

STF78 A035004

Gradering: Åpen

Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i 2001 - 2002

Johan Håkon Bjørngaard og Trond Hatling

Januar 2003

SINTEF Unimed
Helsetjenesteforskning



SINTEF Unimed
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i 2001 - 2002

FORFATTER(E)

Johan Håkon Bjørngaard og Trond Hatling

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd

RAPPORTNR. STF78 A035004	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF.	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-02944-9	PROSJEKTNR. 785208	ANTALL SIDER OG BILAG 43 inkl vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE i\pha\785208		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Johan Håkon Bjørngaard	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2003-01-29	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud	

SAMMENDRAG

I det psykiske helsevernet er det lovmessig grunnlag for å gi et tilbud uten at pasienten gir sitt samtykke. Selv om man både fra faglig og politisk hold ønsker at tilbudet i størst mulig grad skal gis på frivillig grunnlag er det mange som mottar tilbudet under tvang. I rapporten redegjøres først kort for innholdet i Psykisk helsevernloven av 2. juli 1999, som trådte i kraft 1. januar 2001. Deretter vies sykehusenes dokumentasjon av formalitet ved innleggelse oppmerksomhet. Det er et problem at man for mange sykehus ikke har gode data om hvilket lovgrunnlag som er anvendt ved innleggelse. Vi har opplysninger om tvang og frivillighet for anslagsvis i overkant av halvparten av sykehusinnleggelsene.

For at en pasient skal tvangsinnlegges eller underlegges tvungen undersøkelse må pasienten henvises på tvang (legeundersøkelse samt begjæring). Omlag 55 prosent av innleggelsene i perioden første halvår av 2001 til første halvår av 2002 ble henvist frivillig, og denne andelen var stabil gjennom hele perioden.

Etter at pasienten har kommet til institusjonen skal faglig ansvarlig lege eller psykolog innen 24 timer vurdere videre formalitet (spesialistvedtak). Etter at spesialisten hadde fattet sitt vedtak var andelen frivillige innleggelser steget til i overkant av 60 prosent.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern begrunnes i all hovedsak med at utsikten til helbredelse kan reduseres hvis vedkommende ikke blir lagt inn.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental health
EGENVALGTE	Tvangsinnleggelser	Compulsory detentions
	Statistikk	Statistics

Forord

Denne rapporten er den første av tre om tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg gjennom Opptrappingsplanen. Prosjektet inngår som en av tre komponenter i et større prosjekt ved SINTEF Unimed Psykisk helsearbeid om utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern. Prosjektet er en del av Norges forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen 1999-2006 (St. prp 63 1997-98).

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag	7
Om lovgrunnlaget	7
Om datagrunnlaget	7
Om henvisningsformalitet	7
Om spesialistvedtaket	8
Videre utfordringer	9
1 Innledning	11
1.1 Problemstillinger	11
2 Lovgrunnlaget – og dets begrensning som uttrykk for tvangsbruk	13
2.1 Om lovgrunnlaget	13
2.1.1 Frivillig psykisk helsevern	13
2.1.2 Tvungent psykisk helsevern	13
2.2 Formell og opplevd bruk av tvang	15
3 Data og metode	17
3.1 Registreringskvalitet	17
3.2 Registrering av henvisningsformalitet	18
3.3 Registrering av spesialistvedtak	19
3.3.1 Tillegskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern	21
4 Omfang av tvang ved henvisning	23
4.1 Fast nivå i henvisningspraksis?	24

5	Omfang av tvang ved spesialistvedtak	27
5.1	Spesialistvedtak ved henvisning til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern	27
5.2	Tvang og frivillighet etter spesialistvedtaket.....	29
5.3	Spesialistens begrunnelse for tvungent psykisk helsevern	30
5.4	Fast nivå etter spesialistvedtak?.....	30
	Litteratur.....	35
	VEDLEGG 1 – Grunnlagstabeller	37

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Mulige utfall av henvisende leges vurdering av innleggelsesformalitet.	15
Tabell 3.1	Andel innleggelser uten registrert henvisningsformalitet. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Prosent av antall innleggelser i hvert halvår. .	18
Tabell 3.2	Andel innleggelser uten registrert spesialistvedtak. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Prosent av antall innleggelser i hvert halvår.....	20
Tabell 3.3	Andel uten registrert tilleggskriterier. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Prosent av antall innleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern i hvert halvår.	22
Tabell 4.1	Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus i hvert halvår.	23
Tabell 4.2	Henvisningstype etter henvisende leges formalitet. Antall og prosent. Innleggelser ved sykehus i 2000.	24
Tabell 5.1	Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Prosent av henviste ved tvang ved sykehus i 2000.	28
Tabell 5.2	Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Sykehusinnleggelser henvist ved tvang 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Absolutte tall og prosent.*....	28
Tabell 5.3	Antall innleggelser etter spesialistvedtak. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus i hvert halvår.*	29

Tabell 5.4	Tilleggskriterier ved vedtak om tvungen psykisk helsevern. Sykehusinnleggelse med vedtak om tvungen psykisk helsevern 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Absolutte tall og prosent.*	30
------------	---	----

Figuroversikt

Figur 2.1	Beslutninger angående den formelle statusen til en pasient i psykisk helsevern: Frivillig innlagt eller tvangsinnlagt (hentet og oversatt fra Syse 1999).....	16
Figur 4.1	Henvisninger til tvungen undersøkelse og/eller tvungen psykisk helsevern i 1.halvår 2001 og 1. halvår 2002. I prosent av antall innlagte i hvert halvår. Sykehus. Korrelasjonskoeffisient 0,95.	25
Figur 5.1	Frivillige innleggelse etter spesialistvedtak i 1.halvår 2001 og 1. halvår 2002. I prosent av antall innlagte i hvert halvår. Sykehus. Korrelasjonskoeffisient 0,96.	31
Figur 5.2	Vedtak om tvungen undersøkelse med døgnopphold i 1.halvår 2001 og 1. halvår 2002. I prosent av antall innlagte i hvert halvår. Sykehus. Korrelasjonskoeffisient 0,95.	32
Figur 5.3	Vedtak om tvungen psykisk helsevern med døgnopphold 1.halvår 2001 og 1. halvår 2002. I prosent av antall innlagte i hvert halvår. Sykehus. Korrelasjonskoeffisient 0,91.	33

Sammendrag

I psykisk helsevern er det lovmessig grunnlag for å gi et tilbud uten at pasienten gir sitt samtykke. Selv om man både fra faglig og politisk hold ønsker at tilbudet i størst mulig grad skal gis på frivillig grunnlag er det mange som mottar tilbudet under tvang.

Som del av evalueringen av *Opptappingsplanen for psykisk helse* (St prp nr 63 1997-98) skal vi på oppdrag for Norges forskningsråd følge utviklingen fram til og med 2006 for tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold og for bruk av tvangsmidler. I denne rapporten er søkelyset satt på innleggelsesformalitet ved døgnopphold for perioden 2001 og første halvdel av 2002, og vi viser omfang i denne perioden. Dette vil være et referansepunkt for senere analyser av endring. I prosjektets siste år (2006) vil vi se nærmere hva som skal forklare forskjeller mellom sykehus i omfanget av tvangsinnleggelse.

Om lovgrunnlaget

Psykisk helsevernloven av 2. juli 1999 trådte i kraft 1. januar 2001. I kapittel 2 i rapporten redegjøres for innholdet i denne loven. I rapporten omtales formalitet ved henvisning og etter spesialistens vedtak. Tvungent psykisk helsevern har to hovedformer; tvungent psykisk helsevern og videre undersøkelse (observasjon) – det siste i rapporten benevnt tvungen undersøkelse. Begge kan gjennomføres med og uten døgnomsorg.

Om datagrunnlaget

Analysen bygger på data fra sykehus i det psykiske helsevernet for voksne. Analyseenheten er døgnopphold påbegynt i løpet av 2001 og første halvår av 2002. I de tilfeller pasienten har blitt overført mellom avdelinger ved samme institusjon, regnes dette likevel som ett opphold.

Det har vært rettet mye oppmerksomhet mot påliteligheten av pasientdata, og komplett-heten i registreringene. Datasettet ble gjort obligatoriske i 2000 og innføringen har tatt mer tid enn forventet, spesielt når det gjelder grad av kompletthet langs en del viktige variabler. Enkelte institusjoner har kommet langt i å registrere innleggelsesformalitet, mens andre fortsatt leverer mangelfulle opplysninger eller endog mangler rapportering overhodet. Manglende kompletthet skyldes enten at noen institusjoner ikke leverer data, eller har mangelfull registrering. Det er trolig ulike årsaker til at enkelte sykehus framstår med mangelfull registrering. Det kan være alt fra tekniske problemer med uttrekket av pasientdata som sendes til Norsk Pasientregister til mangelfull utfylling av de opplysningene som datasettet krever.

Vi har opplysninger om innleggelsesformalitet for anslagsvis i overkant av halvparten av sykehusinnleggelsene.

Om henvisningsformalitet

I den variabelbeskrivelsen som ligger i datasettet, er enten tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern angitt. Dette betyr at det er uklart hvorvidt pasienten er henvist

kun til tvungen undersøkelse, kun til tvunnet psykisk helsevern eller om begge disse er angitt i begjæringen. Vi har derfor slått sammen henvisningene til tvungen undersøkelse og tvunnet psykisk helsevern.

Andelen frivillige henvisninger utgjør omlag 55 prosent av innleggelsene i perioden 2001 til første halvdel av 2002, og det er ingen tegn til endring i dette tidsspennet. Ser vi på andelen henvisninger til tvunnet psykisk helsevern samlet, er denne nødvendigvis også lik gjennom perioden. Totalt var det 4980 innleggelser i første halvår av 2001 i disse sykehusene. I samme periode året etter var det 5172 innleggelser. Det har altså blitt flere opphold i perioden, og denne økte aktiviteten har fordelt seg likt på henvisninger til tvang og frivillighet.

Omfanget av tvang og frivillighet er samlet sett svært stabil i den perioden over ett og et halvt år som vi har sett på. Andelen henvisninger til tvungent psykisk helsevern for det enkelte sykehus er også svært stabil. Målt ved prosentandelen av sykehusenes innleggelser som ble henvist til tvungent psykisk helsevern i første halvdel av 2001, holdt opp mot samme andel for første halvår av 2002, er det sterk sammenheng mellom nivået i 1. halvår 2001 sammenlignet med samme periode i 2002, med en korrelasjonskoeffisient på 0,95.

Om spesialistvedtaket

Spesialistvedtaket for de som er henvist til tvungent psykisk helsevern samlet fordeler seg i all hovedsak på tre kategorier; frivillig status, tvungen undersøkelse med døgnopphold eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. De andre mulighetene i lovverket – som for eksempel frivillig kontrakt eller tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg – blir i liten grad anvendt ved sykehusene.

Det er en viss endring fra henvisningsformalitet. Om lag 12-14 prosent av henvisningene til tvungent psykisk helsevern samlet blir underkjent, det vil si omgjort til frivillig innleggelse. Hvorvidt dette er henvisninger det ikke er lovhjemmel for, er ikke like selvsagt. Noe kan skyldes at pasientens tilstand kan ha endret seg i løpet av tiden fra innleggelse til spesialistvurdering. Det kan også være vurderinger av henvisende lege som ikke er i tråd med Psykisk helsevernloven. I tillegg kan det være snakk om at pasienten overtales til å godta et behandlingsopplegg uten tvang.

Etter at ansvarlig spesialist har fattet sitt vedtak økes omfanget av frivillighet sammenlignet med de som ble henvist til tvungent psykisk helsevern samlet. I perioden første halvdel av 2001 til og med første halvdel av 2002 var andelen frivillige innleggelser samlet sett i overkant av 60 prosent. Denne andelen holdt seg stabil over perioden på ett og et halvt år.

