloven; dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Innleggelse til frivillig behandling krever at pasienten vurderes å være samtykkekompetent jfr. psykisk helsevernloven. Antallet henvisninger i perioden er stabilt, og er i hovedtrekk sammenfallende med antall innleggelse.

Det er en jevn nedgang i andelen pasienter som henvises til frivillig innleggelse, fra 54 % i 2017 til 46 % i 2021 (figur 8). Andelen pasienter som henvises til tvungen observasjon har økt fra 32,5 % i 2017 til 37 % i 2021, mens andelen pasienter som henvises til tvungent psykisk helsevern har økt fra 13,5 % i 2017 til 17 % i 2021. Den mest markante endringen skjer fra 2019 til 2020.

**Figur 8.** Prosentvis andel henvisning til innleggelse 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse<sup>a</sup>

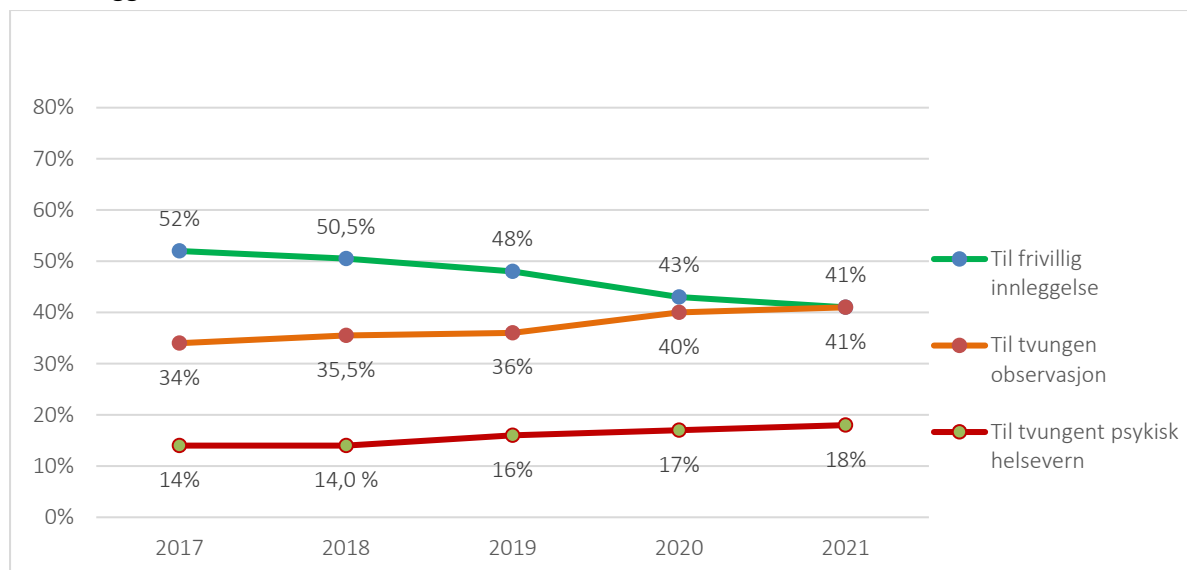


<sup>a</sup>Følgende har ikke levert tall for alle år og tas ut av statistikken: Helse Sør-Øst: Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF, Helse Midt: St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF, avd. Ålesund.

De største endringene i henvisningsformalia i perioden ser vi i helseforetakene i Helse Sør-Øst og Helse Vest (figur 9 og figur 10). I Helse Sør-Øst ser vi en nedgang i andelen som henvises til frivillig behandling fra 52 % til 41 %, og en økning i andelen pasienter som henvises til tvungen observasjon fra 34 % til 41 %, og til TPH fra 14 % til 18 %. Tilsvarende tall for Helse Vest er en nedgang i henvisninger til frivillig behandling fra 54 % til 46 %, og en økning i andelen som henvises til tvungen observasjon på 33,5 % til 40,5 %, og til TPH fra 12,5 % til 13,5 %.

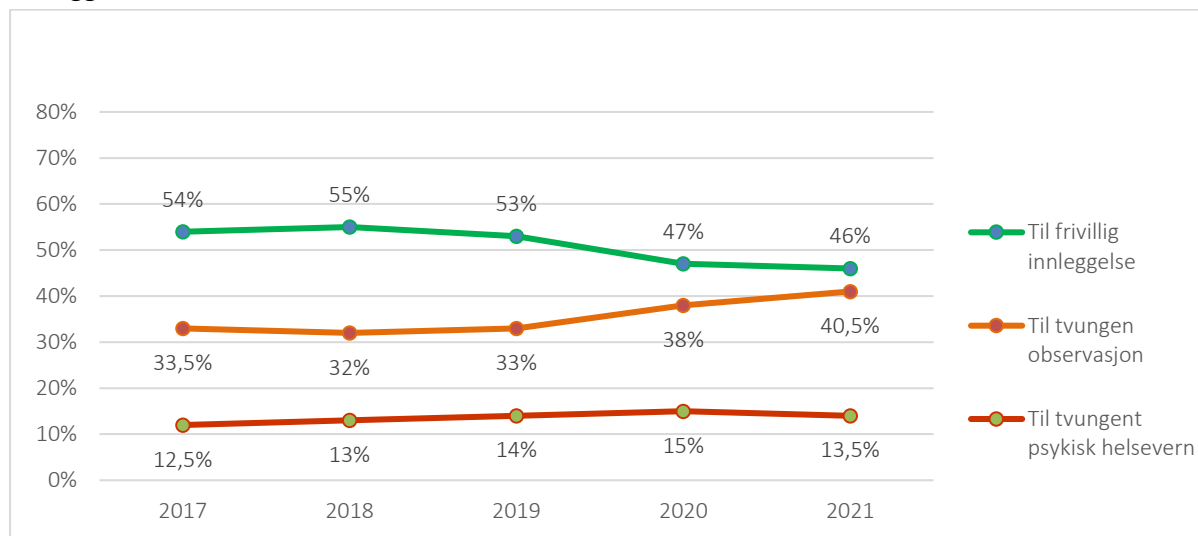
Vi mangler tall på henvisninger for St. Olavs hospital HF, og Nordlandssykehuset HF. Ettersom disse to helseforetakene utgjør omkring halvdelen av innleggelsene i sine helseregioner har vi valgt å bruke stiplede linjer for disse regionale helseforetakene.

**Figur 9.** Prosentvis andel henvisning til innleggelse i Helse Sør-Øst 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse<sup>a</sup>



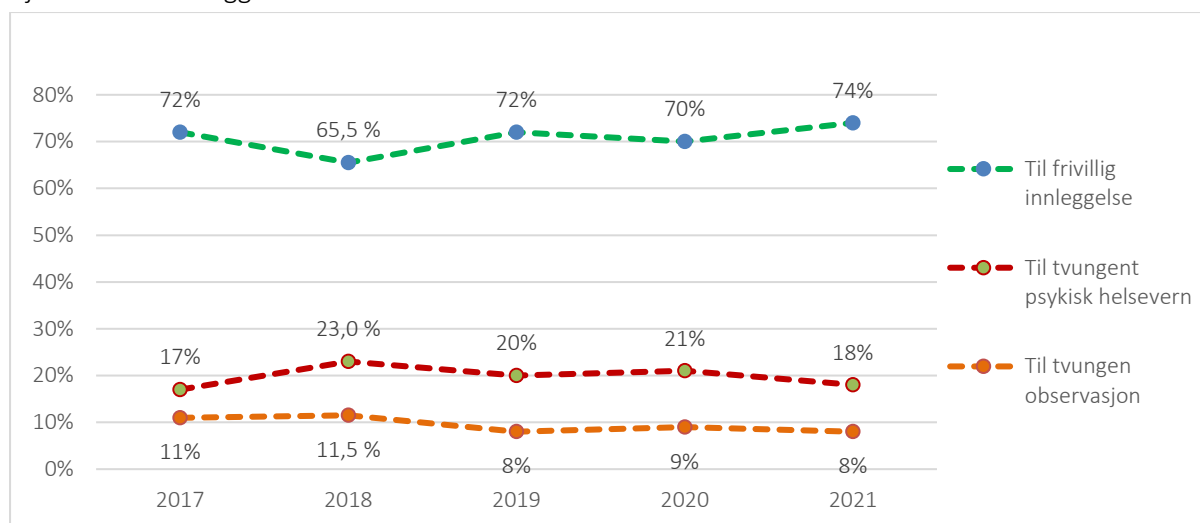
<sup>a</sup>Tall fra Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF er ikke med.

**Figur 10.** Prosentvis andel henvisning til innleggelse i Helse Vest 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse



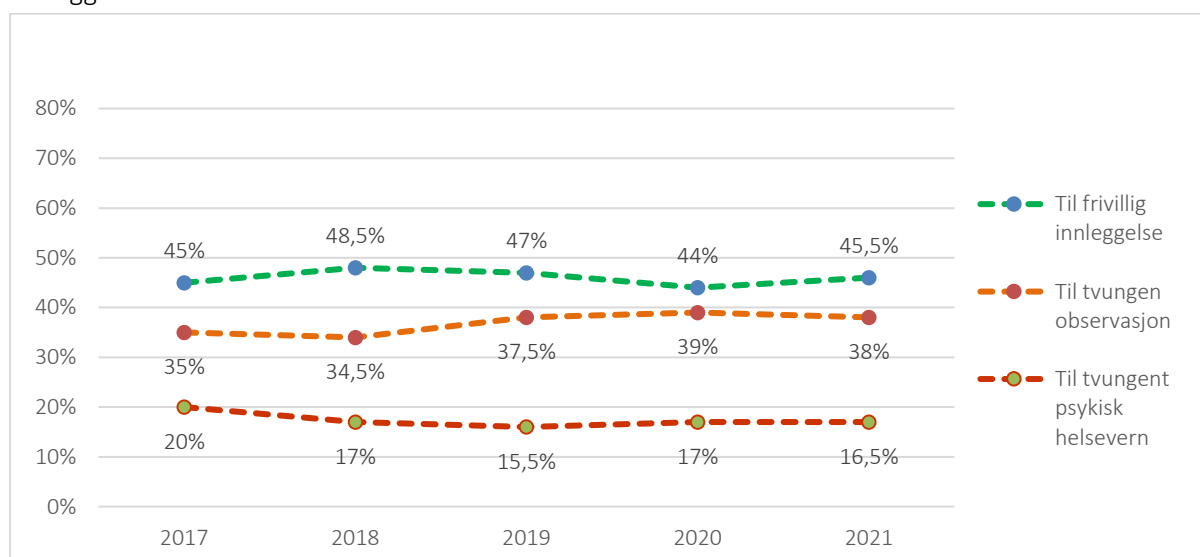


**Figur 11.** Prosentvis andel henvisning til innleggelse i Helse Midt-Norge 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Tall fra St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF, avd. Ålesund er ikke med.

**Figur 12.** Prosentvis andel henvisning til innleggelse i Helse Nord 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Tall fra Nordlandssykehuset HF er ikke med.

### 2.2.2 Innleggelse til psykisk helsevern

Henvisning til innleggelse vurderes av lege ved akuttpsykiatrisk avdeling. Vedtak til tvungen innleggelse krever undersøkelse av spesialist innen 24 timer.

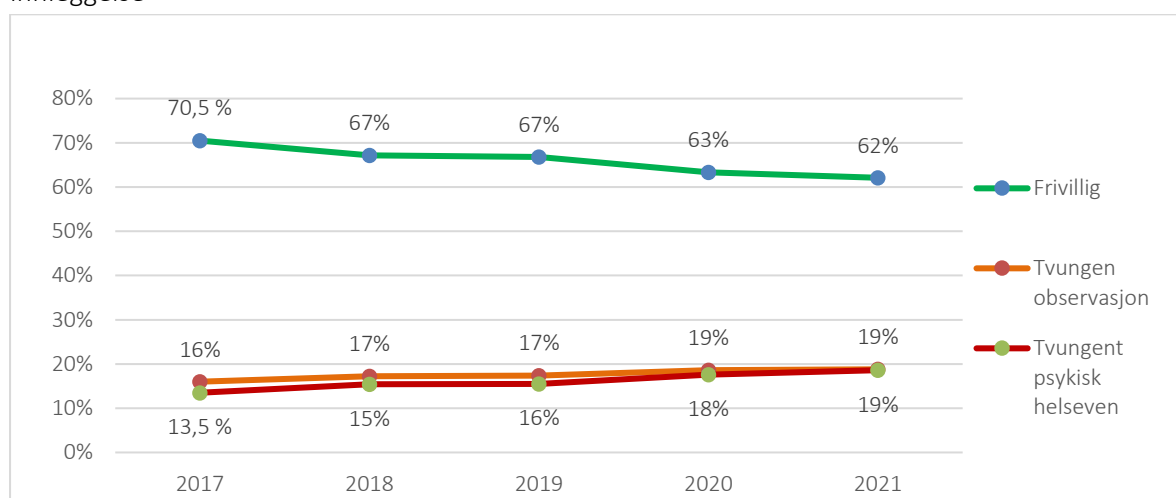
Som for henvisninger ser vi en jevn nedgang i andelen frivillige innleggelser, fra 70,5 % i 2017 til 62 % i 2021 (figur 13). Det er en økning i vedtak til tvungen observasjon fra 16 % i 2017 til 19 % i 2021, og en økning av vedtak til TPH fra 13,5 % i 2017 til 19 % i 2021. De mest markante endringene er fra 2017 til 2018, og fra 2019 til 2020.

Helse Sør-Øst har den tydeligste endringen i andelen pasienter som innlegges til frivillig behandling, tvungen observasjon og TPH (figur 14). For innleggelsene i Helse Sør-Øst ser vi en nedgang i

andelen frivillige innleggelser fra 68 % til 59 %, og en økning i andel innleggelser til tvungen observasjon fra 18 % til 21,5 %, og til TPH fra 14 % til 19,5 %. Helse Vest har en nedgang i andelen frivillige innleggelser fra 72 % til 65 %, og en økning i andel innleggelser til TPH fra 12 % til 18 % (figur 15).

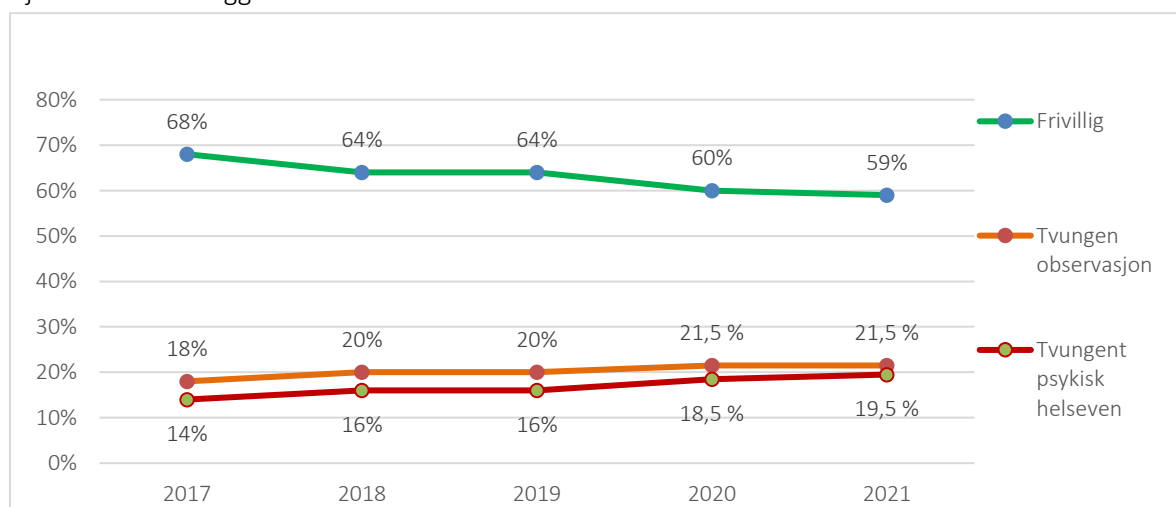
Endringene i rettslig grunnlag ved innleggelse er mindre tydelige i Helse Midt og Helse Nord. Grafen for innleggelser i Helse Nord er stiplest etter som innleggelser fra Nordlandssykehuset HF ikke er med i tallmaterialet.

