

**SINTEF Helse**

Postadresse: 7465 Trondheim
Telefon: 73 59 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2002

FORFATTER(E)

Per Bernhard Pedersen, Trond Hatling
og Johan Håkon Bjørngaard

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd

RAPPORTNR. STF78 A045003	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Signe Bang	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03265-2	PROSJEKTNR. 785208	ANTALL SIDER OG BILAG 50 inkl vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE i:\psykisk helsearbeid\prosjekt\785208		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Johan Håkon Bjørngaard	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2004-03-01	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Torleif Ruud	

SAMMENDRAG

I det psykiske helsevernet er det lovmessig grunnlag for å yte behandling uten at pasienten gir sitt samtykke. I hovedsak skjer behandling under tvang på døgninstitusjoner. Det nye lovverket som trådte i kraft fra og med 2001, gir også rom for tvungen behandling utenfor institusjon. Denne rapporten tar for seg tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og tvangsbehandling med medikamenter utenfor institusjon.

Omlag seks prosent utskrivningene fra institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern hadde vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg. Utskrivninger til tvungent vern uten døgnopphold kjennetegnes av en større andel menn (56 prosent) enn de øvrige utskrivningene (46 prosent). Gruppen er mer utpreget "middelaldrende" enn de øvrige grupper, med tyngdepunkt i aldersgruppen 30-49 år. Det overveldende flertall av de registrerte har en schizofrenidiagnose (86 prosent), langt høyere enn for øvrige grupper.

Rapporten avdekker store mangler i pasientdata fra poliklinikkene, slik de er levert til Norsk Pasientregister. Faktisk er data fra poliklinikkene av en slik art at det ikke er forsvarlig med analyser av verken tvungent psykisk helsevern eller bruk av legemidler utenfor institusjon. Den helsepolitiske konsekvensen av dette er at man må sette fart på arbeidet med å få gode data på plass. Myndighetene bør i samarbeid med Norsk pasientregister og RHF-ene, utarbeide en framdriftsplan for hvordan og når registrering av tvang skal være på plass.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental health
EGENVALGTE	Tvungent psykisk helsevern uten døgn	Involuntary Outpatient Commitment

Forord

Denne rapporten er den første av to rapporter om tvungent psykisk helsevern **uten** døgnopphold i tilknytning til Opptreppingsplanen. Prosjektet inngår som en av tre komponenter i et større prosjekt ved SINTEF Helse om utviklingen i bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Prosjektet er en del av Norges forskningsråds evaluering av Opptreppingsplanen 1999-2006 (St. prp 63 1997-98).

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Problemstillinger	11
2 Lov- og litteraturgjennomgang	13
2.1 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	13
2.2 Behandling uten eget samtykke	14
2.3 Litteraturgjennomgang	15
3 Data og metode	17
3.1 Innledning	17
3.2 Registrering av formalitet ved utskriving fra døgninstitusjon.....	17
3.3 Registrering av formalitet ved innleggelse på poliklinikk.....	18
3.4 Registrering tvangsbehandling med medikamenter ved poliklinikk.....	20
3.5 Hva er årsaken til dårlige data?.....	20
4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved utskriving fra døgninstitusjoner	23
4.1 Omfang av tvang ved utskriving fra døgninstitusjoner	23
4.2 Kjennetegn ved pasienter utskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg	25
Litteratur.....	29

VEDLEGG 1 – Grunnlagstabeller	31
Vedlegg 1A – Institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnoophold som ikke har levert, eller som har levert ikke komplette pasientdata for døgnpasientene	33
VEDLEGG 1B – Registrering av utskrivningsformalitet ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnoophold	35
Vedlegg 1C – Institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern, som ikke har levert, eller som har levert mangelfulle pasientdata for poliklinikkene.....	39
VEDLEGG 1D – Registrering av innskrivningsformalitet og tvangsmedisinering ved poliklinikker godkjent for tvungent psykisk helsevern.....	42
VEDLEGG 2_Utdrag fra kapittel 4 fra Samdata Psykisk helsevern – Opptappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år. Sintef Unimed rapport 3/03 s57-60.	47

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Datagrunnlag for analyse av utskrivninger etter utskrivningsparagraf. Døgninstitusjoner for voksne2002.	18
Tabell 3.2	Behandlingsserier etter innskrivningsparagraf (spesialistvedtak). Serier med polikliniske refusjoner. Utvalg av institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold.	19
Tabell 4.1	Utskrivningsparagraf. Avsluttede døgnoophold i 2002. Utvalg av institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet	23
Tabell 4.2	Utskrivningsparagraf. Avsluttede døgnoophold i sykehus godkjent for tvang i 2002. Utvalg av sykehus med tilfredsstillende datakvalitet.	24
Tabell 4.3	Utskrivningsparagraf. Avsluttede døgnoophold i institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvang i 2002. Utvalg av institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvang med tilfredsstillende datakvalitet.....	25
Tabell 4.4	Kjønnfordeling etter utskrivnings- og innleggelsesvedtak. Døgnpasienter utskrevet fra døgninstitusjoner i 2002. Prosent.	25

Tabell 4.5	Aldersfordeling etter utskrivings- og innleggelsesvedtak. Døgnpasienter utskrevet fra døgninstitusjoner i 2002. Prosent.....	26
Tabell 4.6	Diagnosefordeling etter utskrivings- og innleggelsesvedtak. Døgnpasienter utskrevet fra døgninstitusjoner i 2002. Prosent.....	27

Sammendrag

I det psykiske helsevernet er det lovmessig grunnlag for å yte behandling, 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 hovedsak skjer behandling under tvang på døgninstitusjoner. Det nye lovverket som trådte i kraft fra og med 2001, gir også rom for tvungen behandling utenfor institusjon. Denne rapporten tar for seg tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og tvangsbehandling med medikamenter utenfor institusjon.