Omlag 15 til 16 prosent av innleggelsene får status som tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Andelen tvungen undersøkelse er noe høyere – mellom 21 og 22 prosent.

Når det gjelder bruk av tilleggskriterier, tilbakeholdes i all hovedsak pasienter begrunnet med at utsikt til helbredelse kan reduseres hvis vedkommende ikke blir lagt inn. Betydelig færre blir tvangsinnlagt begrunnet med at pasienten er til fare for seg selv eller andre. Andelen av tvungent psykisk helsevern som kun er begrunnet med farekriteriet går ned fra seks prosent i første halvår 2001 til tre prosent i første halvår av 2002.

Nivået av tvang og frivillighet etter at spesialistvedtaket var gjennomført, var svært stabil for de enkelte institusjonene over tidsrommet første halvdel av 2001, holdt opp mot samme andel for første halvår av 2002. Det er svært høy korrelasjon i andelen frivillige innleggelser for første halvdel i 2001 og første halvdel av 2002 (korrelasjonskoeffisient på 0,96). Det samme gjelder vedtak om tvungen undersøkelse med døgnopphold (korrelasjonskoeffisient på 0,95) og tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (korrelasjonskoeffisient på 0,91). Ut fra disse resultatene er det lite som tyder på at noen sykehus er inne i en endringsprosess i en eller annen retning når det gjelder omfanget av tvang og frivillighet.

Videre utfordringer

Denne rapporten viser små endringer i omfang av tvang og frivillighet ved innleggelse til døgnbehandling i norske sykehus i psykisk helsevern, selv om tidsspennet på ett og et halvt år er kort. I perioden 01.01.2001 – 30.06.2002 ble omlag 55 prosent av sykehusinnleggelsene henvist frivillig, og etter spesialistvedtaket var denne andelen økt til i overkant av 60 prosent. Det er vanskelig på grunnlag av de analysene vi har gjennomført å slå fast om det har funnet sted noen endringer fra lengre tid tilbake. Resultater fra tidligere undersøkelser har vært heftet med betydelig usikkerhet, blant annet fordi det ikke har vært klart om det har vært henvisende leges formalitet eller spesialistens vedtak som var lagt til grunn. Denne usikkerhet til tross, omfanget målt ved andelen frivillige innleggelser på sykehus har ligget stabilt på omlag 53 - 56 prosent i 1992, 1994, 1996 og i 2000 (se for eksempel Bjørngaard, Hatling og Heggstad 2001 og Hagen 1998).

Denne rapporten viser betydelige forskjeller mellom enkeltsykehus i andelen tvangsinnleggelser. Disse forskjellene har endret seg svært lite i perioden 2001 til og med første halvdel av 2002. Samtidig er nivået for hvert enkelt sykehus svært stabilt. De enkelte sykehus ser altså ut til å ha en praksis som er stabil over tid. Fagfeltet som helhet, og institusjonene hver for seg, har en betydelig utfordring i forklare disse forskjellene. Utfordringen ligger ikke bare i at man skal redusere tvangsbruken, men også i å optimalisere bruken av tvungent psykisk helsevern slik at de som faktisk trenger slik omsorg får det.

Det er et problem at vi fortsatt ikke har komplette opplysninger om omfang av tvang og frivillighet fra mange institusjoner. Det er derfor viktig at fagmiljøet ansvarliggjøres slik at virksomheten kan dokumenteres på en god måte. Dette er en forutsetning for å ta del i en diskusjon om både forskjeller og optimal bruk av tvungent psykisk helsevern.

1 Innledning

I det psykiske helsevernet er det rom for behandling uten at pasienten selv gir sitt samtykke. Selv om man både fra faglig og politisk hold ønsker at behandlingen i størst mulig grad skal foregå på frivillig grunnlag er det mange som mottar behandling under tvang.

I Ot prp nr 11 (1998-99) slås det fast både i lovteksten, i merknadene og i gjennomgangen av lovforslaget at *i de tilfeller der det er adgang til bruk av restriksjoner og tvang, skal disse tiltak innskrenkes til det strengt nødvendige*. Det er i dag store institusjons- og avdelingsvise forskjeller i bruk av ulike tvangsformer, og tilsvarende store variasjoner fra år til år innen de samme institusjoner.

Tvangsbruken i Norge kan inndeles i tre hovedgrupper; tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Årsakene som utløser disse er imidlertid ikke nødvendigvis sammenfallende og kan i enkelte tilfeller også være ulike.

Som del av evalueringen av *Opptappingsplanen for psykiske lidelser* – skal vi på oppdrag for Norges forskningsråd følge utviklingen fram til og med 2006 for tvungen psykisk helsevern med og uten døgnopphold og for bruk av tvangsmidler.

Tema for denne rapporten – som er den andre i denne studien – er tvangsinnleggelse ved døgnopphold for perioden 2001 og første halvdel av 2002. Tidligere er det utarbeidet en rapport om omfang i bruk av tvangsmidler i 2001 (Hatling, Ådnanes og Bjørngaard 2002).

1.1 Problemstillinger

Med hjemmel i psykisk helsevernloven av 2. juli 1999 er det mulig å legge inn og holde tilbake pasienter uten deres samtykke.

Prosjektet har følgende hovedproblemstillinger:

1. *I hvilken grad vil omfanget av tvangsinnleggelse reduseres i planperioden?*
2. *Hva forklarer variasjoner i andelen tvangsinnleggelse ved norske psykiatriske sykehus?*

I tråd med prosjektbeskrivelsen er vekten lagt på den første problemstillingen i denne rapporten. Vi skal vise omfanget av tvang og frivillighet ved innleggelse til døgnbehandling på sykehus i perioden 1.halvår av 2001 til 1. halvår 2002. Dette vil danne et referansepunkt for senere analyser av endring.

I prosjektets siste år (2006) vil vi se nærmere hva som skal forklare forskjeller mellom sykehus i omfanget av tvangsinnleggelse.

2 Lovgrunnlaget – og dets begrensning som uttrykk for tvangsbruk

2.1 Om lovgrunnlaget

Psykisk helsevernloven av 2. juli 1999 trådte i kraft 1. januar 2001. Henvisninger til paragrafer vil i det følgende referere til denne loven. Med noen mindre endringer er de to hovedformene for psykisk helsevern (frivillig og tvungent) bevart fra Lov om psykisk helsevern av 1961. Lovgrunnlaget i henhold til psykisk helsevernloven gjennomgås kort her. For en grundig gjennomgang, se Hagen, Riedl og Østbøl (2002).

2.1.1 Frivillig psykisk helsevern

Frivillig psykisk helsevern (§2-1) er hovedregelen; psykisk helsevern skal primært etableres på frivillig grunnlag og med utgangspunkt i pasientens eget samtykke. Den faglig ansvarlige ved institusjonen kan riktignok begjære at den som søker frivillig psykisk helsevern gir samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern (§3-1) i inntil tre uker (§2-2), men forutsetningen for denne muligheten for tvangstilbakeholdelse er at pasienten gir sitt samtykke til den.

Det er ikke anledning til å iverksette tvungen behandling (§4-4) eller innskrenkninger i forbindelsene med omverden (§4-5 annet ledd) så lenge vedkommende er under frivillig vern. Dette gjelder også i de tilfeller pasienten har samtykket til vern etter §2-2.

Det er ikke tillatt å overføre en frivillig innlagt pasient til tvungent psykisk helsevern (§2-3). Hvis institusjonen vurderer at behovet for tvungent psykisk helsevern er til stede, må pasienten først utskrives, før en så kan starte en prosess mot etablering av tvungent psykisk helsevern.

2.1.2 Tvungent psykisk helsevern

Tvungent psykisk helsevern har to hovedformer; tvungent psykisk helsevern og videre undersøkelse (observasjon). Den siste formen vil i resten av denne rapporten bli benevnt tvungen undersøkelse. Både lovmessig og reelt er det hensiktsmessig å skille prosessen fram mot (mulig) tvungent psykisk helsevern i to faser; henvisningsfasen og innleggingsfasen. Henvisningsfasen er institusjonsekstern, hvor både den som foretar legeundersøkelsen og den som begjærer innleggelse skal være uavhengig av mottakende institusjon. I innleggelsesfasen er det institusjonsinterne vurderinger som gjøres.

En henvisning består av to komponenter, legeundersøkelsen og begjæringen. Det er et krav at begge komponenter skal foreligge før mottakende institusjon kan fatte vedtak om videre undersøkelse (observasjon) eller vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Legeundersøkelsen er hjemlet i §3-4/§3-5. Mens §3-4 anvendes når vedkommende godtar at det foretas en legeundersøkelse, hjemler §3-5 at legeundersøkelsen kan gjennomføres mot vedkommendes vilje. Hvis det fattes vedtak om legeundersøkelse etter §3-5, bør selve lege-

undersøkelsen gjennomføres av en annen lege enn den som fattet vedtaket (Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern 1. desember 2000, §3 første ledd). I merknadene til den samme forskriftens §2 heter det at legen som gjennomfører legeundersøkelsen (§3-4 eller §3-5) ikke bør ha tilknytning til den institusjonen hvor det tvungne psykiske helsevernet eventuelt skal etableres. Dette begrunnes med at de to legeundersøkelsene (i henvisningsfasen og innleggelsesfasen) skal foretas av faglig uavhengige personer. I legeundersøkelsen skal det oppgis om vilkåret for tvungent psykisk helsevern er oppfylt (§3-3), eller om det er tvil om dette er oppfylt. § 3-3 *Vilkår for tvungent psykisk helsevern* har et hovedkriterium og to tilleggskriterier, hvor hovedkriteriet og minst ett tilleggskriterium må være til stede. I hovedkriteriet heter det at tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse. I de to tilleggskriteriene heter det; dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

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

Begjæringen er hjemlet i §3-6/§3-7, og skal være basert på vurderingene gjort i legeundersøkelsen. Begjærende instans er offentlig myndighet eller pasientens nærmeste, hvor offentlig myndighet er gitt primæransvaret. Hvem som inngår i disse begrepene reguleres i §1-3. §3-6 *Begjæring om videre undersøkelse (observasjon)* anvendes når legeundersøkelsen (§3-4 eller §3-5) reiser tvil om vilkåret for psykisk helsevern er oppfylt. §3-7 *Begjæring om tvungent psykisk helsevern* anvendes når legeundersøkelsen ikke reiser slik tvil.

Hvilken paragraf begjæringen er hjemlet i har konsekvenser for mottakende institusjons vedtaksmulighet. Mottakende institusjon kan ikke fatte vedtak om tvungent psykisk helsevern hvis det er fremsatt begjæring om tvungen undersøkelse, mens det motsatte er mulig. Tilsvarende krever vedtak om tvungent psykisk helsevern etter at undersøkelsesperioden er over (se nedenfor) at begjæringen omfatter dette. Helsedepartementet har forutsatt at en begjæring kan omfatte begge deler (Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v. av 21 desember 2000, merknad til §4).

Institusjonen som mottar begjæringen skal selv gjennomføre en legeundersøkelse før eventuell innleggelse. Basert på begjæringen, mottatte legeopplysninger og egen legeundersøkelse fattes vedtak om videre oppfølging. Vedtak fattes med hjemmel i §3-8 *Vedtak om videre undersøkelse (observasjon) og vedtak om tvungent psykisk helsevern*. Vedtaket skal fattes innen 24 timer, og kan enten være

- a) at vedkommende skal undersøkes videre (observasjon) - §3-8, jf §3-6. Vedtaket er tidsmessig avgrenset til ti kalenderdager. Det er ikke anledning til å behandle vedkommende uten eget samtykke (§4-4), og heller ikke foreta innskrenkninger i forbindelsene med omverden (§4-5 annet ledd). Undersøkelsen kan skje både med og uten døgnomsorg, det vil si at pasienten eksempelvis kan bli undersøkt ved en psykiatrisk poliklinikk.
- b) at vedkommende tas under tvungent psykisk helsevern - §3-1. En forutsetning for et slikt vedtak er at en vurderer at hovedvilkåret og minst ett av tilleggskriteriene gitt i §3-3 er til stede. Tvungent psykisk helsevern kan skje både med og uten døgnomsorg, og behandlingen kan derfor skje også ved en dagavdeling eller poliklinikk. Forutsetningen er at institusjonen er godkjent som ansvarlig for tvungent psykisk helsevern. Det er, i motsetning til i Lov om psykisk helsevern av 1961, ikke lenger et krav at pasienten skal ha vært underlagt døgnomsorg først.
- c) at det hverken er grunnlag for videre undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern, og at vedkommende kan gis tilbud om frivillig innleggelse (§2-1 eller §2-2), eller ikke noe tilbud i det hele tatt.