**Figur 13.** Prosentvis andel innleggelser til psykisk helsevern 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse<sup>a</sup>

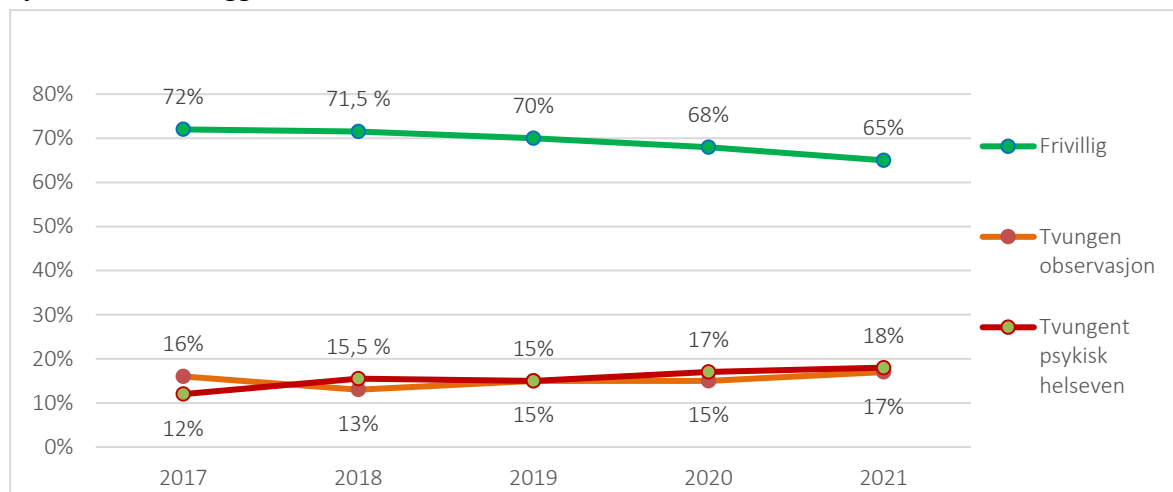


<sup>a</sup>Følgende har ikke levert tall for alle år og tas ut av statistikken. Helse Vest: Helse Fonna HF, avd. Haugesund. Helse Midt: Helse Møre og Romsdal HF.

**Figur 14.** Prosentvis andel innleggelser til psykisk helsevern i Helse Sør-Øst 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse

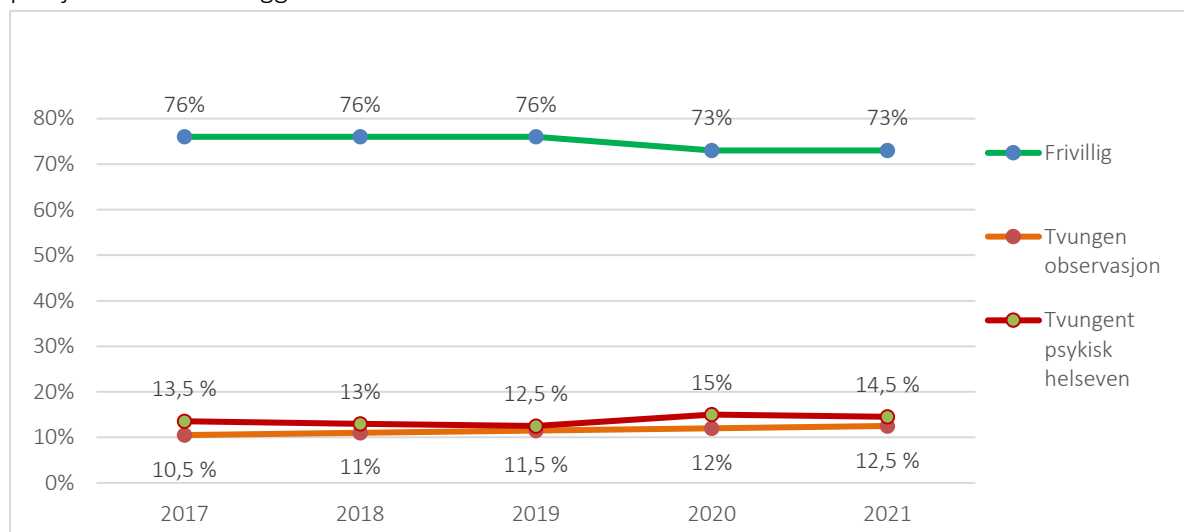


**Figur 15.** Prosentvis andel innleggelser til psykisk helsevern i Helse Vest 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse<sup>a</sup>



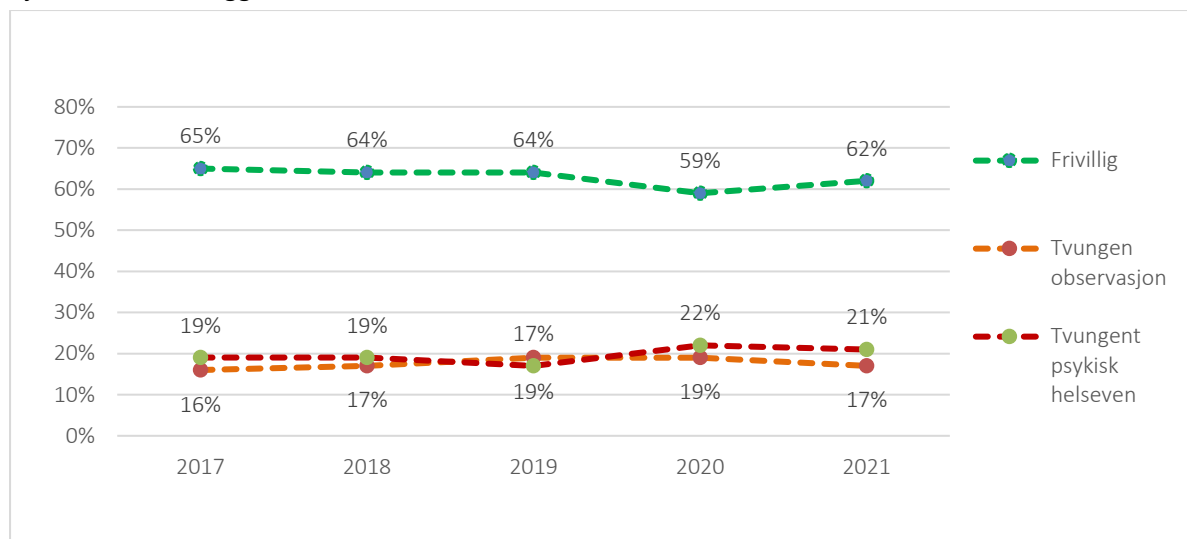
<sup>a</sup>Helse Fonna HF, avd. Haugesund har ikke levert tall for alle år og tas ut av statistikken.

**Figur 16.** Prosentvis andel innleggelser til psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Helse Møre og Romsdal HF har ikke levert tall for alle år og tas ut av statistikken.

**Figur 17.** Prosentvis andel innleggelser til psykisk helsevern i Helse Nord 2017-2021, fordelt på hjemmel for innleggelse<sup>a</sup>

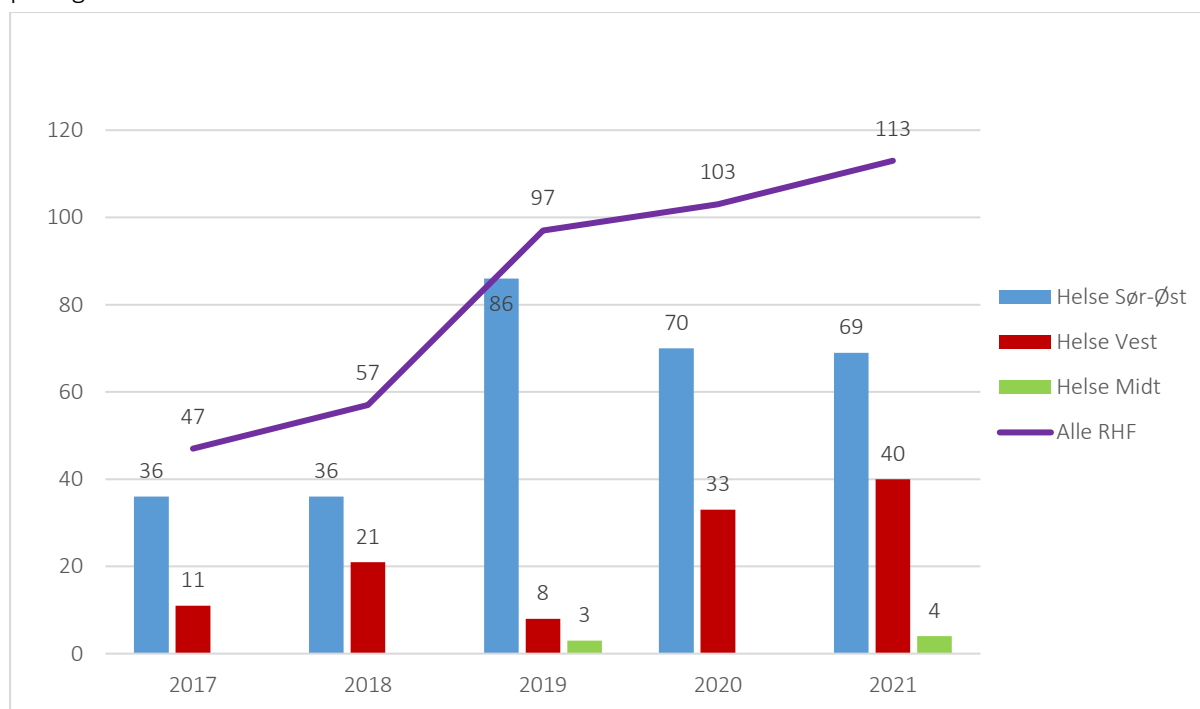


<sup>a</sup>Tall fra Nordlandssykehuset HF er ikke med.

### 2.2.3 Innleggelse på dom til tvungent psykisk helsevern, jf. strl. §62

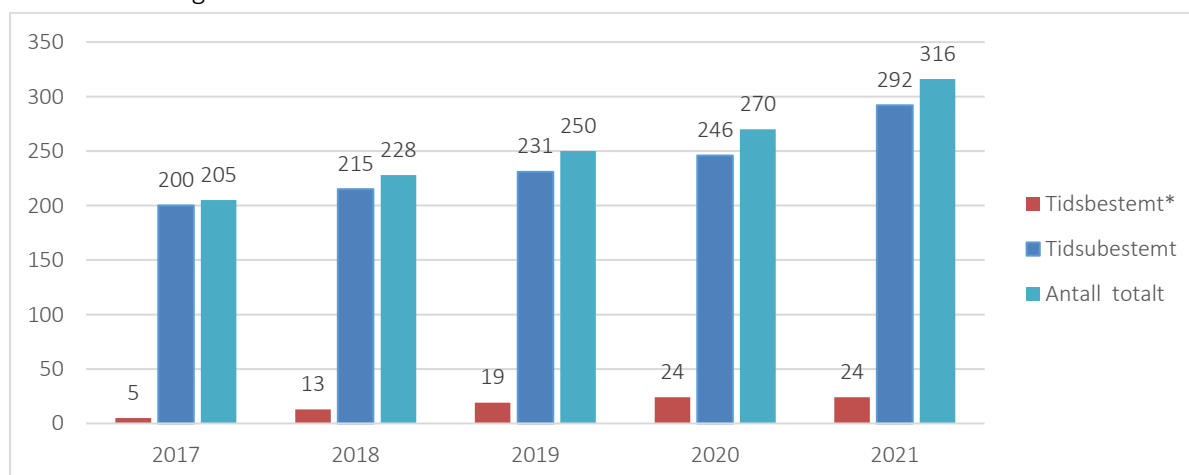
Det er en økning på 140 % i perioden 2017 til 2021 i antall innleggelser av pasienter som er underlagt dom til tvungent psykisk helsevern etter straffelovens § 62, jfr. kapittel 5 i psykisk helsevernloven. Som fremkommer av figur 18, så skjer nesten alle innleggelser av pasienter underlagt dom til tvungent psykisk helsevern i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Økningen som vises under gjelder antall innleggelser i akuttpsykiatriske avdelinger, ikke antall enkeltpersoner. Innleggelse i akuttpsykiatriske avdelinger skyldes ofte vilkårsbrudd, som bruk av rusmidler. Ved Helse Bergen HF og St. Olavs hospital HF går innleggelse av pasienter underlagt dom til tvungent psykisk helsevern utenom akuttpsykiatrisk avdeling, og skjer direkte til lokal eller regional sikkerhetsavdeling ved behov for døgnopphold.

**Figur 18.** Antall innleggelser av pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern 2017-2021, fordelt på regionalt helseforetak



Økningen av innleggelser av pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern i akuttavdelinger sammenfaller med en betydelig økning av pasienter som er underlagt slik dom i Norge. Fra utgangen av 2017 til utgangen av 2021 har dette tallet steget fra 205 til 316 (figur 19). Økningen fra 2020-2021 var dobbelt så stor som foregående år, fra 33 til 58 nye pasienter.

**Figur 19.** Antall pasienter underlagt dom til tvungent psykisk helsevern 2017-2021, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt<sup>a</sup>



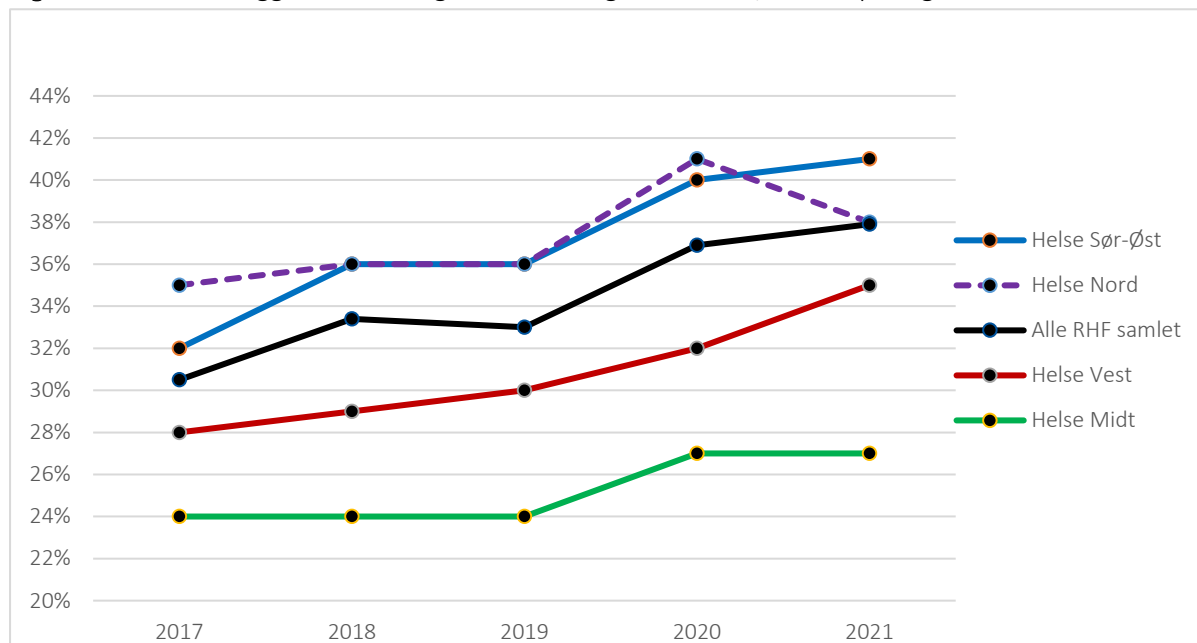
<sup>a</sup>Tall er hentet fra årsmeldingene til Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungen psykisk helsevern for årene 2017-2021.