Tabell 2.1 oppsummerer mulige utfall av en henvisnings- og innleggelsesprosess.

Tabell 2.1 Mulige utfall av henvisende leges vurdering av innleggelsesformalitet.

Spesialistvedtak	Henvisende lege/begjæring		
	Frivillig ¹	Tvungen undersøkelse	Tvungent psykisk helsevern
Frivillig	Mulig utfall	Mulig utfall	Mulig utfall
Frivillig kontrakt	Mulig utfall	Mulig utfall	Mulig utfall
Videre undersøkelse u/døgnopphold	Ikke mulig utfall	Mulig utfall	Mulig utfall
Videre undersøkelse m/døgnopphold	Ikke mulig utfall	Mulig utfall	Mulig utfall
Tvungent psykisk helsevern u/døgnopphold	Ikke mulig utfall	Krever ny begjæring	Mulig utfall
Tvungent psykisk helsevern m/døgnopphold	Ikke mulig utfall	Krever ny begjæring	Mulig utfall

To viktige forhold kan leses ut av tabell 2.1. Det er for det første ikke mulig for institusjonen å omgjøre frivillig psykisk helsevern til tvungent psykisk helsevern (jfr. §2-3). For det andre kan mottakende institusjon overprøve alle vurderinger gjort av henvisende instans i retning mindre inngripende formalitet, men ikke motsatt.

2.2 Formell og opplevd bruk av tvang

Rapporten omhandler formell tvangsbruk ved innleggelse. Paragrafanvendelse sier ikke nødvendigvis noe om pasientopplevelsen av tvang (se Høyer et al. (2002) for en gjennomgang av litteraturen), og flere har derfor argumentert for å innhente opplysninger om pasientenes faktiske opplevelse (Lidz 1998, Kjellin et al. 1993). Et svar på dette har vært utviklingen av et måleinstrument for opplevd tvang i innleggelsesprosessen, the McArthur Perceived Coercion Scale (se (Monahan, et al. 1999) for en beskrivelse av utviklingen av instrumentet). Pasienten blir spurt om hvilke virkemidler som ble brukt forut for innleggelsen (grad av overtalelse, løfter, trusler og makt), og om vedkommende opplevde press som følge av disse virkemidlene (grad av innflytelse, kontroll, valg og frihet). Flere studier gjennomført med dette instrumentet bekrefter at formell tvang er utilstrekkelig. Hoge et al. (1997) finner blant annet at en av ti frivillig innlagte opplevde seg tvungent, men om lag en av tre tvangsinnlagt ikke opplevde seg tvungent. De fant videre at nesten 40 prosent av de frivillig innlagte mente de ville blitt tvangsinnlagt hvis de ikke hadde akseptert. Hos Westrin and Nilstun (2000) opplevde 65 prosent av pasientene som ble tvangsinnlagt dette som tvang, mot 29 prosent av de som var frivillig innlagt.

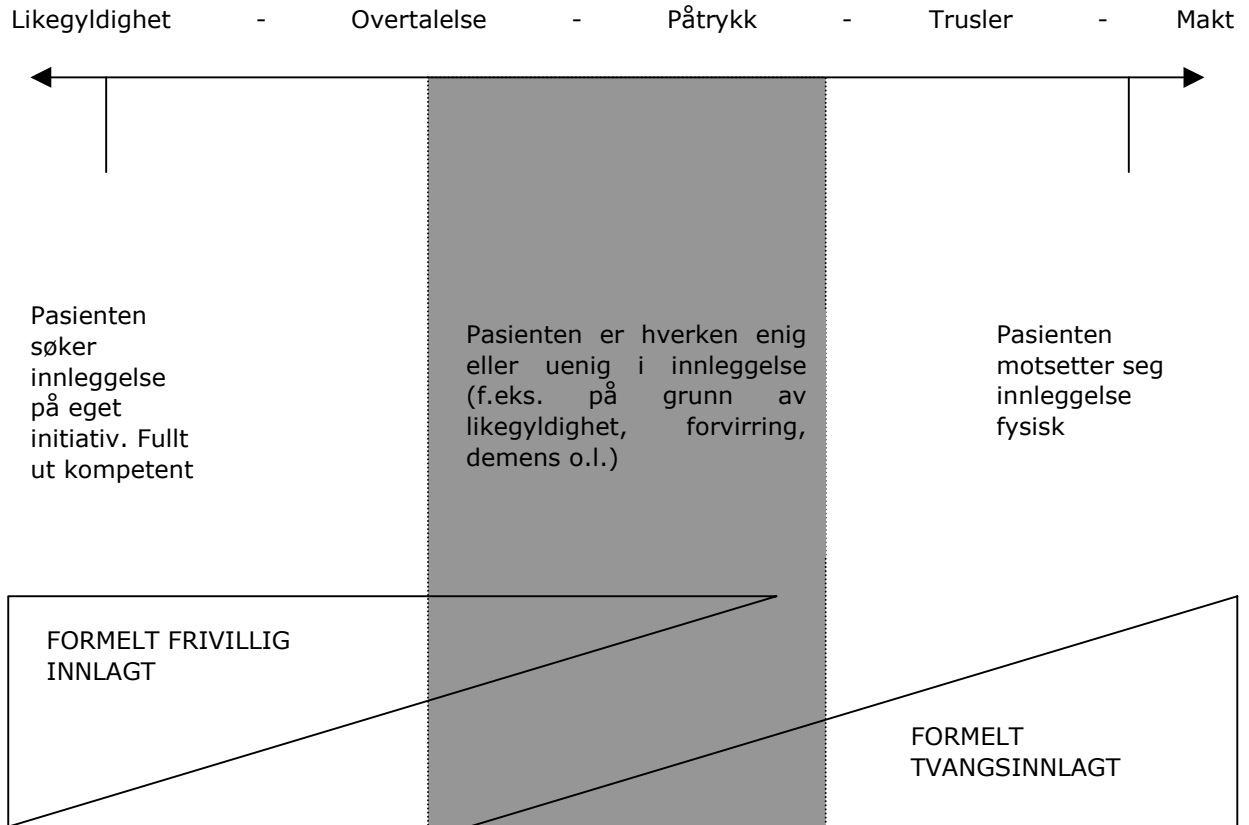
Studier av pasienters erfaring med tvangsinnleggelse er ennå motstridende (Monahan et al., 1995). Gardner et al. (1999) finner at de er i hovedsak negative, Edelson and Hiday (1990) finner at majoriteten av pasienter rapporterer positive erfaringer, mens pasienter intervjuet av Luckstedt and Coursey (1995) har blandede meninger. To studier i Norge har anvendt dette instrumentet: Lægeforeningens gjennombruddsprosjekt psykiatri (Mathisen og Føyn (2002) og det nordiske studiet av paternalisme og autonomi (Engberg 1997, Høyer et al. 2002), men ennå er det rapportert få resultater fra disse.

To studier (Høyer 1999, Hoge et al. 1997) finner at pasientene er mer opprørt over det som skjer forut for selve innleggelsen, det vi i lovgjennomgangen har kalt henvisningsfasen, enn det som skjer under selve institusjonsinnleggelsen. I følge Høyer et al. (2002) taler disse funnene for at pasienters opplevelse av tvang bør måles flere ganger i løpet av en behandlingsepisode, og at en bør måle erfaringene med henvisnings- og innleggelsesfasen separat.

1 Det må ikke nødvendigvis foreligge en henvisning. Ved øyeblikkelig hjelp kan pasienten, evt. med bistand, henvende seg direkte til institusjonen (jfr. §2 i Forskrift om øyeblikkelig hjelp av 21. Desember 2000.

De juridisk, klinisk og etisk glidende overgangene mellom frivillighet og tvang er drøftet inngående av Syse (1999). I følge Syse er særlig forståelsen av frivillighet og tvang som to distinkt forskjellige størrelser problematisk når pasienten verken er enig eller uenig i innleggelsen. Tilsvarende er det et stort spenn i hvilke virkemidler innleggende instanser anvender i innleggelsessituasjonen, hvor en tvangsinnleggelse kan gjennomføres ved hjelp av alt fra overtalelse til fysisk makt. Dette er illustrert i figur 2.1.

Innleggende aktørers perspektiv:



Figur 2.1 Beslutninger angående den formelle statusen til en pasient i psykisk helsevern: Frivillig innlagt eller tvangsinnlagt (hentet og oversatt fra Syse 1999).

I forhold til psykisk helsevernloven ligger blant annet vurderingen av samtykkekompetanse i denne gråsonen. En forutsetning for å bli frivillig innlagt er at vedkommende gir sitt samtykke, men her er det åpenbart rom for skjønn (Hagen, Riedl og Østbøl 2002, kap. 8). Forskjellene i bruk av tvungent psykisk helsevern institusjonene imellom målt gjennom andel tvangsinnlagte pasienter, behøver derfor ikke nødvendigvis avspeile reelle forskjeller i graden av tvang sett fra pasientens ståsted. Det kan like gjerne være et uttrykk for ulik institusjonspraksis når det gjelder vurdering av samtykkekompetanse.

3 Data og metode

Analysen bygger på data fra sykehus i det psykiske helsevernet for voksne. Analyseenheten er døgnopphold påbegynt i løpet av 2001 og første halvår av 2002. I de tilfeller pasienten har blitt overført mellom avdelinger ved samme institusjon, regnes dette likevel som ett opphold. En person kan ha flere opphold i løpet av ett år, eventuelt ved flere sykehus. På grunnlag av våre aidentifiserte data er det derfor ikke mulig å si eksakt hvor mange individer som ble tvangsinnlagt.

År 2001 var det andre driftsåret for det nye obligatoriske pasientdatasettet (det såkalte Minste-Basis-Data-Sett) for institusjoner i psykisk helsevern. I forbindelse med iverksettingen av psykisk helsevernloven ble datasettet betydelig utvidet for å inkludere en rekke opplysninger om tvang (Løvdahl og Hatling 1999). Norsk pasientregister (NPR) ved SINTEF Unimed har stått for innsamling og kvalitetskontroll av disse dataene.

Vi benytter data for døgnbehandling ved sykehusopphold fordi det er i hovedsak ved disse institusjonene tvangsinnleggelse skjer (St meld 25 1996-97, Hatling og Krogen 1998, Hagen 2001). Det vil si at pasienter som er innlagt ved distriktpsikiatriske tilbud, sykehjem eller ettervernshjem er holdt utenfor i denne sammenhengen. Pasienter til poliklinisk- eller dagbehandling er heller ikke inkludert i denne analysen. Dette har to konsekvenser; for det første at vi ikke fanger opp den totale bruken av tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet, for det andre at vi sannsynligvis relativt sett underestimerer bruken av tvungen omsorg/undersøkelse uten døgnomsorg i det psykiske helsevernet.

3.1 Registreringskvalitet

Som sagt så bygger analysene på pasientdata som ble gjort obligatoriske for spesialisttjenesten for psykisk helsevern i 2000, også kalt Minste basis datasett. Det har vært rettet mye oppmerksomhet mot påliteligheten av pasientdata, og komplettheten i registreringene (Statens helsetilsyn 2002). Innføringen av det nye datasettet har tatt mer tid enn forventet, spesielt når det gjelder grad av kompletthet langs en del viktige variabler. Enkelte institusjoner har kommet langt i å registrere tvangsinnleggelse, mens andre fortsatt leverer mangelfulle opplysninger eller endog mangler rapportering overhodet.