\*Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern grunnet gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art, jf. straffelovens § 62, annet ledd.

### 2.2.4 Innleggelses til tvungen behandling

Samlet andel innleggelses til tvungen behandling (tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og dom til behandling) viser en tydelig, oppadgående kurve (figur 20). For alle helseforetakene samlet utgjorde andelen tvang ved innleggelse 30,5 % i 2017 og 38 % i 2021. Økningen av innleggelses på tvang gjelder alle helseforetak. Folkerike Helse Sør-Øst har i 2021 den høyeste andelen tvangsinnleggelses i Norge.

Figur 20. Antall innleggelses til tvungen behandling 2017-2021, fordelt på regionalt helseforetak



### 2.3 Belegg og liggetid

Beleggsprosenten angir utnyttelsen av døgnkapasiteten i en sykehusavdeling. Det kan være variasjoner i måten beleggsprosenten beregnes på. En vanlig måte er å telle antall senger som er belagt kl. 7 hver morgen, og måle dette tallet opp mot tilgjengelig sengekapasitet på måletidspunktet. Beleggsprosenten måles hver dag, også helge- og høytidsdager. Statistisk sentralbyrå viser til formel som er vanlig å bruke for beregning av beleggsprosent<sup>1</sup>.

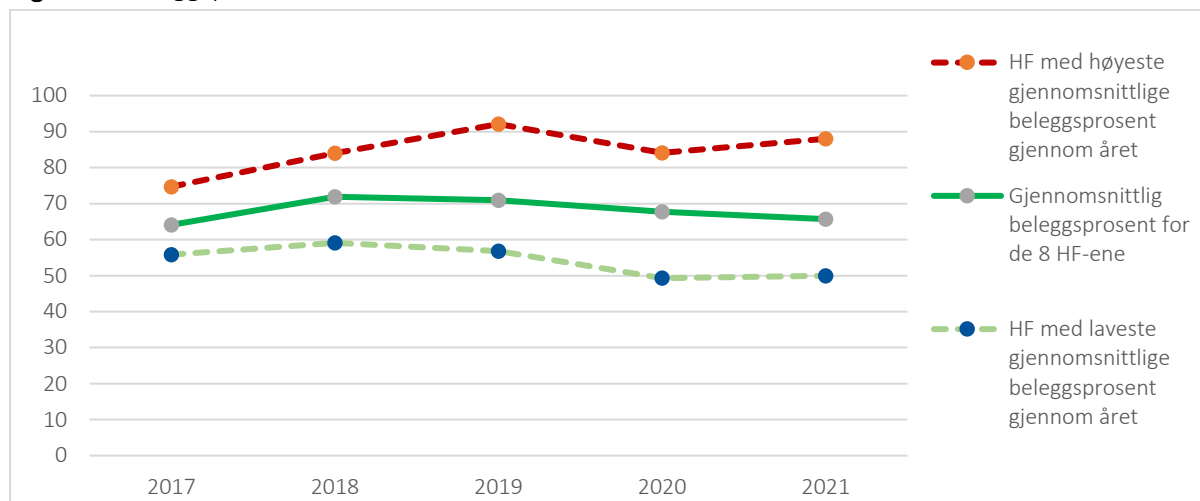
I det følgende skiller vi mellom helseforetak som har eget PAM og de som ikke har det, etter som denne ulikheten i organisering innvirker betydelig på både beleggsprosent og liggetid. Åtte helseforetak i denne statusrapporten har eget PAM, seks i Helse Sør-Øst og to i Helse Vest. Alle helseforetak med flere enn førti sengeplasser, samt Sykehuset Vestfold, har eget PAM. Et fellestrekk ved helseforetak med PAM er at de har mange mennesker i opptaksområdet. Ettersom helseforetak med PAM er store og med et høyt antall innleggelses, ble 55 % av alle innleggelses i akuttpsykiatrien tatt imot i et PAM i 2021.

<sup>1</sup> Statistisk sentralbyrå: Beleggsprosent = (Liggedager/Døgnkapasitet)\*100

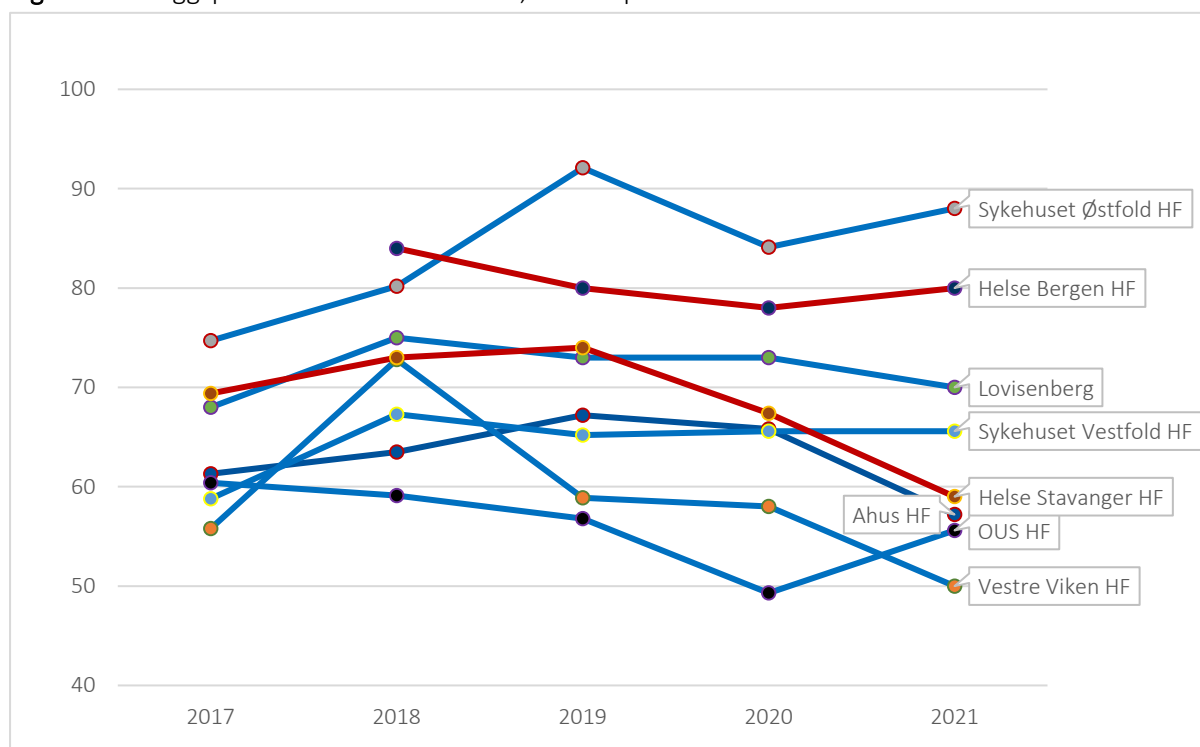
### 2.3.1 Beleggsprosent PAM

Det er en økning i gjennomsnittlig beleggsprosent ved PAM fra 2017 til 2018, fra 64 % i 2017 til 72 % i 2018 (figur 21). Deretter faller gjennomsnittlig beleggsprosent fram mot 2021 til 66 %. Det er imidlertid store ulikheter mellom helseforetakene, og en økende variasjon i perioden (figur 22).

Figur 21. Beleggsprosent i PAM 2017-2021



Figur 22. Beleggsprosent i PAM 2017-2021, fordelt på helseforetak<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Helse Bergen HF har ikke levert tall for 2017.

### 2.3.2 Liggetid i PAM

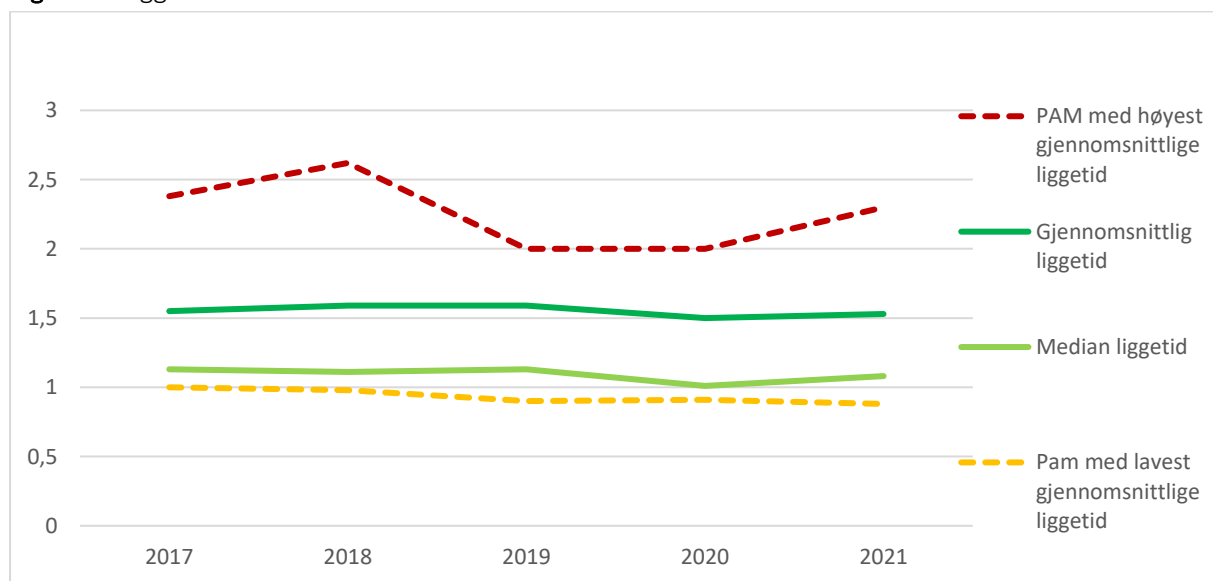
Liggetid i PAM fremkommer av tabell 1 og figur 23. Generelt er gjennomsnittlig liggetid for pasienter i PAM høyere enn median liggetid. Det kan skyldes at man velger å ferdigbehandle

enkelte pasienter i mottak, og dermed unngå overflytting til annen enhet/seksjon for relativt korte innleggelses. På gruppenivå er det ingen klar tendens til endring i liggetid i perioden.

**Tabell 1.** Liggetid i PAM 2017-2021

Helseforetak	2017		2018		2019		2020		2021	
	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median
Helse Sør-Øst										
Ahus HF	1,0	0,9	1,0	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8
Vestre Viken HF	1,5	1,0	1,5	1,0	1,9	1,0	1,6	1,0	1,4	1,0
Sykehuset Østfold HF	1,7	0,8	1,7	0,7	1,9	0,7	1,7	0,6	1,7	0,7
OUS HF	1,6	1,0	1,7	1,0	1,7	1,0	1,5	1,2	1,5	1,2
Sykehuset Vestfold HF	1,6	1,0	1,5	0,9	1,6	0,9	1,7	0,9	1,8	1,0
Lovisenberg	1,6	1,0	1,7	1,1	1,7	1,1	1,6	1,0	1,6	1,0
Helse Vest										
Helse Stavanger HF	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Helse Bergen HF	2,4	1,7	2,6	1,7	2,0	1,8	2,0	1,3	2,3	1,6

**Figur 23.** Liggetid i PAM 2017-2021

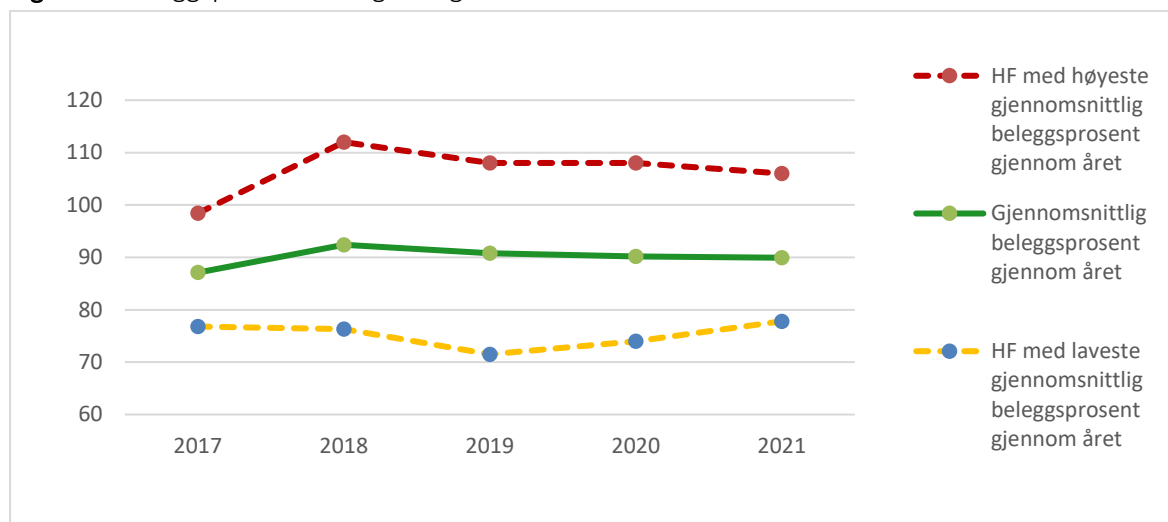


### 2.3.3 Beleggsprosent øvrige senger ved helseforetak med PAM

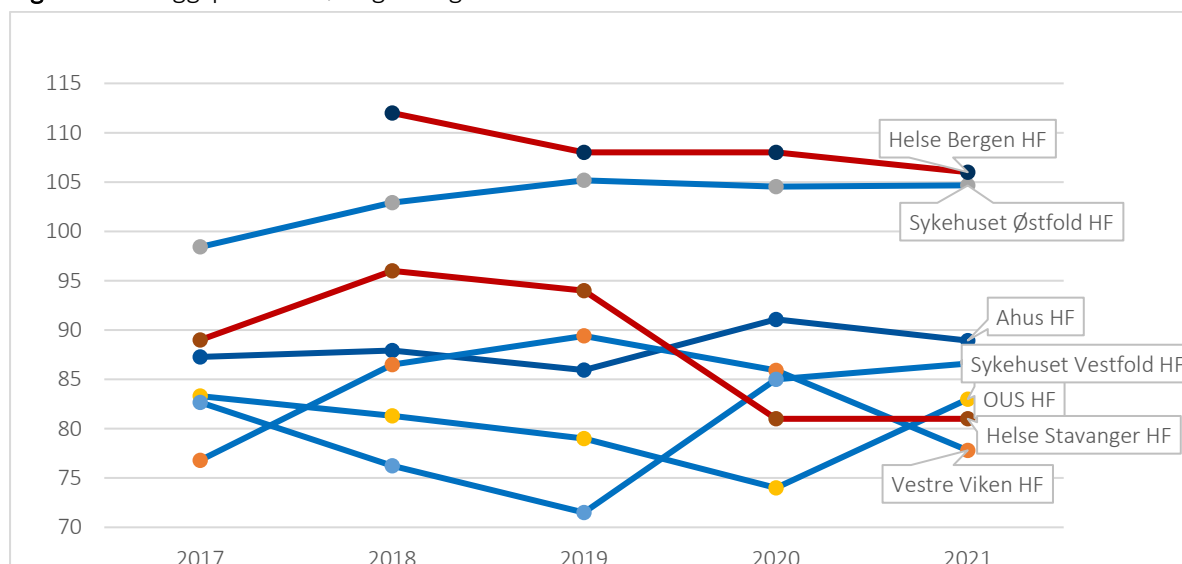
Beleggsprosent i øvrige senger i helseforetak med PAM fremkommer av figur 24 og 25. De store helseforetakene med PAM har gjennomgående et høyt belegg på de øvrige akuttenehetene i avdelingen. På gruppenivå ligger gjennomsnittlig beleggsprosent i hele perioden på rundt 90 %. Median beleggsprosent følger i stor grad gjennomsnittlig beleggsprosent. Variasjonen mellom helseforetakene er stor.



**Figur 24.** Beleggsprosent i øvrige senger ved helseforetak med PAM 2017-2021



**Figur 25.** Beleggsprosent i øvrige senger ved helseforetak med PAM 2017-2021<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Lovisenberg er ikke med da sengene fyller både en akutt- og intermediærfunksjon.

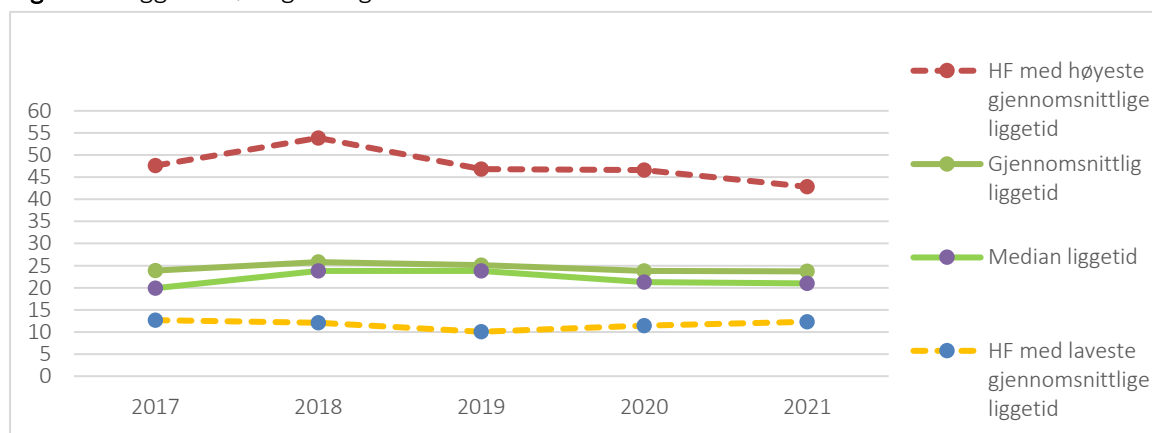
### 2.3.4 Liggetid i øvrige senger ved helseforetak med PAM

Som fremkommer av tabell 2 og figur 26 og 27, så er det betydelig variasjon i liggetid for øvrige senger i helseforetak med PAM. Det er også stor variasjon i hvordan liggetiden endrer seg gjennom perioden. På gruppenivå ser vi en liten gjennomsnittlig økning i liggetid for akutteneheter i helseforetak som har eget PAM fra 2017 til 2018, for deretter å se en svakt fallende tendens. Median liggetid er jevnt over betydelig lavere enn gjennomsnittlig liggetid, noe som ofte forklares med «langligere» som venter på plass på neste behandlingsnivå. Utviklingen i median liggetid på gruppenivå viser samme tendens som gjennomsnittlig liggetid.

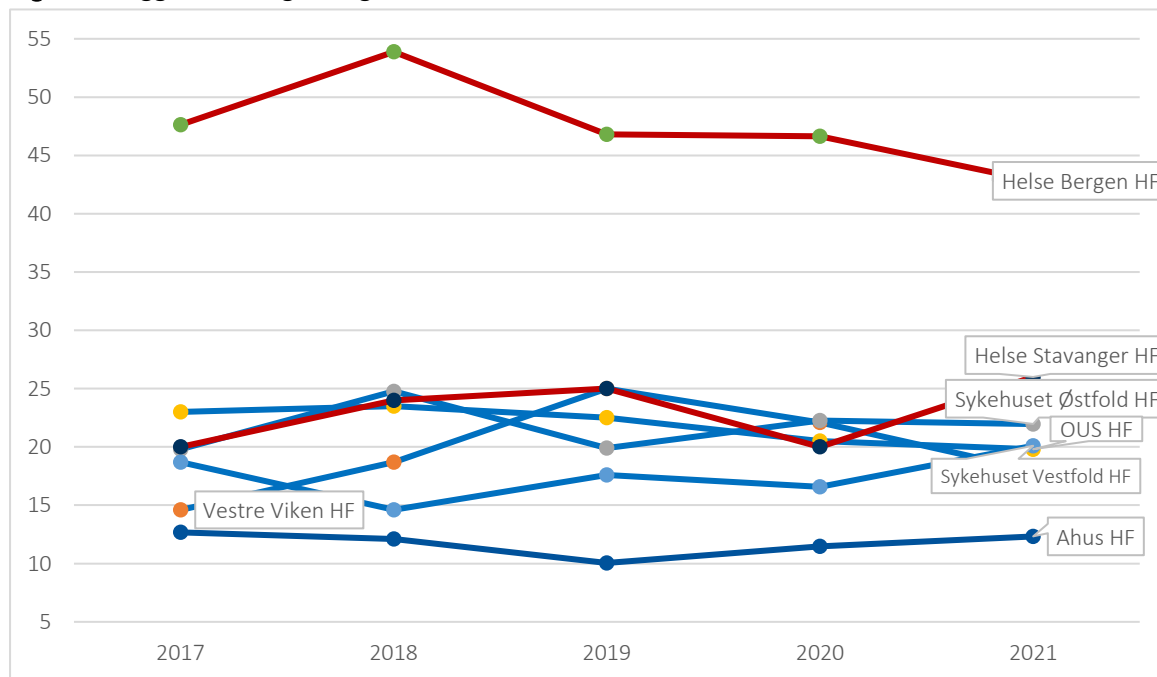
**Tabell 2.** Liggetid i øvrige senger ved helseforetak med PAM 2017-2021

Helseforetak	2017		2018		2019		2020		2021	
	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median	Gj.snitt	Median
Helse Sør-Øst										
Ahus HF	12,7	6,0	12,1	5,1	10,1	5,0	11,5	5,9	12,3	6,1
Vestre Viken HF	14,6	5,0	18,7	10,0	25,0	17,0	22,1	12,0	18,0	11,0
Sykehuset Østfold HF	19,8	10,2	24,8	10,3	19,9	8,7	22,3	9,0	22,0	8,0
OUS HF	20,9	15,2	23,5	18,9	22,5	17,0	20,5	15,6	19,8	14,0
Sykehuset Vestfold HF	18,7	9,2	14,6	6,9	17,6	8,9	16,6	6,9	20,1	8,9
Helse Vest										
Helse Stavanger HF	20,0	11,0	24,0	11,0	25,0	10,0	20,0	7,0	26,0	11,0
Helse Bergen HF	47,6	34,0	53,9	35,0	46,8	26,0	46,6	27,0	42,8	26,0

**Figur 26.** Liggetid i øvrige senger ved helseforetak med PAM 2017-2021



**Figur 27.** Liggetid i øvrige senger ved helseforetak med PAM 2017-2021



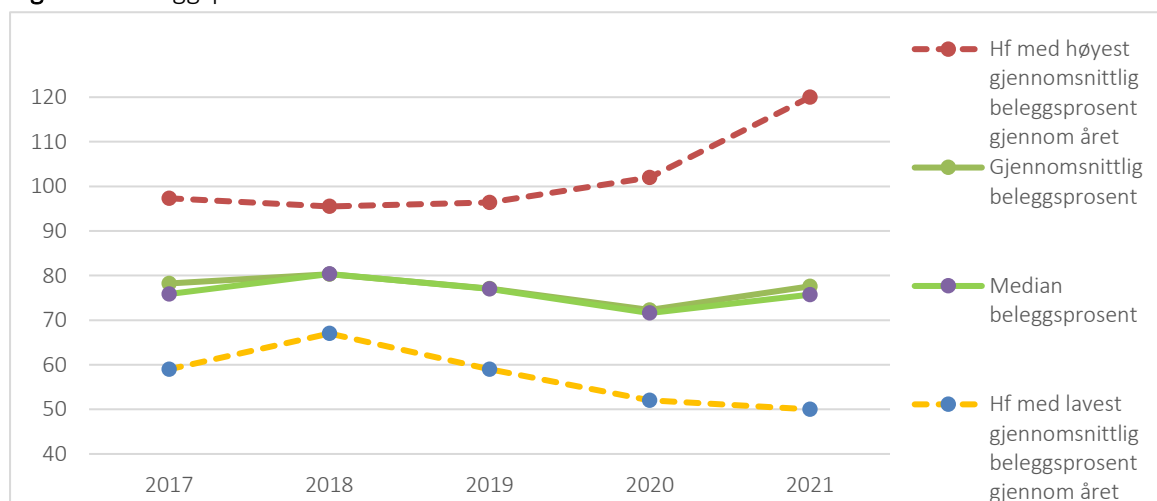
### 2.3.5 Beleggsprosent i helseforetak uten PAM

Helseforetakene uten PAM inkluderer de ni helseforetakene som har mindre enn 30 sengeplasser samt fire middels store helseforetak med 30-40 sengeplasser. På gruppenivå er gjennomsnittlig beleggsprosent gjennom året lavere for helseforetakene uten PAM enn for helseforetak med PAM. Variasjonen i gjennomsnittlig beleggsprosent er stor, og økende gjennom perioden (Tabell 3 og figur 28).

**Tabell 3.** Beleggsprosent i helseforetak uten PAM 2017-2021

Helseforetak	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Helse Sør-Øst</b>					
Sykehuset Sørlandet HF	85,6 %	87,2 %	92,3 %	76,9 %	82,4 %
Sykehuset Telemark HF	65,0 %	71,0 %	68,0 %	65,0 %	70,0 %
Sykehuset Innlandet HF, Reinsvoll	75,9 %	82,6 %	75,0 %	68,3 %	79,6 %
<b>Helse Vest</b>					
Helse Førde HF	93,9 %	95,5 %	81,7 %	79,2 %	74,2 %
Helse Fonna HF, Haugesund		75,0 %	59,0 %	52,0 %	50,0 %
Helse Fonna HF, Valen	86,6 %	78,7 %	79,0 %	75,0 %	77,1 %
Jæren DPS	59,0 %	67,0 %	63,0 %	59,0 %	61,0 %
<b>Helse Midt</b>					
St. Olavs Hospital HF		82,0 %	81,0 %	82,0 %	85,0 %
Helse Møre og Romsdal HF, Ålesund		95,0 %	96,0 %	102,0 %	120,0 %
Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger	71,4 %	73,2 %	65,4 %	62,4 %	65,9 %
Helse Nord-Trøndelag HF, Namsos	69,6 %	67,7 %	68,6 %	57,5 %	57,9 %
<b>Helse Nord</b>					
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	97,3 %	88,3 %	96,4 %	88,1 %	108,3 %

**Figur 28.** Beleggsprosent i helseforetak uten PAM 2017-2021<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Helse Møre og Romsdal HF, avd. Molde har ikke levert tall for beleggsprosent. St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF, avd. Ålesund har ikke levert tall for 2017.

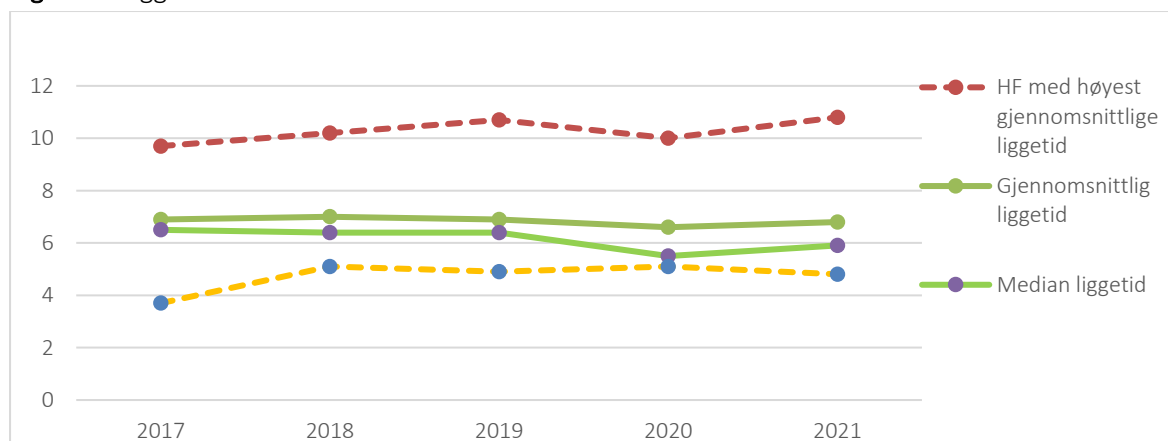
### 2.3.6 Liggetid i helseforetak uten PAM

Som fremkommer av figur 29 har gjennomsnittlig liggetid helseforetak uten PAM holdt seg stabilt mellom 6,6 og 7 døgn i perioden 2017-2021. Det er noe variasjon i gjennomsnittlig liggetid mellom ulike helseforetak (tabell 4).