I dette avsnittet vier vi oppmerksomhet til hvordan variabler for tvangsinnleggelse dekkes i det nye datasettet. Manglende kompletthet skyldes enten at noen institusjoner ikke leverer data overhodet, eller har mangelfull registrering. Det er trolig ulike årsaker til at enkelte sykehus framstår med mangelfull registrering. Det kan være alt fra tekniske problemer med uttrekket av pasientdata som sendes til Norsk Pasientregister til mangelfull utfylling av de opplysningene som datasettet krever.

Det er noe usikkerhet i hvordan overføringer mellom institusjoner registreres. I enkelte tilfeller kan det være snakk om at man ikke registrerer inntaksopplysninger på nytt ved overføringer mellom institusjoner, mens man andre steder registrerer for alle som kommer inn til sykehuset. Forskjellene kan her ligge i graden av faglig samorganisering mellom institusjonene. Det er grunn til å tro at en del av problemene med mangelfulle data om lovformalitets skyldes dette forholdet. Vi vil ved neste rapportering i prosjektet se på hvilke muligheter vi har for å løse dette problemet. Noe av utfordringen ligger blant annet i å følge individer over institusjonsgrensene.

3.2 Registrering av henvisningsformalitet

Analysene i denne rapporten er avgrenset til sykehusinnleggelse. Alle som henvises til behandling til psykisk helsevern skal ha angitt en henvisningsformalitet. Dette er som vi har inne på i kapittel 2 avgjørende for om behandlingen kan skje under tvang eller frivillighet. Den neste tabellen viser alle institusjoner som vi har klassifisert som sykehus med rett til å ta i mot innleggelse ved tvang. Vi har i denne tabellen vist hvor stor andel av innleggelsene som ikke har angitt kode for hvilken formalitet ved henvisning som er brukt. Tabellen er satt opp etter region og for innleggelse i 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002.

Tabell 3.1 Andel innleggelse uten registrert henvisningsformalitet. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Prosent av antall innleggelse i hvert halvår.

		1. halvår 2001	2. halvår 2001	1. halvår 2002
Helse øst	Aker sykehus	50	48	52
	Blakstad sykehus	14	13	1
	Diakonhjemmet sykehus	1	0	0
	Lien psykiatriske behandlingssenter	52	46	0
	Lovisenberg sykehus	3	0	0
	Oppland SSH, avd Gjøvik	100	100	100
	Oppland SSH, avd Reinsvoll	100	100	100
	Oslo Hospital	0	0	0
	Sanderud sykehus	100	100	100
	Universitetssykehuset i Akershus	1	2	2
	Ullevål sykehus Klinikk for psykiatri	6	14	1
	Østfold sykehus	6	6	3
	Helse Sør	Aust-Agder sykehus	13	7
Sykehuset Buskerud		100*	100*	100
Sykehuset Telemark		100*	100*	28
Vest-Agder sykehus		18	7	20
Sykehuset i Vestfold		0	0	0
Helse Vest	Haugesund sjukehus	13	10	100*
	Haukeland sykehus	12	12	7
	Olaviken behandlingssenter	100	100	20
	Psykiatrisk klinikk, Førde	1	0	3
	Rogaland psykiatriske sjukehus	40	41	35
	Sandviken sykehus	7	6	10
	Valen sjukehus	11	12	10
Helse Midt-Norge	Ålesund sjukehus	100*	100*	2
	Molde sykehus	100*	100*	100*
	Sør-Trøndelag Psyk Sykehus	13	15	15
	Sykehuset Levanger	100*	100*	100*
	Sykehuset Namsos	100*	100*	100*
Helse Nord	Nordlandsykehuset	2	0	100
	Universitetssykehuset Nord-Norge	30	32	12

* Har ikke levert data.

I de neste kapitlene skal vi se på omfang og endring i bruk av tvangsinnleggelse. Da må vi avgrense analysen til institusjoner som ikke har for mye mangelfull registrering. Vi har satt en grense ved at mer enn 80 prosent av innleggelsene må ha angitt henvisningsformalitet for at de skal være inkludert i videre analysene. De skraverte institusjonene utgjør vårt analyseutvalg for henvisningsparagraf. Siden enkelte av institusjonene ikke har levert data overhodet, kan vi ikke si noe eksakt om hvor mange innleggelse det var totalt i perioden. Vi har imidlertid data om antall utskrivinger i Samdata Psykisk helsevern Tabeller for 2001. Med

disse kan vi gi et anslag over hvor stor del som er inkludert i analysene. Målt ved omfanget av utskrivinger, har vi opplysninger om henvisningsformalitet for anslagsvis 53 prosent av innleggelsene (Bjørngaard 2002).

Vi ser av tabellen over at sykehusene har vidt forskjellig ståsted hva gjelder omfang av registrering av henvisningsformalitet. Enkelte har ennå ikke klart å etablere rutiner for å levere data. Det er grunn til å anta at data vil bli mer komplette etter hvert. For eksempel så har seks sykehus merkbart bedre registrering i første halvår 2002 enn det som var tilfelle i samme periode i 2001.

I alt 16 sykehus leverte data hvor færre enn 20 prosent av innleggelsene mangler registrering på denne variabelen i 1. halvår 2002. For de som faktisk har levert data er det igjen et stort skille mellom de som ikke registrerer innleggelsesformalitet overhodet og de som registrerer. De fleste hvor det tross alt registreres, har angitt henvisningsformalitet for de fleste av innleggelsene. Kun én institusjon – sykehuset i Vestfold – har komplette data for henvisningsformalitet for hele perioden. Fem institusjoner har komplette data for 1. halvår 2002. Når enkeltinstitusjoner har markert dårligere registrering for 1. halvår 2002 sammenlignet med 2001, så kan dette skyldes at det er første gang man har hentet inn halvårsdata i 2002. Dette gir grunn til å forvente at data for 2002 bedrer seg ved neste innsamling.

For helse Øst er registreringen ganske god for de fleste sykehusene. Unntakene er avdelingene Reinsvoll og Gjøvik ved Oppland sentralsykehus og Sanderud sykehus som mangler registrering fullstendig. Ved Aker sykehus er det også omlag halvparten av innleggelsene som mangler opplysninger.

Helse Sør varierer kraftig med tanke på rapportering av henvisningsformalitet. Sykehusene Buskerud og Telemark leverte ikke data overhodet i 2001. De leverte data for første halvår av 2002, selv om Sykehuset Buskerud ikke rapporterte henvisningsformalitet. Sykehusene i Agderfylkene rapporterer henvisningsformalitet, men har ennå et stykke igjen til fullstendig rapportering. Sykehuset i Vestfold er i en særstilling hva gjelder rapportering. Der har man fullstendige opplysninger for hele perioden.

Helse Vest har noenlunde bra rapportering, med unntak av Haugesund sjukehus og Rogaland psykiatriske sykehus. Haugesund leverte ikke data for første halvår av 2002, men vil trolig være representert ved neste datainnsamling. Rogaland psykiatriske sykehus har derimot hatt problemer med å registrere henvisningsformalitet for et betydelig antall innleggelses gjennom hele perioden (35 prosent 1. halvår 2002).

Helse Midt-Norge står overfor betydelige utfordringer med å dokumentere virksomheten overhodet, og dermed også hva gjelder henvisningsformalitet. Kun Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus har levert data for hele perioden, og der er andelen med manglende informasjon stabil på rundt 13 - 15 prosent. Ålesund sjukehus har levert data for første halvår 2002 med høy grad av komplett.

I helse Nord hadde Nordlandssykehuset nær komplette data for 2001, men manglet fullstendig rapportering av henvisningsformalitet 1. halvår 2002. Dette kan nok ha sammenheng med problemer med å levere data for et halvår av gangen, slik at dette forhåpentligvis er rettet til neste rapportering. Universitetssykehuset i Nord-Norge hadde mange innleggelses uten henvisningsformalitet i 2001, men dette bedret seg betraktelig i 2002.

3.3 Registrering av spesialistvedtak

Etter at henvisning er mottatt, og egen legeundersøkelse er gjennomført, skal institusjonen fatte vedtak om eventuell tvungen omsorg eller tvungen undersøkelse. Vedtaket kan fattes av psykiater eller klinisk psykolog (det såkalte spesialistvedtaket). Tabell 3.2 viser andelen innleggelses for hvert halvår hvor det mangler opplysninger om hvilket spesialistvedtak som er gjort.

Tabell 3.2 Andel innleggelser uten registrert spesialistvedtak. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Prosent av antall innleggelser i hvert halvår.

		1. halvår 2001	2. halvår 2001	1. halvår 2002
Helse øst	Aker sykehus	22	17	18
	Blakstad sykehus	4	7	1
	Diakonhjemmet sykehus	1	0	5
	Lien psykiatriske behandlingssenter	52	46	0
	Lovisenberg sykehus	3	0	0
	Oppland SSH, avd Gjøvik	100	100	100
	Oppland SSH, avd Reinsvoll	100	100	100
	Oslo Hospital	0	0	0
	Sanderud sykehus	100	100	100
	Universitetssykehuset i Akershus	100	100	100
	Ullevål sykehus Klinikk for psykiatri	8	15	5
	Østfold sykehus	2	4	2
Helse Sør	Aust-Agder sykehus	1	0	0
	Sykehuset Buskerud	100*	100*	100
	Sykehuset Telemark	100*	100*	32
	Vest-Agder sykehus	18	6	16
	Sykehuset i Vestfold	0	0	0
Helse Vest	Haugesund sjukehus	11	9	100*
	Haukeland sykehus	11	11	7
	Olaviken behandlingssenter	6	0	0
	Psykiatrisk klinikk, Førde	0	0	0
	Rogaland psykiatriske sjukehus	40	41	35
	Sandviken sykehus	7	6	10
	Valen sjukehus	11	12	10
Helse Midt-Norge	Ålesund sjukehus	100*	100*	2
	Molde sykehus	100*	100*	100*
	Sør-Trøndelag Psyk Sykehus	10	12	15
	Sykehuset Levanger	100*	100*	100*
	Sykehuset Namsos	100*	100*	100*
Helse Nord	Nordlandsykehuset	3	0	100
	Universitetssykehuset Nord-Norge	12	15	12

* Har ikke levert data.

De skraverte institusjonene utgjør analyseutvalget for de senere analysene av spesialistvedtak. Også her har vi satt en tilsvarende grense som for henvisningsformalitet; mer enn 80 prosent av innleggelsene må ha angitt spesialistvedtaket for at de skal være inkludert i videre analyser. Basert på omfanget av utskrivninger i 2001, har vi opplysninger om spesialistvedtak for anslagsvis 56 prosent av innleggelsene.

Tallene for omfanget av mangelfull rapportering av spesialistvedtak gjenspeiler registreringen av henvisningsformalitet. De som fullstendig mangler opplysninger for henvisningsformalitet, mangler også informasjon om spesialistvedtak.

Det er likevel gledelig at graden av kompletthet for de institusjonene som faktisk registrerer spesialistvedtak er ganske høy. For første halvår av 2002 har 20 sykehus mangelfulle opplysninger for mindre enn 20 prosent av innleggelsene.

Utfordringen for Helse Øst ser ut til å ligge først og fremst på Oppland sentralsykehus og på Sanderud. Aker sykehus har også et stykke igjen for å nå igjen de andre institusjonene i regionen. Akershus universitetssykehus har rutiner for registrering av spesialistvedtak, men har brukt koder som det ikke har vært mulig å finne ut av.

I helse Sør skiller sykehusene i Buskerud og Telemark seg ut i negativ retning. Vest-Agder har 16 prosent uten angitt spesialistvedtak i første halvår av 2002, mens Sykehuset i Vestfold og Aust-Agder er komplett for samme tidsperiode.