**Tabell 4.** Liggetid i helseforetak uten PAM 2017-2021

Helseforetak	2017	2018	2019	2020	2021
Helse Sør-Øst	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt	Gj.snitt
Sykehuset Sørlandet HF	6,2	6,4	6,4	5,3	5,9
Sykehuset Telemark HF	6,0	7,0	7,0	8,0	8,0
Sykehuset Innlandet HF, Reinsvoll	6,8	6,3	5,3	5,1	5,9
Helse Vest					
Helse Førde HF	7,4	7,0	8,1	8,1	9,6
Helse Fonna HF, Haugesund	5,1	5,1	5,0	5,4	5,2
Helse Fonna HF, Valen	7,8	9,5	8,4	8,0	7,8
Jæren DPS	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Helse Midt					
St. Olavs Hospital HF		6,0	5,5	5,5	5,6
Helse Møre og Romsdal HF, Ålesund	5,8	5,4	5,9	5,3	5,3
Helse Møre og Romsdal HF, Molde	8,6	6,9	7,2	5,5	5,7
Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger	3,7	5,2	4,9	5,3	4,8
Helse Nord-Trøndelag HF, Namsos	9,7	9,5	9,4	8,1	8,2
Helse Nord					
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	9,7	10,2	10,7	10,0	10,8

**Figur 29.** Liggetid i helseforetak uten PAM 2017-2021<sup>a</sup>



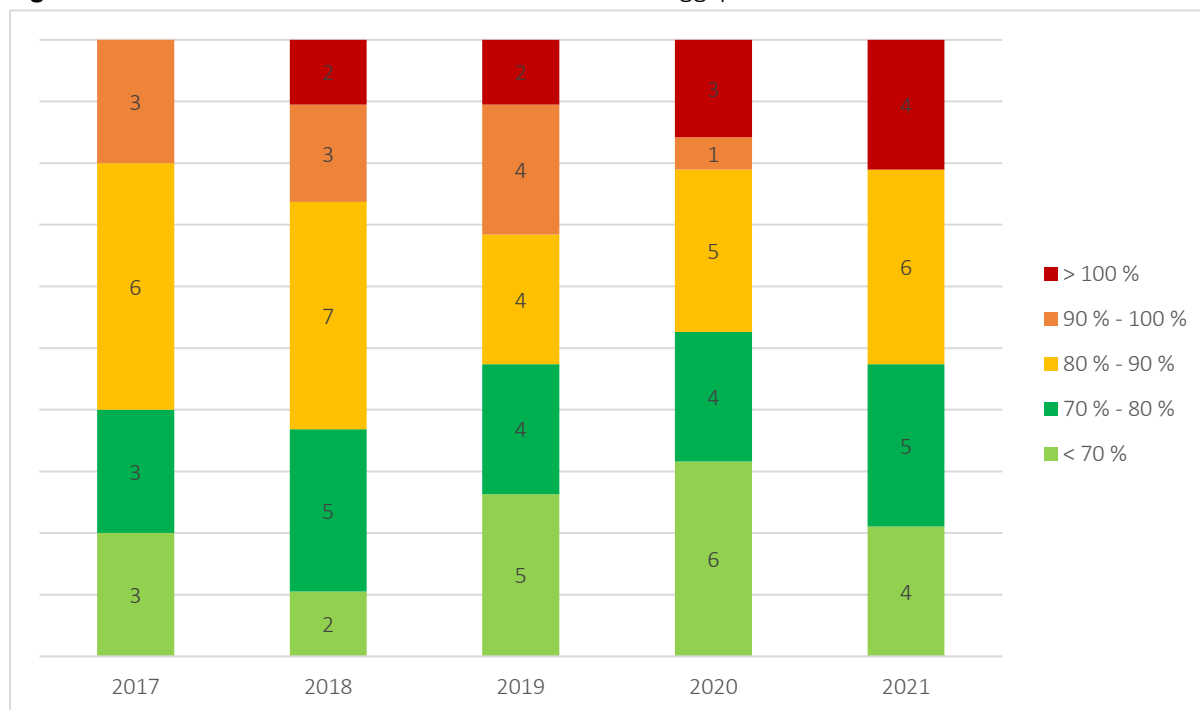
<sup>a</sup>St. Olavs Hospital HF har ikke levert tall for 2017.

### 2.3.7 Samlet oversikt over beleggprosent for helseforetak

Oversikten i figur 30 viser årlig gjennomsnittlig beleggprosent for alle helseforetak, der de psykiatriske akuttmottakene er utelatt. Fargene på søylene viser antall helseforetak som har hatt en årlig gjennomsnittlig beleggprosent i de angitte intervallene. I 2017 var det ingen helseforetak som

hadde mer enn 100 % gjennomsnittlig belegg gjennom året, mens det i 2021 var fire helseforetak med en årlig gjennomsnittlig beleggsprosent over 100.

**Figur 30.** Antall helseforetak innenfor intervaller av beleggsprosent 2017-2021<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Helse Møre og Romsdal HF, avd. Molde har ikke levert tall på beleggsprosent, og er ikke med i oversikten. I 2017 har følgende helseforetak ikke levert tall; Helse Bergen HF og Helse Fonna HF, avd. Haugesund og St. Olavs Hospital HF.

## 2.4 Vedtak under innleggelse 2021

Tallene for vedtak under innleggelse gjelder bare for 2021. Det er prosentandelen innlagte pasienter som har vært underlagt de ulike typene vedtak som vises, ikke antallet vedtak som er fattet. Oversikten under har til hensikt å vise forekomst og variasjon mellom helseforetak. De største forskjellene finner vi mellom de store helseforetakene som har eget PAM, og de mindre helseforetakene som ikke er organisert med eget PAM. Vedtak under innleggelse fattes etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven. For alle vedtak presenteres funnene i boksdiagram<sup>2</sup>.

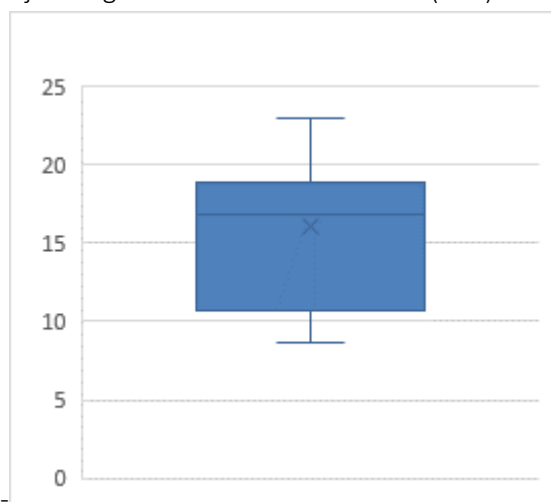
### 2.4.1 Skjermingsvedtak etter phvl. § 4-3

Det fattes vedtak om skjerming etter § 4-3 i psykisk helsevernloven ved samtlige akuttpsykiatriske avdelinger i Norge. Et skjermingsvedtak innebærer at pasienten holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse, behandling av og omsorg for pasienten. Vedtaket kan treffes for inntil to uker om gangen. Ved de store helseforetakene med

<sup>2</sup> Et boksdiagram (box and whisker chart) viser fordelingen av data i kvartiler og fremhever gjennomsnittet og utliggere. Boksene kan ha linjer som strekker seg vertikalt og kalles whisker. Disse linjene angir variasjonen utenfor øvre og nedre kvartil, og ethvert punkt utenfor disse linjene eller whiskerene betraktes som en utligger. Horisontal linje i boksdiagrammet angir median, mens kryss angir gjennomsnitt.

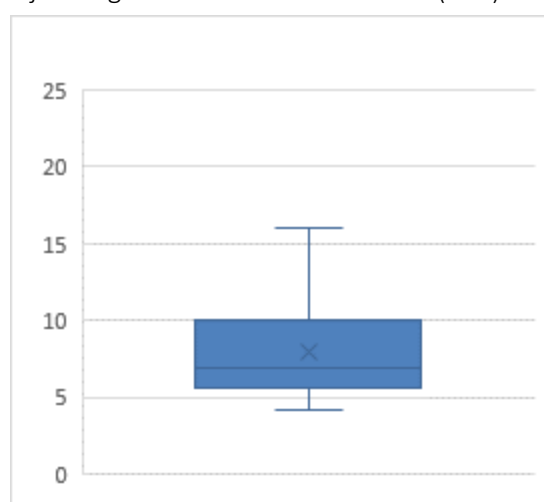
PAM fattes det skjermingsvedtak for en dobbelt så stor andel av pasientene (16 %) som ved de mindre helseforetakene (8 %) (figur 31 og 32).

**Figur 31.** Prosentandel pasienter med skjermingsvedtak ved HF med PAM (n=7)<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Helse Bergen HF har ikke levert tall.

**Figur 32.** Prosentandel pasienter med skjermingsvedtak ved HF uten PAM (n=9)<sup>a</sup>

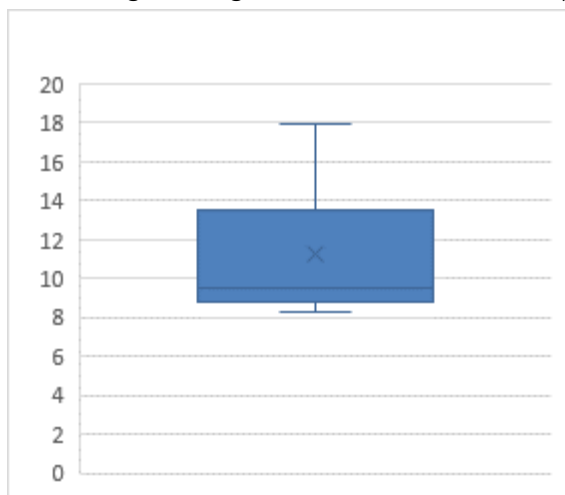


<sup>a</sup>Sykehuset Telemark HF, Helse Fonna HF, avd. Haugesund, Helse Møre og Romsdal HF, avd. Molde og UNN HF har ikke levert tall.

#### 2.4.2 Tvungen behandling med legemidler etter phvl. § 4-4 a

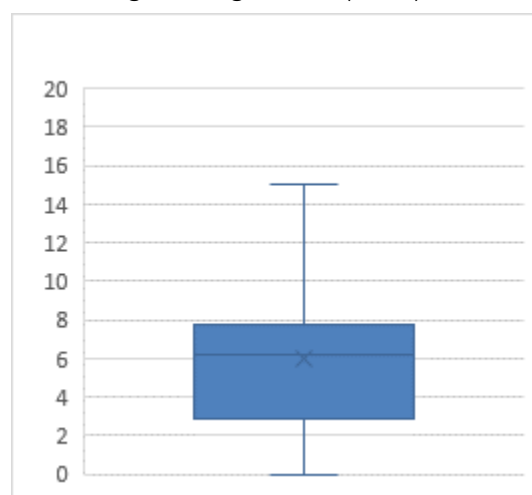
Det fattes vedtak om tvungen behandling med legemidler etter § 4-4 a i psykisk helsevernloven ved samtlige akuttpsykiatriske avdelinger i Norge, med unntak av ett mindre helseforetak. Det er fattet vedtak om tvungen legemiddelbehandling for nesten dobbelt så stor andel pasienter ved de store helseforetakene med PAM (11,3 %) som ved de mindre (6 %) (figur 33 og 34).

**Figur 33.** Prosentandel pasienter med tvungen behandling med legemidler ved HF med PAM (n=7)<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Helse Bergen HF har ikke levert tall.

**Figur 34.** Prosentandel pasienter med tvungen behandling med legemidler (n=10)<sup>a</sup>



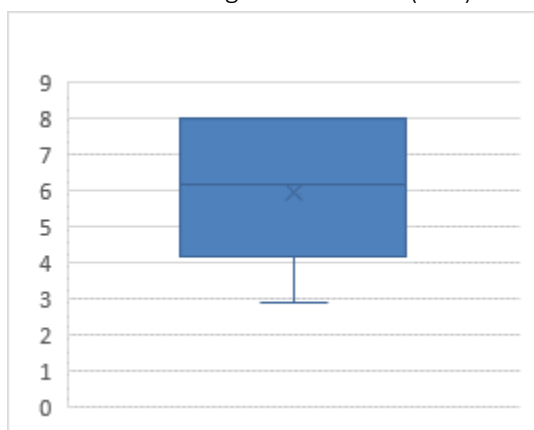
<sup>a</sup>Sykehuset Telemark HF, Helse Møre og Romsdal HF, avd. Molde og UNN HF har ikke levert tall.

### 2.4.3 Vedtak om mekanisk tvang etter phvl. § 4-8 a<sup>3</sup>

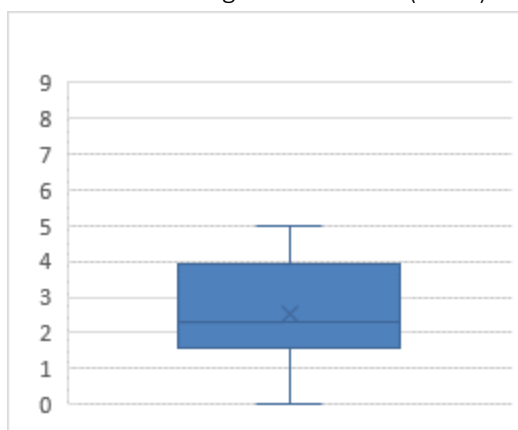
Institusjoner som er godkjent for bruk av tvang har anledning til å bruke tvangsmidler overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Vi har ikke samlet data for varigheten av tvangsmiddelvedtak.

Samtlige helseforetak, med unntak av ett, oppgir at det har vært benyttet mekanisk tvang i 2021. For helseforetak med PAM er det tatt vedtak om mekanisk tvang for i gjennomsnitt 5,9 % av pasientene, mens det for helseforetak uten PAM er tatt et slikt vedtak for i gjennomsnitt 2,5 % (figur 35 og 36).

**Figur 35.** Prosentandel pasienter med vedtak om mekanisk tvang HF med PAM (n=7)



**Figur 36.** Prosentandel pasienter med vedtak om mekanisk tvang HF uten PAM (n=10)

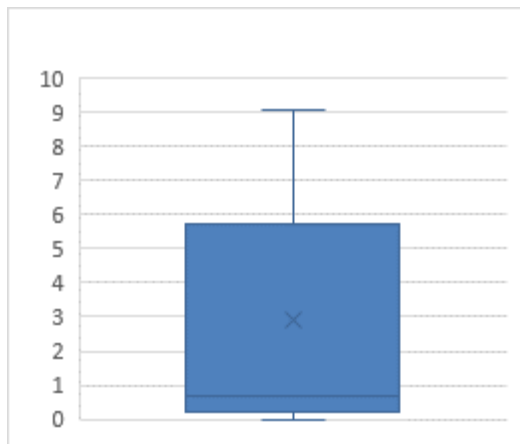


### 2.4.4 Vedtak om isolasjon etter phvl. § 4-8 b

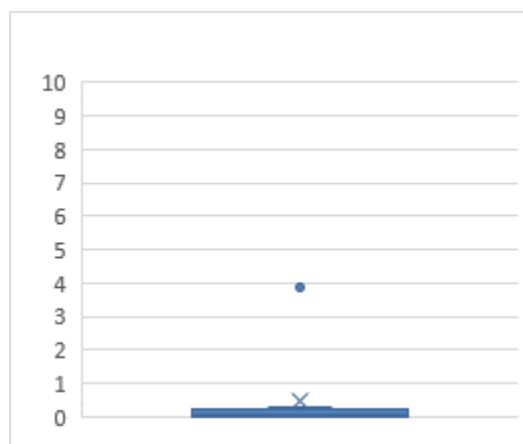
Tvangsmiddelvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 b - kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede, ofte omtalt som isolasjon, er det tvangsmiddelet som i minst grad brukes ved norske helseforetak. Det er anledning til å isolere en pasient i inntil to timer. Seks helseforetak, deriblant ett med PAM, oppgir at de ikke har brukt isolasjon som tvangsmiddel i 2021. Som boksdiagrammene i figur 37 og 38 viser, er variasjonen stor blant helseforetak som har PAM, mens det for helseforetak uten PAM nesten ikke ble brukt isolasjon som tvangsmiddel i 2021, med unntak av i ett helseforetak.

<sup>3</sup> Merk at for alle typer vedtak etter phvl. § 4-8 mangler vi tall fra Helse Bergen HF, Sykehuset Telemark HF, Helse Møre og Romsdal HF, avd. Molde og UNN HF.

**Figur 37.** Prosentandel pasienter med vedtak om isolasjon HF med PAM (n=7)



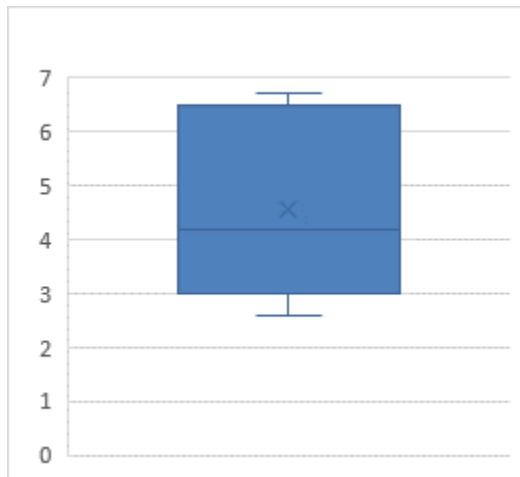
**Figur 38.** Prosentandel pasienter med vedtak om isolasjon HF uten PAM (n=10)



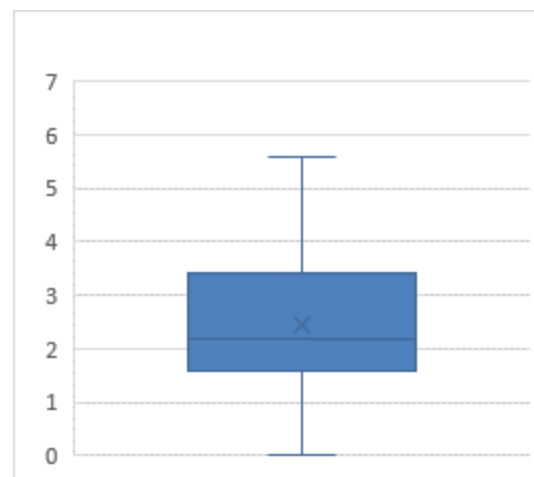
#### 2.4.5 Vedtak om tvungen legemiddel etter phvl. § 4-8 c

Samtlige helseforetak, med unntak av ett, oppgir at det har vært fattet tvangsmiddelvedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 c - enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, i 2021. Også for dette tvangsmiddelet ser vi stor ulikhet mellom de store helseforetakene med eget PAM, og de mindre helseforetakene uten PAM. I helseforetak med PAM ble det i gjennomsnitt fattet vedtak etter psykisk helsevernloven § 4-8 c for 4,5 % av pasientene, mens det tilsvarende tallet for helseforetak uten PAM er 2,5 % (figur 39 og 40).

**Figur 39.** Prosentandel pasienter med vedtak om tvungen legemiddel HF med PAM (n=7)



**Figur 40.** Prosentandel pasienter med vedtak om tvungen legemiddel HF uten PAM (n=10)

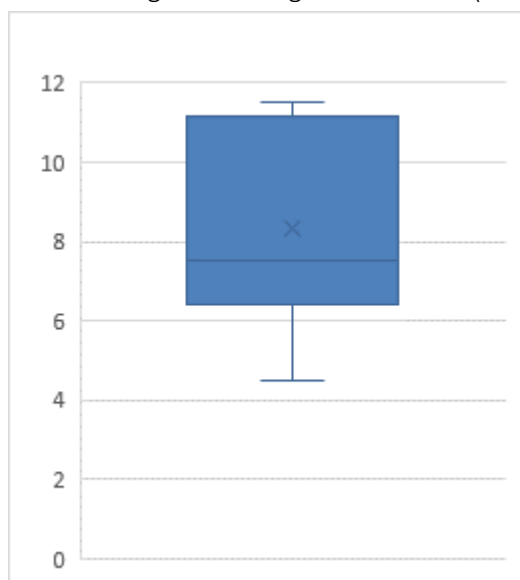




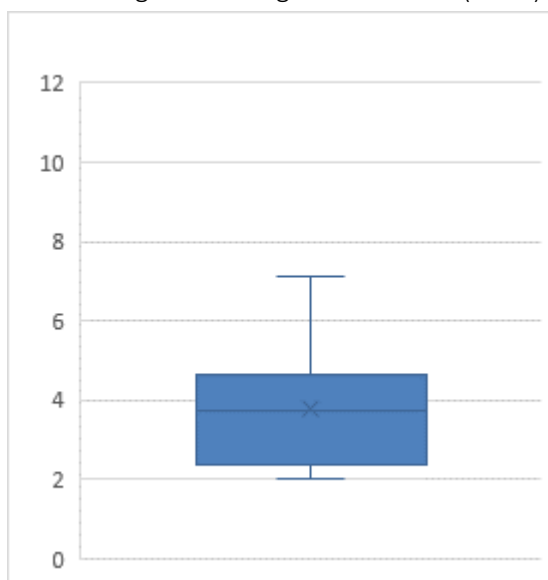
### 2.4.6 Vedtak om kortvarig fastholding etter phvl. § 4-8 d

Det har vært fattet vedtak om kortvarig fastholding ved samtlige helseforetak i 2021. For helseforetak med PAM ble det fattet vedtak om kortvarig fastholding for i gjennomsnitt 8,3 % av pasientene, mens det tilsvarende tallet for helseforetak uten PAM er 3,8 % (figur 41 og 42).

**Figur 41.** Prosentandel pasienter med vedtak om kortvarig fastholding HF med PAM (n=7)



**Figur 42.** Prosentandel pasienter med vedtak om kortvarig fastholding HF uten PAM (n=10)



## 2.5 Pasientpopulasjon

### 2.5.1 Hoveddiagnose

Helseforetakene rapporterte prosentandel hoveddiagnoser fordelt på diagnosegruppene i Tabell 5. Den dominerende hoveddiagnosegruppen er psykoselidelsene i F20-kapittelet i ICD-10. Etter dette følger henholdsvis affektive lidelser (F30-kapittelet), psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F10-kapittelet), nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-kapittelet) og personlighets- og atferdsforstyrrelser (F60-kapittelet) som de vanligste hoveddiagnosegruppene hos personer innlagt ved helseforetakene. Fordelingen av hoveddiagnose for de fleste diagnosegruppene er relativt lik for helseforetak med PAM og helseforetak uten PAM. Psykoselidelsene i F20-kapittelet ser imidlertid ut til å være overrepresentert ved helseforetak med PAM sammenliknet med helseforetak uten PAM, mens nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser er noe overrepresentert ved helseforetak uten PAM.

For mange av diagnosegruppene er det dessuten stor spredning i rapportert prosentandel mellom ulike helseforetak. Dette gjelder særlig psykoselidelsene i F20-kapittelet. I tillegg er det nokså stor spredning i rapportert prosentandel for diagnosegruppene psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, nevrotiske, belastningsrelaterte, og somatoforme lidelser, og personlighets- og atferdsforstyrrelser. Denne variasjonen tyder på at det kan være noe ulikhet i pasientgrupper ved de ulike helseforetak. Det er imidlertid også mulig at det er noe ulik praksis i registrering av diagnoser ved de ulike helseforetak, eller at det er noe faglig ulikhet når det stilles en diagnose, og at dette kan forklare noe av den observerte variasjonen mellom helseforetakene.

**Tabell 5.** Hoveddiagnose rapportert prosentandel for 2021<sup>a</sup>

Hoveddiagnose	Alle HF		HF med PAM		HF uten PAM	
	Median	Spredning	Median	Spredning	Median	Spredning
F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	2,0 %	0,1 % - 6,8 %	2,0 %	1,3 % - 4,2 %	2,1 %	0,1% - 6,8 %
F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	14,9 %	0,0 % - 23,6 %	14,1 %	11,1 % - 19,4 %	15,0 %	0,0 % - 23,6 %
F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	28,2 %	4,0 % - 44,8 %	34,8 %	24,4 % - 41,0 %	21,4 %	4,0 % - 44,8%
F30-F39 Affektive lidelser	20,2 %	8,5 % - 38,0 %	20,0 %	16,4 % - 26,7 %	24,3 %	8,5 % - 38,0 %
F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	13,5 %	5,4 % - 23,9 %	12,0 %	10,0 % - 14,8 %	17,0 %	5,4 % - 23,9 %
F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	1,0 %	0,0 % - 24,0 %	1,1 %	0,7 % - 2,4 %	1,0 %	0,0 % - 24,0 %
F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser	9,2 %	4,0 % - 22,7 %	9,5 %	5,5 % - 13,0 %	8,2 %	4,0 % - 22,7 %
F70-F79 Psykisk utviklingshemning	1,1 %	0,0 % - 4,0 %	1,3 %	1,0 % - 3,0 %	1,1 %	0,0 % - 4,0 %
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	1,2 %	0,0 % - 6,0 %	1,9 %	0,9 % - 6,0 %	1,0 %	0,0 % - 2,1%
F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0,4 %	0,0 % - 3,6 %	0,3 %	0,0 % - 3,0 %	0,7 %	0,0 % - 3,6 %

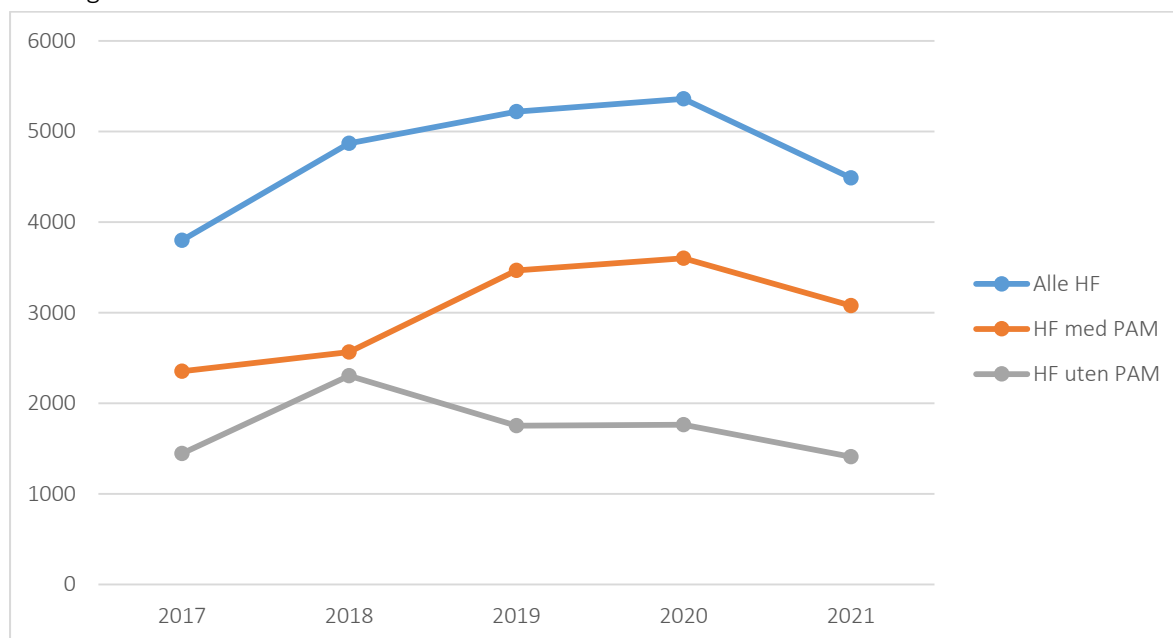
<sup>a</sup>Helse Bergen HF og Helse Møre og Romsdal HF har ikke levert tall på diagnoser og er derfor ikke med i statistikken.

## 2.6 Vold, trusler og utagering

Det har de siste årene vært flere store medieoppslag knyttet til bekymringen at det er mer vold/trusler og skader på ansatte som jobber innenfor psykisk helsevern, og spesielt ved akuttpsykiatriske avdelinger. Helseforetakenes innrapportering av avvikshendelser med vold, trusler og utagering tyder på at det samlet sett var en jevn økning i totalt antall meldte hendelser i perioden 2017-2020 (figur 43). I denne perioden økte totalt antall meldte hendelser fra 3799 hendelser i 2017 til 5363 meldte hendelser i 2020. Denne økningen var etterfulgt av en nedgang til 4489 meldte hendelser i 2021. Ser vi på helseforetak med PAM og helseforetak uten PAM hver for seg ser vi en relativt jevn økning i totalt antall meldte hendelser med vold, trusler og utagering i perioden 2017-2020, etterfulgt av en betydelig nedgang i antall meldte hendelser i 2021. For

helseforetak uten PAM var endringsmønsteret noe mindre tydelig for perioden 2017-2020, men også her var det en reduksjon i totalt antall meldte hendelser i 2021.

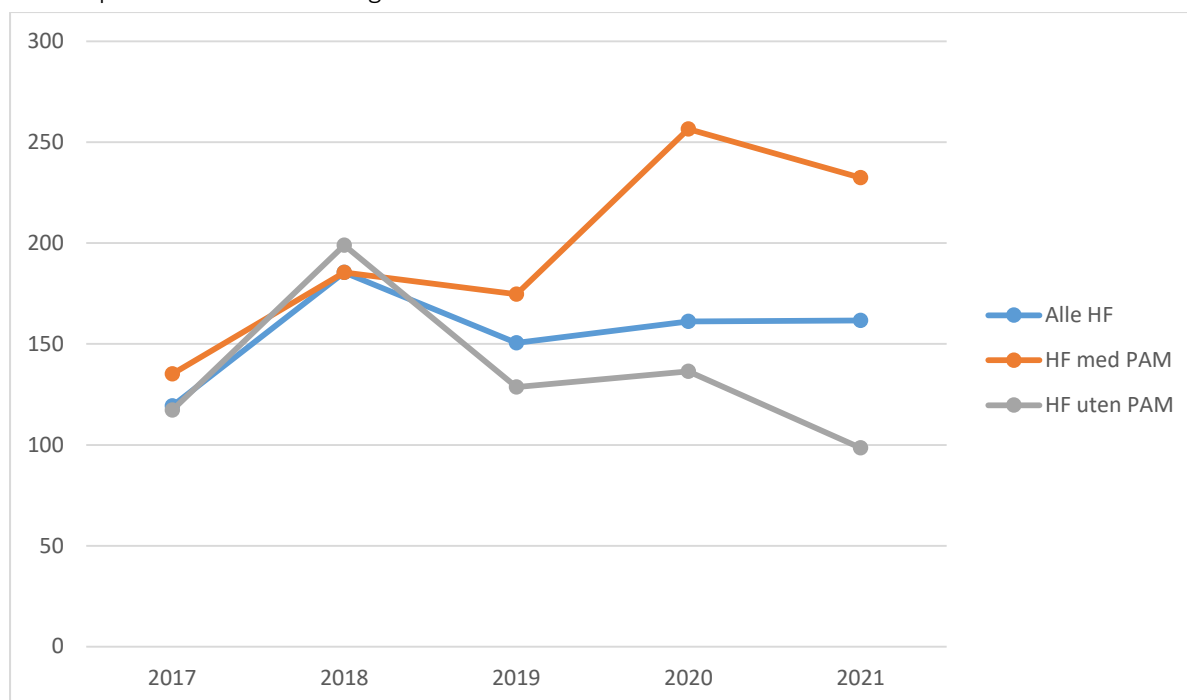
**Figur 43.** Antall meldte hendelser med vold, trusler og utagering 2017-2021, fordelt på helseforetak med og uten PAM<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Vestre Viken HF og Sørlandet Sykehus HF har ikke levert tall for alle år og er derfor ikke med i statistikken.