I Helse Vest er det først og fremst Rogaland psykiatriske sykehus som har manglende data-rapportering. Haugesund sjukehus mangler for første halvår av 2002, men har levert tidligere slik at det er grunn til å tro at dette blir rettet opp ved neste rapportering.

I Helse Midt-Norge er problemet først og fremst manglende datarapportering. Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus har ganske høye rapporteringsandel, men har imidlertid ikke en utvikling som går i retning av bedre rapportering, snarere tvert imot.

Det er grunn til å anta at Helse Nord vil være representert med begge institusjoner for 2002 ved neste rapportering, siden også Nordlandssykehuset hadde høy kompletthet i 2001. Universitetssykehuset Nord-Norge mangler data for mellom 12 – 15 prosent av innleggelsene i hele perioden.

3.3.1 Tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern

I løpet av 24 timer etter at pasienten har kommet til institusjonen, skal det fattes vedtak om hvilken formell status pasienten skal ha. For de som underlegges tvungent psykisk helsevern skal hovedkriteriet samt minst ett av tilleggskriteriene i § 3-3 i Psykisk helsevernloven være til stede. I den neste tabellen ser vi hvor godt disse opplysningene er registrert i pasientdataene. Opplysningene i tabellen har tatt utgangspunkt i de institusjonene som har registrert spesialistvedtak for over 80 prosent av innleggelsene.

Tabell 3.3 Andel uten registrert tilleggskriterier. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Prosent av antall innleggelses med vedtak om tvungent psykisk helsevern i hvert halvår.

		1. halvår 2001	2. halvår 2001	1. halvår 2002
Helse øst	Aker sykehus	*	*	*
	Blakstad sykehus	20	20	25
	Diakonhjemmet sykehus	0	0	0
	Lien psykiatriske behandlingssenter	*	*	*
	Lovisenberg sykehus	0	0	1
	Oppland SSH, avd Gjøvik	*	*	*
	Oppland SSH, avd Reinsvoll	*	*	*
	Oslo Hospital	0	0	0
	Sanderud sykehus	*	*	*
	Universitetssykehuset i Akershus	*	*	*
	Ullevål sykehus Klinikk for psykiatri	71	78	67
	Østfold sykehus	96	84	2
Helse Sør	Aust-Agder sykehus	0	0	0
	Sykehuset Buskerud	*	*	*
	Sykehuset Telemark	*	*	*
	Vest-Agder sykehus	0	0	0
	Sykehuset i Vestfold	0	0	0
Helse Vest	Haugesund sjukehus	*	*	*
	Haukeland sykehus	100	100	43
	Olaviken behandlingssenter	0	0	0
	Psykiatrisk klinikk, Førde	0	0	0
	Rogaland psykiatriske sjukehus	*	*	*
	Sandviken sykehus	95	100	37
	Valen sjukehus	12	28	20
Helse Midt-Norge	Ålesund sjukehus	*	*	*
	Molde sykehus	*	*	*
	Sør-Trøndelag Psyk Sykehus	28	12	22
	Sykehuset Levanger	*	*	*
	Sykehuset Namsos	*	*	*
Helse Nord	Nordlandsykehuset	*	*	*
	Universitetssykehuset Nord-Norge	60	62	10

* Utgår pga mangelfull rapportering (se tabell 3.2).

Når det gjelder hvilke tilleggskriterier som er anvendt ved tvungent psykisk helsevern, fremgår det av tabell 3.3 at åtte sykehus har levert opplysninger av en slik kvalitet at de kan inngå i et analyseutvalg. Målt med antall utskrivinger i 2001 utgjorde disse sykehusene omlag 20 prosent av det totale antallet utskrivinger ved sykehus, noe som kan antyde at vi har opplysninger om tilleggskriterier for omlag 20 prosent av innleggelsene ved tvang.

4 Omfang av tvang ved henvisning

I hovedsak vil enhver innleggelse til spesialisttjenesten skje i form av en henvisning fra en lege. For at tvungent psykisk helsevern skal tre i kraft må det foreligge en henvisning hvor legen har angitt om oppholdet skal være tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Som redegjort for i kapittel 2 gir lovverket unntaksvis rom for at pasienter selv kan gå direkte til institusjonen for frivillig innleggelse ved øyeblikkelig hjelp. I den variabelbeskrivelsen som ligger i datasettet, er enten tvungen undersøkelse eller tvungen psykisk helsevern angitt. Dette betyr at det er uklarthet i om pasienten er henvist kun til tvungen undersøkelse, tvungen psykisk helsevern eller om begge disse er angitt i begjæringen. Vi har derfor slått sammen henvisningene til tvungen undersøkelse og tvungen psykisk helsevern.

I dette kapitlet ser vi på henvisningsformalitet for sykehusinnleggelse i perioden 1. halvår 2001 til og med 1. halvår 2002. Sykehus som mangler registrering for henvisningsformalitet for mer enn 20 prosent av innleggelsene er tatt ut (jf tabell 3.1).

Tabell 4.1 Antall innleggelse etter henvisningsformalitet. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelse ved sykehus i hvert halvår.*

	1. halvår 2001		2. halvår 2001		1. halvår 2002		Endring 1. halvår 2001 - 1. halvår 2002	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	% - endring
Frivillig	2542	55	2673	54	2679	55	137	5
Tvungent psykisk helsevern	2078	45	2283	46	2215	45	137	7
Annen lovhemmel	15	0,3	16	0,3	9	0,2	-6	-40
Sum	4635	100	4972	100	4903	100	268	6
Mangler registrering	345		407		269		-76	-22

p=ikke signifikant kjikvadrattest

*Se tabell 3.1, skraverte institusjoner utgjør utvalg i tabellen.

Andelen frivillige henvisninger har holdt seg konstant i den perioden tabell 4.1 refererer til. Mål i faktiske tall har omfanget av frivillige henvisninger økt med 137 eller omlag fem prosent.

Ser vi på andelen henvisninger til tvang samlet, er denne lik gjennom perioden. Det har imidlertid blitt 137 flere tvangshenvisninger i perioden. Totalt var det 4980 innleggelse i første halvår av 2001 i disse sykehusene. I samme periode året etter var det 5172 innleggelse. Det har altså blitt flere opphold i perioden og denne økte aktiviteten har fordelt seg likt på henvisninger til tvang og frivillighet.

Den neste tabellen er hentet fra Samdata Psykisk Helsevern Rapport 2000 (Bjørngaard, Hatling og Heggstad 2001). Den viser lovanvendelsen for henvisningene i 2000.

Tabell 4.2 Henvisningstype etter henvisende leges formalitet. Antall og prosent. Innleggelser ved sykehus i 2000.

	Antall	Prosent
Frivillig	5 200	53
Observasjon - §3	2 669	27
Tvang - §5	1 973	20
Prosentgrunnlag	9 842	100
Ikke oppgitt formalitet	1 107	
Totalt antall	10 949	

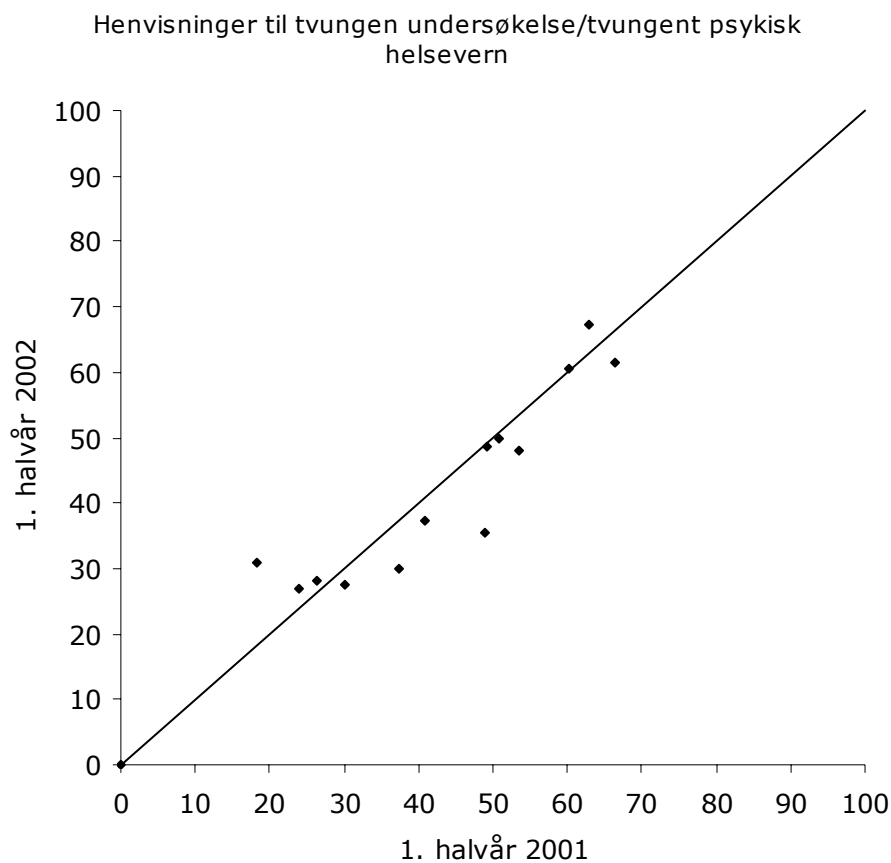
Kilde Samdata psykisk helsevern Rapport 2000

Resultatene i tabell 4.2 er ganske lik tallene i tabell 5.1. Den nye psykisk helsevernloven av 2. juli 1999, som trådte i kraft fra starten av 2001 har ennå altså i liten grad innvirket på omfanget av frivillige henvisninger.

4.1 Fast nivå i henvisningspraksis?

Temaet for denne rapporten er endring i omfang av tvangsinnleggelser. Som vi så i forrige avsnitt er tallene samlet sett svært stabile i den perioden over ett og et halvt år. Vi skal nå se om nivået for de enkelte institusjonene endrer seg over tid. I figur 4.1 viser vi andelen av sykehusenes innleggelser som ble henvist til tvang i første halvdel av 2001, holdt opp mot samme andel for første halvår av 2002. De enkelte sykehusenes andel frivillige henvisninger er det inverse av disse tallene.

Hvis sykehusene hadde hatt samme nivå i første halvår av 2001 som første halvår av 2002, så ville de ligget på diagonalen i figuren. Sykehus som ligger over diagonalen i diagrammet har økt andelen tvangshenvisninger, mens de som ligger under har redusert.



Figur 4.1 Henvisninger til tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern i 1.halvår 2001 og 1. halvår 2002. I prosent av antall innlagte i hvert halvår. Sykehus. Korrelasjonskoeffisient 0,95.

Som vi ser er det en sterk sammenheng mellom nivået i 1. halvår 2001 sammenlignet med samme periode i 2002, med en korrelasjonskoeffisient på 0,95. Som inntakssystem er altså disse sykehusene svært stabile over dette relativt korte tidsspennet. Det er med andre lite som tyder på at de som henviser pasienter til sykehusene er mindre tilbøyelige til å anvende tvang.

5 Omfang av tvang ved spesialistvedtak

I dette kapitlet redegjør vi for frivillighet og tvang etter at faglig ansvarlig spesialist har gjort sitt vedtak om lovhjemmel. Spesialisten kan ikke omgjøre en frivillig innleggelse til tvang (§2-3). Hvis pasienten er henvist til tvungent psykisk helsevern, står spesialisten fritt i å vurdere videre formalitet (jf tabell 2.1). Er pasienten kun henvist til tvungen observasjon, kreves det at spesialisten mottar en ny begjæring om tvang fra ansvarlig tutormyndighet.

I avsnitt 5.1 viser vi hvilke vedtak som ble fattet for de som ble henvist til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Deretter viser vi i avsnitt 5.2 omfanget av tvang og frivillighet etter at spesialisten har gjort sitt vedtak.

Vedtaket om tvungent psykisk helsevern må i tillegg til alvorlig psykisk lidelse også være grunnet i at minst ett av to tilleggskriterier er til stede (jf kapittel 2). I avsnitt 5.3 viser vi hvilke kriterier som er anvendt ved vedtak om tvungent psykisk helsevern.

I avsnitt 5.4 ser vi om sykehusenes nivå av tvang og frivillighet er stabilt etter at spesialisten har gjort sitt vedtak.

5.1 Spesialistvedtak ved henvisning til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern

Som vi var inne på i forrige kapittel er det uklart om pasienten er henvist kun til tvungen undersøkelse, tvungen psykisk helsevern eller om begge disse er angitt i begjæringen. Vi har derfor slått sammen henvisningene til tvungen undersøkelse og tvungen psykisk helsevern. Henvisningsformalitet er gitt av innleggende lege som ikke nødvendigvis har spesiell kompetanse om psykiske lidelser. Henvisende lege vil i mange tilfeller stå i en vanskelig situasjon, hvor mange avveininger må gjøres i løpet av kort tid. Dette gjelder vurderingen av tilstanden til pasienten – både diagnose, alvorlighetsgrad, risiko for seg selv eller andre, samt avveiningen av hva som er alternativet til innleggelse. Vi vet fra studier av klinikers skjønn at det er store forskjeller i vurderinger om disse forholdene. En studie av et utvalg psykiatere ved akutenheter fant liten grad av samsvar i kliniske vurderinger og behandlingsforslag. Graden av samsvar var høyest for vurdering av psykoser og stoffmisbruk, lavest for vurdering av impuls kontroll, grad av fare samt forslag til tiltak (Way et al., 1998).

I tabellen under ser vi på hvilke vedtak som ble fattet for de som ble henvist til tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse i 2000. Det knytter seg en viss usikkerhet til disse tallene. Med tanke på at 2000 var det første året for det nye datasettet (MBDS), er det er uklart hvor godt dette er registrert.

Tabell 5.1 Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. Prosent av henviste ved tvang ved sykehus i 2000.

Spesialistvedtak	Henvist	
	Undersøkelse	Tvang
Frivillig	14	5
Observasjon	84	6
Tvang	2	89
Totalt	100	100

Kilde Samdata psykisk helsevern Rapport 2000

For fem prosent av henvisningene til tvungent psykisk helsevern endret spesialist status til frivillig, mens for seks prosent ble status endret til tvungen observasjon. Nesten ni av ti henvisninger til tvungent psykisk helsevern beholdt status etter spesialistvedtaket. Omlag 14 prosent av henvisningene til tvungen undersøkelse ble endret til frivillig etter spesialistvurdering, mens kun to prosent ble endret til tvungent psykisk helsevern.

Den nye Psykisk helsevernloven trådte i kraft fra 01.01.2001. I den neste tabellen viser vi hvilke vedtak som ble fattet etter dette. Tabell 5.2 viser spesialistvedtak for pasientene som ble henvist til tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern.

Tabell 5.2 Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Sykehusinnleggelse henvist ved tvang 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Absolutte tall og prosent.*

	1. halvår 2001		2. halvår 2001		1. halvår 2002	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Frivillig	225	12	291	14	251	12
Frivillig kontrakt	3	0	2	0	5	0
Observasjon u/døgnopphold	2	0	1	0	4	0
Observasjon m/døgnopphold	1002	51	1081	51	1110	53
Tvang u/døgnopphold	4	0	1	0	1	0
Tvang m/døgnopphold	701	36	747	35	678	33
Annen lovhjemmel	0	0	3	0	4	0
Ikke registrert	16	1	4	0	27	1
Sum	1953	100	2130	100	2080	100

p<0.01 kjikvadrattest

*Se tabell 3.1 og 3.2, skraverte institusjoner utgjør utvalg i tabellen.

Vedtakene for de som er henvist til tvang omfatter i all hovedsak frivillig status, observasjon med døgnopphold eller tvang med døgnopphold. De andre mulighetene i lovverket – som for eksempel frivillig kontrakt eller tvang uten døgnomsorg blir i liten grad anvendt i denne sammenhengen.

Det er en viss endring av henvisningsformalitet, omlag 12-14 prosent av henvisningene til tvang blir underkjent, det vil si omgjort til frivillig innleggelse. Hvorvidt dette er tvangshenvisninger det ikke er lovhjemmel for, er ikke like selvsagt. Noe kan skyldes at pasientens tilstanden kan ha endret seg i løpet av tiden fra innleggelse til spesialistvurdering. Det er

grunn til å anta at dette særlig gjelder for henvisninger til observasjon, hvor mange av oppholdene er korttids krisehjelp (Dahl et al., 1985). Det kan også være vurderinger av henvisende lege som ikke er i tråd med Psykisk helsevernloven. I tillegg kan det være snakk om at pasienten overtales til å godta et behandlingsopplegg uten tvang.

5.2 Tvang og frivillighet etter spesialistvedtaket

Til nå har vi sett på hvilken formalitet faglig ansvarlig har angitt for henholdsvis henvisninger til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. I den neste tabellen – tabell 5.4 – viser vi en oversikt over tvang og frivillighet etter at ansvarlig spesialist har fattet sitt vedtak.

Tabell 5.3 Antall innleggelses etter spesialistvedtak. 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Absolutte tall og prosent av antall innleggelses ved sykehus i hvert halvår.*

	1. halvår 2001		2. halvår 2001		1. halvår 2002		Endring 1. halvår 2001 – 1. halvår 2002	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	% -endring
Frivillig	3258	60	3563	62	3483	61	225	7
Frivillig kontrakt	98	2	82	1	76	1	-22	-22
Observasjon u/døgnopphold	5	0	1	0	5	0	0	0
Observasjon m/døgnopphold	1178	22	1234	21	1265	22	87	7
Tvang u/døgnopphold	6	0	1	0	2	0	-4	-67
Tvang m/døgnopphold	846	16	892	15	845	15	-1	0
Annen lovhemmel	15	0	12	0	15	0	0	0
Sum	5406	100	5785	100	5691	100	285	5
Mangler registrering	401		443		400		-1	0

p=ikke signifikant kjivadrattest

*Se tabell 3.2, skraverte institusjoner utgjør utvalg i tabellen.

Tabellen viser at andelen tvang og frivillighet er stabil gjennom perioden som er referert i tabellen. Omlag 60 prosent av innleggelsene er frivillige etter spesialistvedtaket. Noen få – en til to prosent – inngår frivillig kontrakt om å undergi seg reglene om tvungent psykisk helsevern i opptil tre uker. Veldig få blir overført direkte til noen form for tvang uten døgnomsorg, og det er ikke tegn til endring gjennom perioden på dette punktet.

Omlag 15 til 16 prosent av innleggelsene får status som tvang med døgnopphold. Andelen tvungen undersøkelse er noe høyere – mellom 21 og 22 prosent.

Ser vi på faktisk endring i antall innleggelses, så har det vært en økning på 225 frivillige innleggelses, og 87 flere innleggelses til tvungen undersøkelse i perioden første halvår 2001 til første halvår av 2002.

5.3 Spesialistens begrunnelse for tvungent psykisk helsevern

Som nevnt må, i tillegg til alvorlig psykisk lidelse, minst ett av tilleggskriteriene foreligge for at pasienten skal kunne innlegges til tvungent psykisk helsevern. I den neste tabellen viser vi hvilke kriterier som er anvendt ved tvungent psykisk helsevern i perioden 2001 til og med første halvdel av 2002.

Tabell 5.4 Tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Sykehusinnleggelser med vedtak om tvungent psykisk helsevern 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Absolutte tall og prosent.*

	1. halvår 2001		2. halvår 2001		1. halvår 2002	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Vilkår 1 Utsikt til helbredelse reduseres**	232	80	269	76	275	84
Vilkår 2 Fare for seg selv/andre***	17	6	11	3	10	3
Vilkår 1 samt vilkår 2	41	14	72	20	42	13
Totalt	290	100	352	100	327	100

*Se tabell 3.3, skraverte institusjoner utgjør utvalg i tabellen.

** For å hindre at pasienten får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at pasienten i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret.

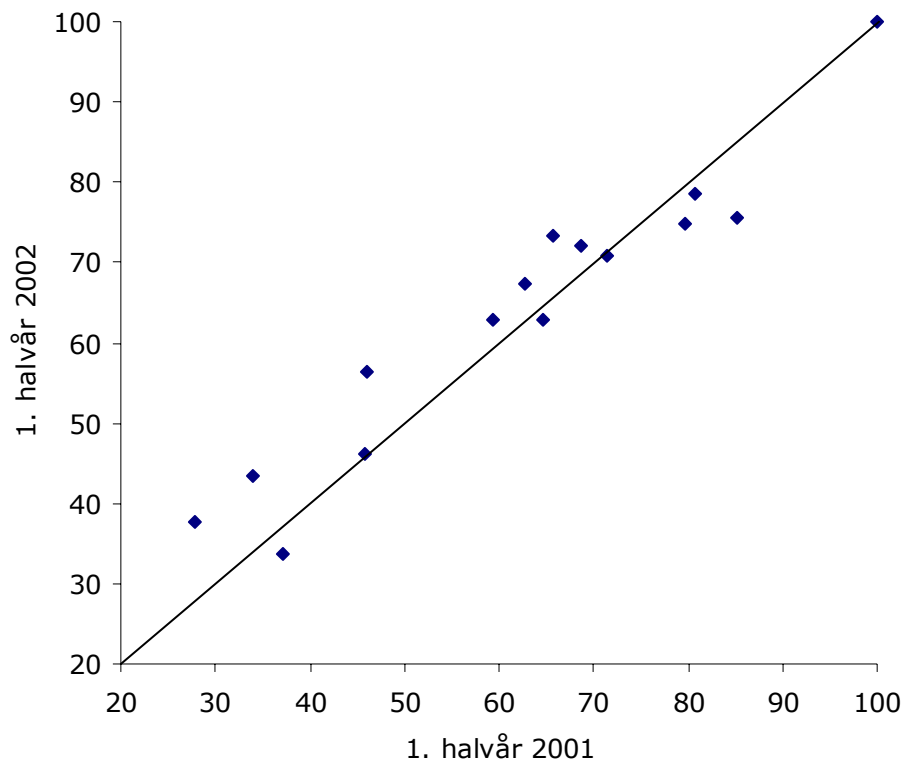
*** For å hindre at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.

I all hovedsak tilbakeholdes pasienter for at utsikt til helbredelse kan reduseres hvis vedkommende ikke blir lagt inn. Betydelig færre blir tvangsinnlagt med begrunnelse i at pasienten er til fare for seg selv eller andre. Andelen av tvangsinnleggelsene som kun er begrunnet med farekriteriet går ned fra seks prosent i første halvår 2001 til tre prosent i første halvår av 2002.

5.4 Fast nivå etter spesialistvedtak?

I perioden 2001 til og med første halvdel av 2002 var omfanget av tvang og frivillighet etter spesialistvedtaket var gjennomført, svært stabil (tabell 5.3). Vi skal nå se om nivået for de enkelte institusjonene endrer seg over tid. I figur 5.1 viser vi andelen av sykehusenes innleggelser som fikk formell status som frivillig innlagt i første halvdel av 2001, holdt opp mot samme andel for første halvår av 2002. I de to neste figurene viser vi hvor stor andel som fikk vedtak om tvungen undersøkelse (figur 5.2) og vedtak om tvungent psykisk helsevern (figur 5.3).