Også når vi ser på antall avvikshendelser med vold, trusler og utagering i forhold til antall innleggelser ser vi at median antall hendelser per 1000 innleggelser var høyere i 2020 enn i 2017 (figur 44). Økningen i antall hendelser i perioden 2017-2020 kan særlig sees for helseforetak med PAM, mens for helseforetak uten PAM og helseforetak samlet sett er endringsmønsteret noe mindre tydelig. Fra 2020 til 2021 var det en nedgang i median antall hendelser for både helseforetak med PAM og helseforetak uten PAM.

**Figur 44.** Median meldte hendelser med vold, trusler og utagering per 1000 innleggelser 2017-2021, fordelt på helseforetak med og uten PAM<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Vestre Viken HF, Sørlandet Sykehus HF og St. Olavs Hospital HF har ikke levert tall for alle år og er derfor ikke med i statistikken.

Ser vi på endringsmønsteret på helseforetaksnivå, så er det noe variasjon mellom helseforetakene. 14 av 17 helseforetak rapporterte et høyere antall avvikshendelser per 1000 innleggelser i 2020 enn i 2017. Av disse var det imidlertid kun to helseforetak som viste en konsekvent økning for alle år mellom 2017 og 2020, mens for resten av helseforetakene var endringsmønsteret variabelt fra år til år. Nedgangen i meldte hendelser med vold, trusler og utagering fra 2020 til 2021 var imidlertid nokså konsekvent på helseforetaksnivå. 15 av 17 helseforetak rapporterte et lavere antall hendelser per 1000 innleggelser i 2021 enn i 2020.

Det er stor spredning i antall avvikshendelser per 1000 innleggelser rapportert innenfor hvert år (tabell 6). I 2017 var for eksempel det laveste antallet meldte hendelser per 1000 innleggelser 4,5 hendelser, mens det høyeste antallet var 467,3. Stor spredning kan også sees for de resterende årene i perioden 2017-2021. Helseforetak med PAM ligger samlet sett høyere enn helseforetak uten PAM, særlig etter 2019.

**Tabell 6.** Antall avvikshendelser med vold, trusler og utagering per 1000 innleggelser ved helseforetak 2017-2021<sup>a</sup>

	2017		2018		2019		2020		2021	
	Median	Spredning	Median	Spredning	Median	Spredning	Median	Spredning	Median	Spredning
Alle HF	119,2	4,5 - 467,3	185,5	5,4 - 469,9	150,6	5,3 - 582,6	161,2	5,1 - 539,3	161,6	5,0 - 376,0
HF med PAM	135,1	41,9 - 467,3	185,5	57,2 - 434,2	174,7	65,7 - 582,6	256,6	69,2 - 539,3	232,5	47,7 - 376,0
HF uten PAM	117,2	4,5 - 427,0	199,0	5,4 - 469,9	128,7	5,3 - 237,9	136,5	5,1 - 195,3	98,5	5,0 - 175,9

<sup>a</sup>Vestre Viken HF, Sørlandet Sykehus HF og St. Olavs Hospital HF har ikke levert tall for alle år og er derfor ikke med i statistikken.

## 2.7. Bygningsmessige forhold

Under spørsmål knyttet til fysisk utforming (fritekst) utdypet alle helseforetakene hvilke bygningsmessige faktorer som fungerer bra og hvilke som ikke fungerer bra. Vi har i rapporten valgt å samle tilbakemeldinger som handler om skjermingsforhold i avdelingen under spørsmålet om sikkerhet (2.7.3).

### 2.7.1 Fordeler ved avdelingens fysiske utforming

Helseforetakene ble spurt om hva som fungerer bra med avdelingens fysiske utforming. Som fremkommer av ordskyen i figur 45 ansees god oversikt som sentralt for den fysiske utformingen. Siktlinjer for personalet fra fellesområder/vaktrom trekkes frem som spesielt viktig, samt nærhet til vaktbase for tilgjengelighet for pasientene. Lokalisering av fellesareal/kjøkken, nærhet til personalet og brede korridorer trekkes også frem. I tillegg er det flere som trekker frem lyse og nye lokaler som positivt ved utformingen av sin avdeling, og at pasientrommene har eget bad. Utearealer blir også trukket frem, både generelt og i forhold til skjermede utearealer.

**Figur 45.** Ordsky som viser hva helseforetakene anser som bra med den fysiske utformingen ved avdelingen deres

**Lyse og nye lokaler**  
**Brede korridorer gir oversiktighet**  
Felles areal som stue er nær inngang, kjøkken og avgrenset terrasse (rømningssikker)"  
**Alle pas. har enerom med eget bad**  
Utforminga av sengeposten er oversiktleg  
**Robusthet i bygg og inventar**

### 2.7.2 Hvilke forbedringer ved avdelingens fysiske utforming er ønskelig/nødvendig?

Det er flere helseforetak som de senere årene har fått nye lokaler/avdelinger, og dette gjenspeiles også i svarene. Likevel er det bemerket utfordring også med nye lokaler, blant annet med for trange skjermingsenheter. Gjennomgående legger helseforetakene vekt på behov for større arealer, særlig fellesområder, se figur 46. Bredder i korridorer er også noe som trekkes frem som forbedringsområde for å kunne bruke arealene mer fleksibelt, og fordi smale korridorer skaper utfordrende situasjoner med mange pasienter på et lite område.

Flere beskriver slitte pasientrom og fellesområder, og behov for mer robuste møbler. Særlig nevnt er plassbygde møbler som man ser ved flere nybygde avdelinger, og mer farge på vegger, bedre lys og bedre luftingsmuligheter/ventilasjon.

De ulike helseforetakene oppgir varierende grad av tilgang til uteområder, og flere trekker frem ønske om bedre tilgang på direkte utgang for pasientene.

Bredden på dører til pasientrom beskrives som en utfordring når de blir for smale og man ikke enkelt kan flytte en seng ut og inn av et rom. Et par foretak melder om manglende toalett på pasientrom, slik at pasienter må dele toalett. Flere trekker frem utfordring med bruk av stue/møterom i

overbeleggsituasjoner, og at man da får mangel på samtalerom. I tillegg får ikke disse pasientene tilgang til eget toalett/bad. Knyttet til dette er det flere helseforetak om gir tilbakemelding om behov for flere senger. Noen melder også inn behov for flere arbeidsplasser/kontorer.

**Figur 46.** Ordsky som viser hva helseforetakene anser som utfordringer med den fysiske utformingen og ønskelige forbedringer ved avdelingen deres



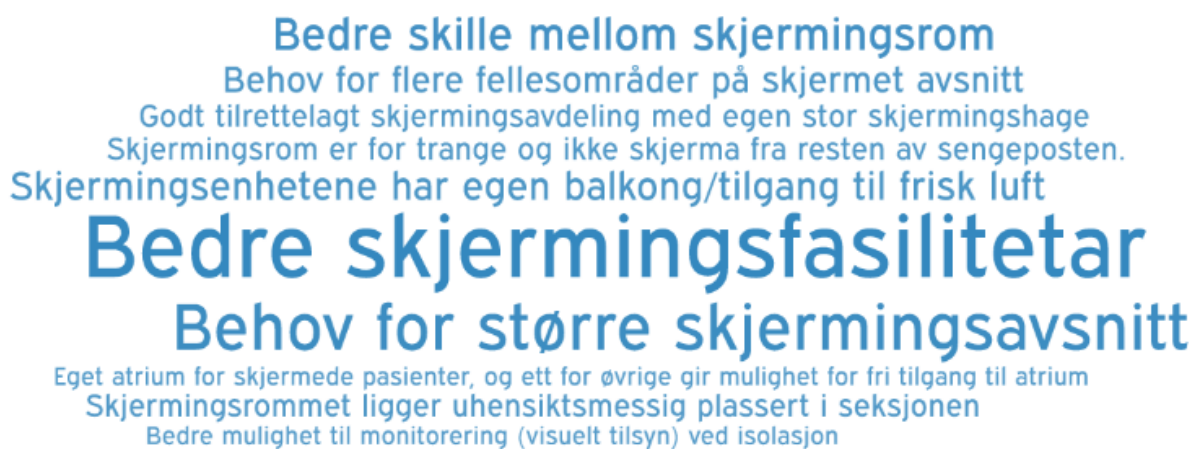
### 2.7.3 I hvor stor grad ivaretar avdelingens fysiske utforming sikkerheten på en tilfredsstillende måte?

Helseforetakene ble spurt om hva som fungerer bra med avdelingens fysiske utforming. Som fremkommer av ordskyen i figur 47 er noen av helseforetakene fornøyd med sine skjermingsområder, mens andre opplever utfordringer ved disse. Samlet trekker helseforetakene særlig frem skjermingsrommenes plassering; med nærhet til vaktrom/base, og størrelse som viktig. I tillegg mulighet for eget oppholdsrom og tilgang til skjermede uteområder. Endel beskriver behov for mulighet for visuelt tilsyn ved bruk av isolasjon. Noen trekker også frem utfordring med støy fra skjermingsenhet. Flere helseforetak nevner behov for flere skjermingsrom, og ønsker mer fleksibilitet i bruk av rom/areal, for eksempel med fleksible dører. Det trekkes også frem behov for økt robusthet i skjermingsenhetene, blant annet med fastmonterte møbler.

Under overskriften sikkerhet blir bredde på korridorer og romslighet i seksjonene trukket frem som et viktig element. Dette inkluderer også uteområder/veranda. Flere trekker frem behovet for plass så det ikke blir «crowding», som igjen kan føre til konfliktsituasjoner hvis pasienter ikke får holde nødvendig avstand til andre pasienter eller de ansatte. Overfylte avdelinger trekkes også frem som en sikkerhetsrisiko.

Når det gjelder sikkerhet nevner flere helseforetak viktigheten av regelmessige ROS-analyser av bygningsmasse med tanke på sikkerhet, suicid og vold. Flere gir tilbakemelding om at de har faste møter med håndverkere, med gjennomgang av vedlikeholdsplaner/sikkerhet i bygningsmasse.

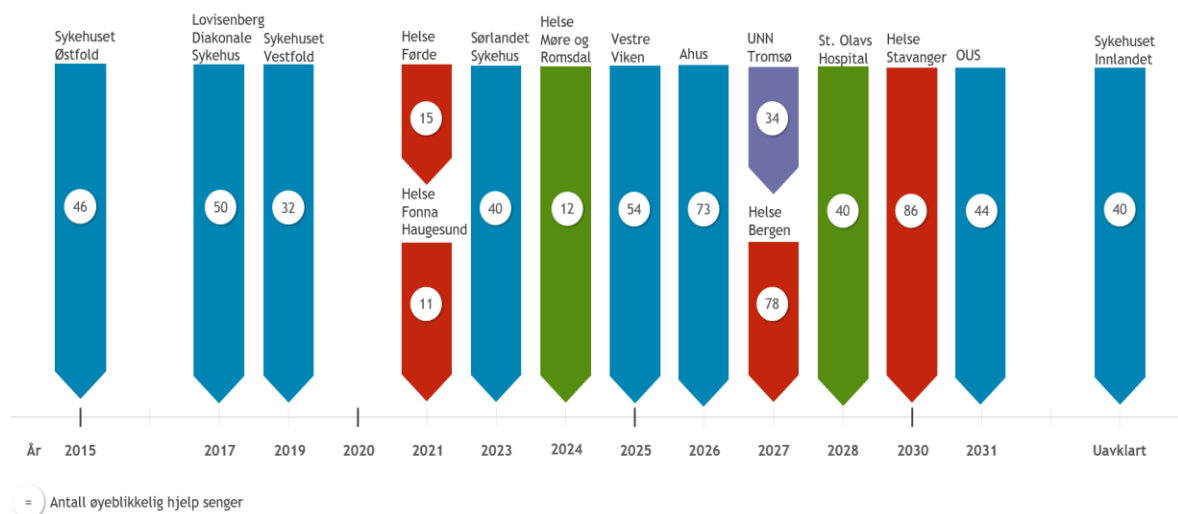
**Figur 47.** Ordsky som viser i hvilken grad helseforetakene synes den fysiske utformingen ved avdelingen deres ivaretar sikkerhet



## 2.8. Tidslinje nybygg

15 av 21 helseforetak har enten bygget nye psykiatriske avdelinger de siste årene, eller har planer om nybygg i løpet av de kommende årene, se figur 48.

**Figur 48.** Tidslinje nybygg. HSØ i blått, Helse Vest i rødt, Helse Midt-Norge i grønt og Helse Nord i lilla



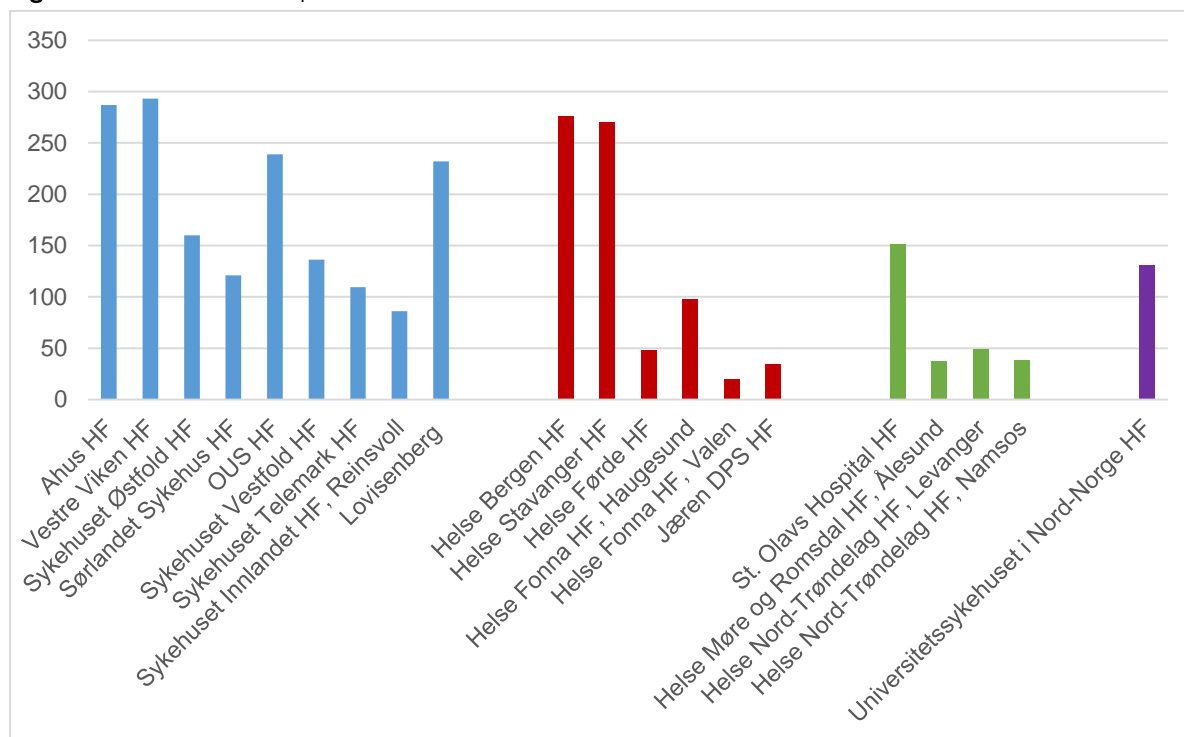
## 2.9 Bemanning

Det ble innhentet tall på antall årsverk samt bemanningsnøkkel for de ulike vaktlagene ved helseforetakene. Helseforetakene ble også forespurt om styrker og utfordringer ved bemanningen.