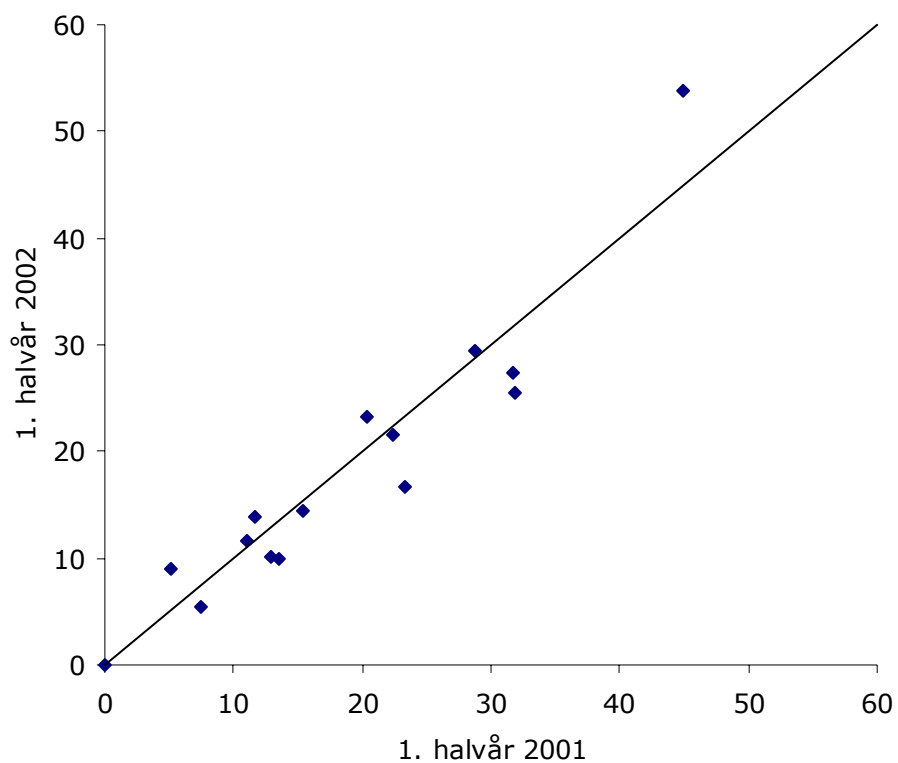
Vedtak om frivillig innleggelse



Figur 5.1 Frivillige innleggelse etter spesialistvedtak i 1.halvår 2001 og 1. halvår 2002. I prosent av antall innlagte i hvert halvår. Sykehus. Korrelasjonskoeffisient 0,96.

Innleggelsesprosessen i form av tvang og frivillighet er svært stabil for det tidsspennet som er vist i figuren. Det er svært høy korrelasjon i andelen frivillige innleggelse for første halvdel i 2001 og første halvdel av 2002.

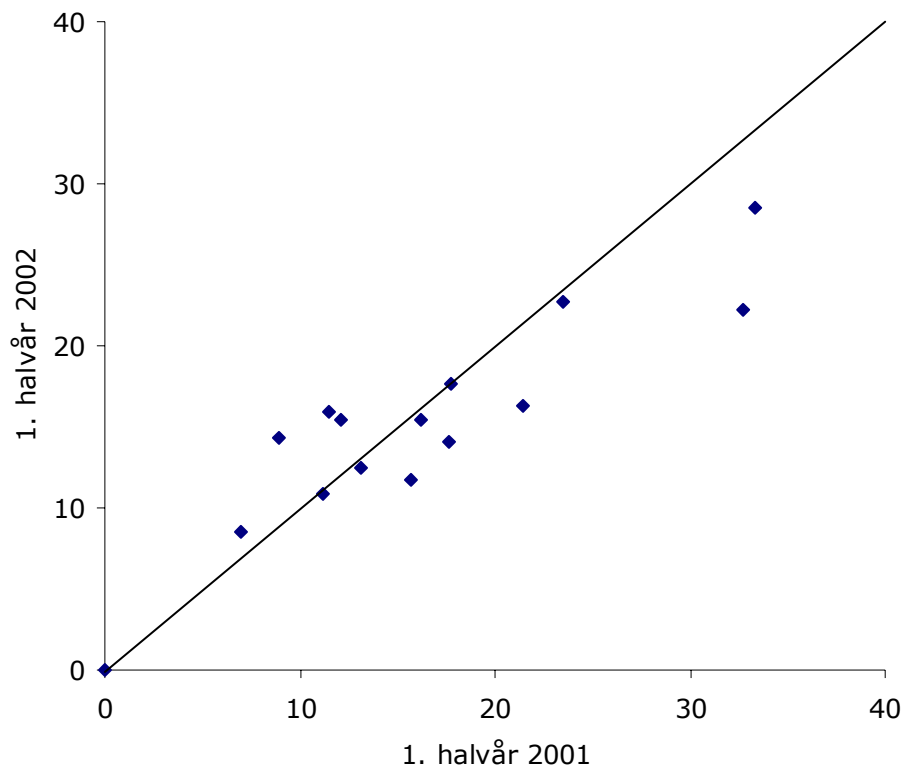
Vedtak om tvungen observasjon



Figur 5.2 Vedtak om tvungen undersøkelse med døgnopphold i 1.halvår 2001 og 1. halvår 2002. I prosent av antall innlagte i hvert halvår. Sykehus. Korrelasjonskoeffisient 0,95.

Innleggelse til tvungen undersøkelse er også svært stabil i undersøkelsesperioden – korrelasjonskoeffisient på 0,95. Ut fra de resultatene i denne figuren er det lite som tyder på at noen sykehus er i en utvikling i omfanget av tvungen observasjon.

Vedtak om tvungent psykisk helsevern



Figur 5.3 Vedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold 1.halvår 2001 og 1. halvår 2002. I prosent av antall innlagte i hvert halvår. Sykehus. Korrelasjonskoeffisient 0,91.

I figur 5.3 ser vi at andelen vedtak om tvungent psykisk helsevern også er svært stabil. I de fleste sykehusene er mellom ti og 20 prosent av innleggelsene under tvang. Spredningen i omfanget av tvungent psykisk helsevern er altså mindre enn spredningen i som innlegges til tvungen observasjon.

Litteratur

- Bjørngaard J.H., Hatling T, og Heggstad T. (2001). Tvangsinnleggelse. I Pedersen P.B. (ed), *Samdata psykisk helsevern rapport. Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner*. Rapport STF78 A015024, Sintef Unimed, Trondheim.
- Dahl A.A., Borge N. & Spydslaug A. (1985). Tvangsinnleggelse til observasjon. En studie av innleggelse etter § 3 i Lov om psykisk helsevern. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* **39**, 381-387.
- Edelsohn G.A. & Hiday V.H. (1990). Civil Commitment: A Range of Patient Attitudes. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* **18**, 65-77.
- Engberg M. (1997). Investigating compulsory care - experiences from a planned study at the Nordic level. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* **51**, 63-65.
- Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern 1. desember 2000.
- Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v. av 21 desember 2000, merknad til §4
- Gardner W., Lidz C.W., Hoge S.K., Monahan J., Eisenberg M.M., Bennett N.S., Mulvey E.P. & Roth L.H. (1999). Patients' Revisions of Their Beliefs About the Need for Hospitalization. *American Journal of Psychiatry* **156**, 1385-1391.
- Hagen H. (2001). Pasienter i psykisk helsevern for voksne. 1 november 1999. Rapport STF78 A015020, Sintef Unimed, Trondheim.
- Hagen H. (1998). Psykiatritjenesten for voksne på 1990-tallet. I Halsteinli V. (ed), *Samdata psykiatri rapport. Psykiatritjenesten på 90-tallet*. Rapport STF78 A98521, Sintef Unimed, Trondheim.
- Hagen K., Riedl T.R. and Østbøl R. (2002). *Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Hatling, T. Ådnanes, M. og Bjørngaard, J. H. (2002): Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001. Rapport STF78 A025017, SINTEF Unimed helsetjenesteforskning, Trondheim.
- Hoge S.K., Lidz C.W., Eisenberg M., Gardner W., Monahan J., Mulvey E., Roth L. & Bennett N. (1997). Perceptions of Coercion in the Admission of Voluntary and Involuntary Psychiatric Patients. *International Journal of Law and Psychiatry* **20**, 167-181.
- Høyer G. (1999). Clients' perceptions of coercion - a research perspective. In Morrissey J.P. and Monahan J. (Eds.), *Research in community and mental health. Coercion in mental health services - international perspectives*, Stamford: JAI Press.
- Høyer G., Kjellin L., Engberg M., Kaltiala-Heino R., Nilstun T., Sigurjonsdottir M. & Syse A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry* **25**, 93-108.

- Kjellin L., Westrin C.-G., Eriksson K., Axelsson-Östman M., Candefjord I.-L., Ekblom B., Machl M., Ängfors G. & Östman O. (1993). Coercion in Psychiatric Care: Problems of Medical Ethics in a Comprehensive Empirical Study. *Behavioral Sciences and the Law* **11**, 323-334.
- Lidz C.W. (1998). Coercion in Psychiatric Care: What Have We Learned from research? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* **26**, 631-637.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
- Lov om psykisk helsevern av 28. april nr. 2 1961.
- Luckstedt A. & Coursey R.D. (1995). Consumer Perceptions of Pressure and Force in Psychiatric Treatments. *Psychiatric Services* **46**, 146-152.
- Løvdahl H. og Hatling T. (1999). Voksenpsykiatri – Minste Basis Datasett. Brukerveiledning. Sintef Unimed Norsk pasientregister 2000. http://www.npr.no/Psykiatri/start_2000.htm
- Mathisen J.R. and Føyn P.A. (2002). *Rapport fra gjennombruddsprosjekt psykiatri*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Monahan J., Hoge S.K., Lidz C., Roth L.H., Bennett N., Gardner W. & Mulvey E. (1995). Coercion and Commitment: Understanding Involuntary Mental Hospital Admission. *International Journal of Law and Psychiatry* **18**, 249-263.
- Monahan J., Lidz C.W., Hoge S.K., Mulvey E.P., Eisenberg M.M., Roth L.H., Gardner W.P. and Bennett N. (1999). Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur Studies. In Morrissey J.P. and Monahan J. (Eds.), *Research in Community and Mental Health. Coercion in mental health services - international perspectives*, Stamford: JAI Press.
- Ot prp nr 11 (1998-99). Om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Statens helsetilsyn (2002). Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder. Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002, ledet av fylkeslege Petter Øgar. Statens helsetilsyn. Oslo.
- St meld 25 1996-97 Åpenhet og helhet.
- St. prp 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.
- Syse A. (1999). Coercion in psychiatry: an analytical overview. In Morrissey J. and Monahan J. (Eds.), *Coercion in mental health services - international perspectives*, Stamford: JAI Press.
- Way B.B., Allen M.H., Mumpower J.L., Steward T.R. & Banks S.M. (1998). Interrater agreement among psychiatrists in psychiatric emergency assessment. *American Journal of Psychiatry* **155**, 1423-1428.
- Westrin C.-G. & Nilstun T. (2000). Psychiatric ethics and health services research. Concepts and research strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **101**, 47-50.

VEDLEGG 1 – Grunnlagstabeller

Vedleggstabell 1 viser det antallet innleggelser hhv første halvår av 2001, andre halvår av 2001 og første halvår av 2002, fordelt på angitt henvisningsformalitet. I variabelbeskrivelsen som ligger i datasettet, er enten tvungen undersøkelse eller tvungen psykisk helsevern angitt som verdier for henvisningsformalitet for tvang. Dette betyr at det er uklarhet i om pasienten er henvist kun til tvungen undersøkelse, tvungen psykisk helsevern eller om begge disse er angitt i begjæringen. I vedleggstabell 1 er tallene referert slik de foreligger i datasettet. I analysene i rapporten er henvisning til tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern imidlertid slått sammen.

Vedleggstabell 2 viser antallet innleggelser fordelt på spesialistvedtak.

Både vedleggstabell 1 og 2 refererer til sykehus som har levert data.

Henvisningsformalitet

Vedleggstabell 1 Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. Sykehus 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Institusjoner

	Periode	Frivillig	Tvung. obs.	Tvung. psykisk helsev.	Annen lovhj	Lovhjem. ikke angitt
Helse Øst						
Sanderud sykehus	1. halvår 2001	0	0	0	0	518
	2. halvår 2001	0	0	0	0	541
	1. halvår 2002	0	0	0	0	566
Blakstad sykehus	1. halvår 2001	188	133	50	0	58
	2. halvår 2001	191	138	61	0	60
	1. halvår 2002	228	158	57	0	4
Oppland SH, avd Reinsvoll	1. halvår 2001	0	0	0	0	206
	2. halvår 2001	0	0	0	0	223
	1. halvår 2002	0	0	0	0	264
Oslo Hospital	1. halvår 2001	42	0	0	0	0
	2. halvår 2001	46	0	0	0	0
	1. halvår 2002	49	0	0	0	0
Aker sykehus	1. halvår 2001	40	84	63	2	188
	2. halvår 2001	1	133	77	0	192
	1. halvår 2002	1	135	56	0	210

	Periode	Frivillig	Tvung. obs.	Tvung. psykisk helsev.	Annen lovhj	Lovhjem. ikke angitt
Diakonhjemmet sykehus	1. halvår 2001	152	56	49	0	3
	2. halvår 2001	158	52	50	0	1
	1. halvår 2002	183	108	1	0	0
Ullevål sykehus	1. halvår 2001	265	159	117	2	35
	2. halvår 2001	280	145	132	4	92
	1. halvår 2002	159	90	69	0	4
Akershus Univ.sykehus	1. halvår 2001	158	63	62	0	3
	2. halvår 2001	164	92	61	0	6
	1. halvår 2002	153	79	56	0	5
Lien psykiatriske behandlingssenter	1. halvår 2001	9	0	1	0	11
	2. halvår 2001	11	0	3	0	12
	1. halvår 2002	1	0	0	0	0
Østfold SH	1. halvår 2001	239	307	109	7	44
	2. halvår 2001	236	359	76	8	45
	1. halvår 2002	257	435	94	2	24
Lovisenberg diakonale sykehus	1. halvår 2001	104	91	68	1	8
	2. halvår 2001	119	108	84	2	1
	1. halvår 2002	118	171	10	0	1
Oppland SH, avd Gjøvik	1. halvår 2001	0	0	0	0	198
	2. halvår 2001	0	0	0	0	209
	1. halvår 2002	0	0	0	0	237
Helse Sør						
Sykehuset Buskerud	1. halvår 2002	0	0	0	0	516
Sykehuset Telemark	1. halvår 2002	155	66	53	1	108
Aust-Agder sykehus	1. halvår 2001	209	19	28	1	38
	2. halvår 2001	251	35	43	1	24
	1. halvår 2002	210	95	0	3	40
Vest-Agder sykehus	1. halvår 2001	270	95	66	1	98
	2. halvår 2001	319	96	71	1	35
	1. halvår 2002	312	130	6	4	115

	Periode	Frivillig	Tvung. obs.	Tvung. psykisk helsev.	Annen lovhj	Lovhjem. ikke angitt
Vestfold SH	1. halvår 2001	303	70	62	2	0
	2. halvår 2001	348	71	74	1	0
	1. halvår 2002	353	71	64	0	0
Helse Vest						
Olaviken behandlingssenter	1. halvår 2001	0	0	0	0	33
	2. halvår 2001	0	0	0	0	34
	1. halvår 2002	1	0	27	0	7
Valen sjukehus	1. halvår 2001	53	15	36	0	13
	2. halvår 2001	48	11	31	0	12
	1. halvår 2002	58	9	23	0	10
Sandviken sykehus	1. halvår 2001	171	132	64	0	28
	2. halvår 2001	165	160	83	0	27
	1. halvår 2002	233	134	81	0	51
Psykiatrisk klinikk, Førde	1. halvår 2001	178	38	26	0	2
	2. halvår 2001	161	38	26	0	0
	1. halvår 2002	166	64	1	0	7
Sjukehuset i Haugesund	1. halvår 2001	155	36	18	0	31
	2. halvår 2001	172	48	41	0	28
Haukeland universitetssykehus	1. halvår 2001	103	100	104	0	41
	2. halvår 2001	109	120	97	0	43
	1. halvår 2002	126	101	100	0	26
Rogaland psykiatriske sjukehus	1. halvår 2001	338	124	60	4	354
	2. halvår 2001	340	94	54	2	341
	1. halvår 2002	327	134	53	1	283
Helse Midt-Norge						
Sør-Trøndelag Psyk Sykehus	1. halvår 2001	377	93	27	2	72
	2. halvår 2001	397	98	38	0	96
	1. halvår 2002	386	105	39	4	97
Ålesund sjukehus	1. halvår 2002	207	46	21	2	7

	Periode	Frivillig	Tvung. obs.	Tvung. psykisk helsev.	Annen lovhj	Lovhjem. ikke angitt
Helse Nord						
Psykiatrisk avd UNN	1. halvår 2001	270	75	64	0	174
	2. halvår 2001	318	65	61	1	205
	1. halvår 2002	0	458	108	0	79
Nordlandssykehuset	1. halvår 2001	252	112	63	0	9
	2. halvår 2001	277	104	98	0	2
	1. halvår 2002	0	0	0	0	474

Spesialistvedtak

Vedlegg 2 Antall innleggelser etter vedtak om innleggelsesformalitet. Sykehus 1. halvår 2001, 2. halvår 2001 og 1. halvår 2002. Institusjoner

	Periode	Frivillig	Frivillig kontrakt	Obs. u/døgn- opp	Obs. m/døgn- -opp	Tvang u/døgn- opp	Tvang m/døgn- opp	Annen lovhj	Lovhjem. ikke angitt
Helse Øst									
Sanderud sykehus	1. halvår 2001	0	0	0	0	0	0	0	518
	2. halvår 2001	0	0	0	0	0	0	0	541
	1. halvår 2002	0	0	0	0	0	0	0	566
Blakstad sykehus	1. halvår 2001	266	7	0	84	0	54	0	18
	2. halvår 2001	278	1	0	88	0	51	0	32
	1. halvår 2002	279	4	0	103	0	55	2	4
Oppland SH, avd Reinsvoll	1. halvår 2001	0	0	0	0	0	0	0	206
	2. halvår 2001	0	0	0	0	0	0	0	223
	1. halvår 2002	0	0	0	0	0	0	0	264
Oslo Hospital	1. halvår 2001	42	0	0	0	0	0	0	0
	2. halvår 2001	46	0	0	0	0	0	0	0
	1. halvår 2002	49	0	0	0	0	0	0	0
Aker sykehus	1. halvår 2001	185	1	0	108	0	0	0	83
	2. halvår 2001	187	0	0	149	0	0	0	67
	1. halvår 2002	215	0	0	113	0	0	1	73
Diakonhjemmet sykehus	1. halvår 2001	169	0	0	33	0	55	0	3
	2. halvår 2001	171	0	0	33	1	56	0	0
	1. halvår 2002	203	0	1	28	0	45	0	15
Ullevål sykehus	1. halvår 2001	316	0	1	119	3	94	0	45
	2. halvår 2001	337	0	0	110	0	108	2	96
	1. halvår 2002	192	0	3	66	0	43	2	16
Akershus Univ.sykehus	1. halvår 2001	158	0	57	11	0	60	0	0
	2. halvår 2001	168	0	75	21	0	58	0	1
	1. halvår 2002	155	4	60	18	0	56	0	0
Lien psykiatriske behandlingssenter	1. halvår 2001	9	0	0	0	0	1	0	11
	2. halvår 2001	11	0	0	1	0	2	0	12
	1. halvår 2002	1	0	0	0	0	0	0	0

	Periode	Frivillig	Frivillig kontrakt	Obs. u/døgn- opph	Obs. m/døgn- -opph	Tvang u/døgn- opph	Tvang m/døgn- opph	Annen lovhj	Lovhjem. ikke angitt
Østfold SH	1. halvår 2001	257	3	0	310	0	108	12	16
	2. halvår 2001	249	1	0	360	0	75	8	31
	1. halvår 2002	268	0	0	428	0	93	5	18
Lovisenberg diakonale sykehus	1. halvår 2001	121	5	0	76	0	62	0	8
	2. halvår 2001	148	6	0	73	0	87	0	0
	1. halvår 2002	138	4	0	88	1	68	0	1
Oppland SH, avd Gjøvik	1. halvår 2001	0	0	0	0	0	0	0	198
	2. halvår 2001	0	0	0	0	0	0	0	209
	1. halvår 2002	0	0	0	0	0	0	0	237
Helse Sør									
Sykehuset Buskerud	1. halvår 2002	0	0	0	0	0	0	0	516
Sykehuset Telemark	1. halvår 2002	166	12	0	46	1	35	0	123
Aust-Agder sykehus	1. halvår 2001	249	1	0	15	0	26	1	3
	2. halvår 2001	295	3	0	15	0	40	1	0
	1. halvår 2002	263	2	0	31	0	50	2	0
Vest-Agder sykehus	1. halvår 2001	297	13	2	48	2	70	0	98
	2. halvår 2001	364	8	0	47	0	72	0	31
	1. halvår 2002	345	2	1	56	1	74	0	88
Vestfold SH	1. halvår 2001	312	9	0	67	0	49	0	0
	2. halvår 2001	354	17	1	57	0	65	0	0
	1. halvår 2002	346	19	0	70	0	53	0	0
Helse Vest									
Olaviken behandlingssenter	1. halvår 2001	10	0	0	4	1	16	0	2
	2. halvår 2001	5	0	0	7	0	22	0	0
	1. halvår 2002	3	0	0	2	0	30	0	0
Valen sjukehus	1. halvår 2001	29	27	0	14	0	34	0	13
	2. halvår 2001	22	26	0	13	0	29	0	12
	1. halvår 2002	34	27	0	9	0	20	0	10
Sandviken sykehus	1. halvår 2001	169	15	1	117	0	65	0	28
	2. halvår 2001	172	7	0	145	0	84	0	27
	1. halvår 2002	253	2	0	114	0	79	0	51

	Periode	Frivillig	Frivillig kontrakt	Obs. u/døgn- opph	Obs. m/døgn- -opph	Tvang u/døgn- opph	Tvang m/døgn- opph	Annen lovhj	Lovhjem. ikke angitt
Psykiatrisk klinikk, Førde	1. halvår 2001	196	0	0	18	1	28	0	1
	2. halvår 2001	182	0	0	11	0	32	0	0
	1. halvår 2002	187	0	0	13	0	38	0	0
Sjukehuset i Haugesund	1. halvår 2001	167	2	1	27	1	16	0	26
	2. halvår 2001	182	8	1	33	0	40	0	25
Haukeland universitetssykehus	1. halvår 2001	105	2	1	98	0	103	0	39
	2. halvår 2001	123	5	0	104	0	96	1	40
	1. halvår 2002	143	2	0	90	0	94	0	24
Rogaland psykiatriske sjukehus	1. halvår 2001	340	7	0	118	0	61	0	354
	2. halvår 2001	335	3	0	98	0	54	0	341
	1. halvår 2002	322	5	0	135	0	53	0	283
Helse Midt-Norge									
Sør-Trøndelag Psyk Sykehus	1. halvår 2001	409	6	0	60	0	36	2	58
	2. halvår 2001	437	2	0	80	0	34	0	76
	1. halvår 2002	402	10	0	75	0	46	4	94
Ålesund sjukehus	1. halvår 2002	218	1	13	28	0	18	0	5
Helse Nord									
Psykiatrisk avd UNN	1. halvår 2001	321	10	0	119	0	62	0	71
	2. halvår 2001	385	6	0	98	0	63	0	98
	1. halvår 2002	381	4	0	94	0	87	0	79
Nordlandssykehuset	1. halvår 2001	277	0	0	99	0	48	0	12
	2. halvår 2001	309	1	0	91	0	79	0	1
	1. halvår 2002	0	0	0	0	0	0	0	474