### 2.9.1 Årsverk

Figur 49 viser antall årsverk fordelt på helseforetak. Antall årsverk for hvert foretak i figuren er summen av årsverkene som hvert foretak rapporterte for ulike yrkesgrupper. Totalt rapporterte helseforetakene (n=20) 2818,9 årsverk. Av disse årsverkene utgjorde leger og psykologer 367,2 årsverk og andre ansatte utgjorde 2451,7 årsverk.

**Figur 49.** Årsverk fordelt på helseforetak<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Helse Møre og Romsdal HF, avd. Molde har ikke rapportert antall årsverk og er derfor ikke med i statistikken.

Tabell 7 viser median og spredning i antall årsverk per sengeplass ved helseforetakene totalt og for henholdsvis leger/psykologer, miljøpersonell og andre ansatte. Median årsverk per døgnplass var relativt likt for helseforetak med PAM og helseforetak uten PAM. Det var imidlertid nokså stor spredning i antall årsverk per døgnplass ved de ulike helseforetakene.

**Tabell 7.** Årsverk per sengeplass ved helseforetakene<sup>a</sup>

	Alle årsverk		Leger og psykologer		Andre	
	Median	Spredning	Median	Spredning	Median	Spredning
Alle HF	3,7	2,5 - 8,9	0,5	0,2 - 1,9	3,2	2,0 - 7,1
HF med PAM	3,7	3,1 - 5,4	0,5	0,4 - 0,7	3,2	2,7 - 4,9
HF uten PAM	3,5	2,5 - 8,9	0,4	0,2 - 1,9	3,1	2,0 - 7,1

<sup>a</sup>Helse Møre og Romsdal, Molde har ikke rapportert antall årsverk og er derfor ikke med i statistikken.

### 2.9.2 Bemanningsfaktor

Tabell 8 viser median og spredning for bemanningsfaktor fordelt på vaktlag ved helseforetakene. Median bemanningsfaktorer var relativt like for PAM, øvrige avdelinger ved helseforetakene med PAM og helseforetakene uten PAM. For helseforetakene med PAM var det imidlertid stor spredning i bemanningsfaktorer ved ulike helseforetakene, særlig på dagvakt. Også ved de øvrige avdelingene ved helseforetakene med PAM og helseforetak uten PAM var det noe variasjon i bemanningsfaktorer mellom de ulike helseforetakene.



**Tabell 8.** Bemanningsfaktor i 2021 fordelt på ulike vaktskift<sup>a</sup>

	Dag		Kveld		Natt	
	Median	Spredning	Median	Spredning	Median	Spredning
<i>PAM</i>						
Uke	0,8	0,4 - 1,2	0,7	0,4 - 0,9	0,5	0,3 - 0,7
Helg	0,7	0,4 - 1,3	0,7	0,4 - 0,9	0,5	0,3 - 0,7
<i>Øvrig HF med PAM</i>						
Uke	0,7	0,6 - 0,8	0,5	0,5 - 0,7	0,3	0,3 - 0,4
Helg	0,5	0,4 - 0,7	0,5	0,4 - 0,6	0,3	0,3 - 0,4
<i>HF uten PAM</i>						
Uke	0,6	0,5 - 0,8	0,5	0,4 - 0,6	0,4	0,2 - 0,6
Helg	0,5	0,4 - 0,6	0,5	0,4 - 0,6	0,4	0,2 - 0,6

<sup>a</sup>Sykehuset i Vestfold har ikke rapportert antall sengeplasser fordelt på PAM og øvrige avdelinger og er derfor ikke med i statistikken.

### 2.9.3 Styrker bemanning

Helseforetakene trekker frem samarbeid og jobb «på tvers» som den viktigste styrken knyttet til bemanning, både mellom enheter og mellom yrkesgrupper, se figur 50. Det trekkes også frem fleksibilitet i personalgruppa og god kompetanse. Blant annet nevnes kompetanse på MAP og somatikk som viktige elementer. Erfaring og trygghet i personalgruppen trekkes frem fra flere helseforetak, samt tverrfaglighet, tilstrekkelig dekning av sykepleiere/vernepleiere og en god kjønnsbalanse. Godt arbeidsmiljø trekkes også frem som en styrke i bemanningen. Noen helseforetak nevner også opplevelse av å være tilstrekkelig godt bemannet som en styrke.

**Figur 50.** Ordsky som viser hva helseforetakene anseer som styrker ved bemanningen deres



#### 2.9.4 Utfordringer bemanning

Overordnet gir mange helseforetak tilbakemelding om at de opplever for lav bemanning (se figur 51) – særlig natt og helg. Dette igjen beskrives fra mange å føre til høy grad i bruk av tilkallingsvikarer, i tillegg til at høyt belegg også gir behov for ekstra bemanning. Mange gir tilbakemelding om høy turnover og utfordring med å rekruttere nytt personell, særlig med erfaring, noe som gir mange unge ansatte samt at det går mye tid til å lære opp personell slik at de blir trygge i sin rolle i avdelingen. Generelt trekker flere frem utfordring med å rekruttere flere yrkesgrupper; vernepleiere, sykepleiere, psykiatere og psykologer, noe som igjen gir økt arbeidspress på de man har. Flere trekker frem utfordringen med at de har for få mannlige ansatte, og ønsker en større kjønnsbalanse.

Høyt sykefravær og tilrettelegging meldes også som en utfordring i forhold til bemanning.

Noen trekker frem utfordring med egne nattevaktslag, at en slik organisering gir utfordring med å «nå» de ansatte med kompetansehevende tiltak, god informasjon om rutiner og sikre kontakt med leder.

**Figur 51.** Ordsky som viser hva helseforetakene anseer som utfordringer ved bemanningen deres



### 3.0 Diskusjon

Lik tilgang til helsetjenester er et viktig kvalitetskriterium. Når vi undersøkte akuttpsykiatriske sengeplasser sammenholdt med befolkningen i ulike geografiske områder fant vi en variasjon med helseforetak med over 20 plasser per 100 000 innbyggere til helseforetak som har under ti plasser per 100 000 innbyggere. Dette kan gi en ulik mulighet til å få akuttpsykiatrisk hjelp, avhengig av bosted. Samtidig er det også mulig at forskjellen kompenseres dersom områder med få senger per innbygger i stor grad har bygget opp tjenester utenfor sykehusene som behandler flere personer ambulant. Det har vi ikke samlet inn tall for.

Antall innleggelse til akuttpsykiatriske avdelinger synes stabilt de siste 5 årene, uten tydelige endringer verken nasjonalt eller i de enkelte regionale helseforetakene. Det er imidlertid en klar økning i andelen som henvises og innlegges til tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Det er usikkert hvorfor man ser dette bildet og flere hypoteser har vært diskutert, bl.a. endringer i psykisk helsevernloven fra 2017.

Særegent for akuttpsykiatriske avdelinger er at man på bakgrunn av øyeblikkelig-hjelp-plikten må ta imot de pasientene som vurderes å trenge behandling akutt. Avdelingene må derfor hele tiden sørge for ledig kapasitet til å ta imot nye pasienter. Vi ser at flere avdelinger har utfordringer med høyt belegg, også over 100 %, både ved helseforetak med PAM og helseforetak uten PAM. Ser man på øvrige seksjoner/enheter ved helseforetak med PAM ligger gjennomsnittlig belegg på rundt 90 %. To helseforetak med PAM har en beleggsprosent i snitt på over 100 %. Det er stor variasjon i liggetiden i seksjoner/enheter ved foretak med PAM. Liggetiden på akuttavdelinger er i stor grad styrt av nødvendigheten av å ha tilgjengelig plass til den neste pasienten som trenger akuttinnleggelse.

I undersøkelsen er det 13 helseforetak som ikke har PAM, alle med 40 eller færre akutt plasser. I gjennomsnitt er beleggsprosenten ved disse noe lavere, med et nasjonal gjennomsnitt for 2017 til 2021 like under 80 %. Imidlertid er det også her foretak med svært høyt belegg, deriblant to helseforetak med belegg på over 100 % i 2021. Selv om problemet med manglende kapasitet eller overbelegg er mer uttalt ved store sykehus er det også et problem ved mindre sykehus. Gjennomsnittlig liggetid er relativt stabil gjennom perioden i foretak uten PAM, med variasjoner mellom foretakene fra ca. fem til ti døgn.

Høyt belegg kan gå utover behandlingen av pasientene, fordi oppmerksomheten på å frigjøre senger for nye pasienter påvirker behandlingen pasientene mottar. En del av pasientene som innlegges akuttpsykiatriske avdelinger har sammensatte og komplekse lidelser, som kan kreve utredning, tid til behandling og mulighet til samarbeid med andre behandlingsinstanser både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunal helsetjeneste. Situasjonen med høyt belegg er tydelig i hele perioden vi har kartlagt, men det er også en økning av helseforetak med belegg over 100 de siste årene. Det finnes i fagområdet ingen klart definert norm for anbefalt prosentbelegg eller anbefalt liggetid, verken ved PAM eller ved øvrige seksjoner/enheter. Fagfeltet er imidlertid oppmerksom på at overfylte avdelinger utgjør en trussel for å ivareta pasientsikkerheten, og for å ivareta trygge arbeidsforhold for ansatte. Akuttpsykiatriske avdelinger erfarer utfordringen med høy sosial tetthet mellom pasienter («crowding»), og den risikoen det utgjør for uønskede hendelser i

seksjonene/enhetene, slik Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten bl.a. tok opp i sin temarapport fra 2021, *Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet*.

Mange har reist spørsmål ved om nedbyggingen av kapasiteten i institusjonsbasert psykisk helsevern har gått for langt. Dette har flere mulige konsekvenser for akuttpsykiatri; manglende kapasitet til å ta imot pasienter som trenger hjelp eller at pasienter skrives ut for raskt og til et for lite omfattende tilbud som kan føre til hyppigere re-innleggelser og er en trussel både for å sikre god pasientbehandling og for pasientsikkerheten. Tilbakemeldingene fra helseforetakene er at det er behov for flere langtidsplasser for pasienter med psykoselidelser og flere plasser med mulighet for skjerming. Underkapasiteten på slike plasser bidrar til fulle akuttavdelinger, og et suboptimalt behandlingsmiljø for pasientene og arbeidsmiljø for de ansatte.

Antallet pasienter som legges inn på dom til tvungent psykisk helsevern øker betydelig. Bakgrunnen for at disse legges inn på akuttavdelinger er det også grunn til å stille spørsmål ved: er dette et uttrykk for behov for akutt helsehjelp, eller representerer det først og fremst en løsning av problemet med andre egnede alternativer for denne gruppen?

Det er et viktig helsepolitisk mål å redusere bruk av tvang i behandling av psykiske lidelser. Som vi har vist er det en betydelig større andel pasienter som blir underlagt tvungen behandling, skjerming og tvangsmiddelbruk ved de store helseforetakene. Det kan være flere årsaker til dette. Én årsak kan være den høyere andelen pasienter med psykoselidelser som behandles ved de større helseforetakene. Pasientpopulasjonen kan også være annerledes i de store byområdene med kjente storbyproblemer som rusmiddelbruk og boligproblemer. Vi vet også at helseforetakene med PAM har større utfordringer med høyt belegg, noe som kan bidra til et ugunstig behandlingsklima for pasienter med høy voldsrisiko. Det kan også være slik at mindre foretak har mer oversiktlige forhold, der de ansatte kjenner pasientene bedre personlig og er i en bedre posisjon til å få til et samarbeid om behandling som ikke innebærer bruk av tvang. Det kan også skyldes forskjeller i holdninger til bruk av tvang mellom foretak, der kulturen noen foretak i større eller mindre grad vektlegger negative sider eller mulige gevinster i å bruke tvang under behandling.

Når det gjelder bemanning er det en betydelig spredning i årsverk per sengeplass, fra 2,5 til 8,9. Vi er usikre på om dette representerer reelle forskjeller mellom foretakene. Det er mulig at innrapportering av data ikke har vært presis nok med hensyn til hvilket personell som er meldt inn. Flere trekk ved bemanningsutfordringer går imidlertid igjen i de kvalitative dataene vi samlet inn som høy turnover, utfordring med rekruttering av ulike yrkesgrupper og vanskeligheter med å rekruttere ansatte med erfaring.

Det er store forskjeller over tid og mellom helseforetak i meldte avvikshendelser med vold, trusler og utagering. Denne variasjonen tyder på at noen helseforetak, og kanskje særlig helseforetak med PAM, har større utfordringer med vold, trusler og utagering hos pasienter enn andre helseforetak. Det er imidlertid også mulig at noe av variasjonen skyldes ulik rapporteringspraksis mellom helseforetak og mellom ulike enheter ved samme helseforetak, både med tanke på rutiner for melding av avvik, og forskjeller i hva som ansees som avvik. Det bemerkes at det fra 2020 av har vært en gradvis innføring av opplæringsprogrammet Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) for å håndtere aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern og at dette nå er implementert ved de fleste helseforetak. Noen helseforetak har også tatt i bruk simuleringstrening som et redskap til

å trene ansatte i håndtering av trusler, vold og andre krevende situasjoner på jobb. Nedgangen i meldte avvikshendelser med vold, trusler og utagering fra 2020 til 2021 kan muligens sees i sammenheng med et økt fokus på og standardisering av forebygging og håndtering av aggresjons- og voldsproblematikk i psykisk helsevern.

Vi vil sammen med helseforetakene evaluere om denne første statusrapporten for akuttpsykiatri har klart å gi et godt bilde av statusen ved norske akuttavdelinger, og gjennom dette se på om vi skal endre på noen av variablene ved utarbeidelse av neste rapport.

## Appendiks A: Endringer i rapport versjon 2

- Navn på rapport: Presisert at det er statusrapport 2021.
- Innholdsfortegnelse: Lagt til kapittel 2.9.4 *Utfordringer bemanning* som manglet
- 2.2 Innleggelse. I fotnote til figur 7 presisert at det er Sykehuset Innlandet, avd. Sanderud som ikke har levert tall, og ikke Sykehuset Innlandet, avd. Reinsvoll
- 2.2.2 Innleggelse til psykisk helsevern. Rettet opp tall for formalia ved innleggelse i Helse Sør-Øst som var feil i løpende tekst, men riktig i graf. Korrigeret tall for frivillig innleggelse i Helse Vest i 2017.
- Tabell 1: Rettet opp tall for median liggetid 2017-2021 for OUS.
- Tabell 2. Rettet opp tall for gjennomsnittlig liggetid 2017 for OUS, samt lagt til tall for median liggetid 2017-2021, som ikke var kommet med i første versjon.
- 2.4 Vedtak under innleggelse. Presisert i overskrift at dette gjelder 2021.

## **Akershus universitetssykehus HF**

Besøksadresse: Sykehusveien 25, Lørenskog  
Postadresse: Postboks 1000, 1478 Lørenskog  
Telefon: 67 96 00 00  
Epost: [postmottak@ahus.no](mailto:postmottak@ahus.no)