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.

Det foregår også en internasjonal diskusjon rundt bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Delvis er diskusjonen empirisk fundert, men det er også sterke innslag av ideologi. Det er ingen entydige konklusjoner i litteraturen, og det er behov for studier som kan vise effekten av slik behandling.

Om datagrunnlaget

Analysen bygger på data fra i det psykiske helsevernet for voksne. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold vil i all hovedsak skje ved poliklinikkene og i mindre grad som dagtilbud. De fleste vedtakene om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold vil skje i etterkant av et døgnopphold. Det vil si at pasienten er tvangsinnlagt ved en døgnenhet og behandlingen fortsetter ved en poliklinikk. Formalitet ved utskrivning er derfor et inntak til omfanget av tvangsbehandling utenfor institusjon. For de som går direkte inn til poliklinisk behandling under tvang, uten forutgående institusjonsbehandling er man derimot helt avhengige av gode data fra poliklinikkene for å analysere omfanget av slik behandling. Det samme gjelder for tvangsbehandling med legemidler utenfor institusjon. Gode pasientdata fra poliklinikkene er en forutsetning for å si noe om omfang og hvem det gjelder. Det stilles også særlige krav til reliabiliteten i data i denne sammenhengen, siden behandling under tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg vil utgjøre en svært liten andel av det totale polikliniske tilbudet.

Det har vært rettet mye oppmerksomhet mot påliteligheten av pasientdata, og komplettheten 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.

For omlag 64 prosent av utskrivningene fra institusjoner godkjent for tvang, har en data av en slik art at de kan benyttes til analyser. Det er altså mulig å gi et anslag for hvor mange som skrives fra et døgntilbud ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. En gjennomgang av data fra poliklinikker i første rekke, men også fra dagbehandlingstilbud, viser at det ikke er foreløpig ikke er forsvarlig å gjennomføre analyser med utgangspunkt i disse dataene. Tar man utgangspunkt i utskrivningene

fra døgninstitusjoner, var det i 2002 omlag 1600 til 1700 utskrivninger til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Pasientdata fra poliklinikkene fanger opp bare en brøkdel av disse. Det samme problemet har man for registrering av tvangsbehandling med legemidler. Det er oppgitt et så lavt antall tilfeller av tvangsbehandling av legemidler utenfor institusjon, at dette ikke kan anses som pålitelige opplysninger.

Utskrivninger fra døgninstitusjoner til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Av de knapt 1100 utskrivningene til tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg som er registrert i utvalget (tvungen observasjon ikke medregnet) var brorparten (900) fra sykehus. Gruppen kjennetegnes av en større andel menn (56 prosent) enn de øvrige utskrivningene (46 prosent). Andelen er også høyere enn andelen menn som ble innlagt til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (51 prosent). Gruppen er mer utpreget "middelaldrende" enn de øvrige grupper, med tyngdepunkt i aldersgruppen 30-49 år. For innleggelse under tvang er andelen under 30 år langt høyere. Det overveldende flertall av de registrerte har en schizofrenidiagnose (86 prosent), langt høyere enn for øvrige grupper.

Videre utfordringer

Denne rapporten viser at man trenger en klar bedring av pasientdata - særlig fra poliklinikkene – for å kunne si noe om omfang og når tvungent vern utenom institusjon etableres. Det er ulike årsaker til at data er så dårlige som de er. Vi vil her peke på noen mulige årsaker:

- Det kan synes som hovedfokus i de regionale helseforetakene (RHF-ene) har vært å få orden på økonomi, særlig i somatisk sektor. I somatikken vil data og registreringskvalitet direkte få betydning for økonomien gjennom innsatsstyrt finansiering. Registrering av aktivitet i det rammestyrte psykiske helsevernet kan derfor ha blitt vektlagt i mindre grad som følge av dette. Dette gjelder også RHF-enes ansvar for å legge trykk på de som leverer datasystemer for de pasientadministrative løsninger.
- I mange institusjoner er det i liten grad lagt vekt på at man skal kunne bruke pasientdata som lokalt styringsverktøy. Registrering i pasientdata har da blitt sett på som merarbeid med liten lokal nytte.
- Mange pasienter med psykiske lidelser har sammensatte problem som krever hjelp fra ulike institusjoner, avdelinger og omsorgsnivå i det psykiske helsevernet. Et behandlingsforløp kan derfor inneholde opphold på mange forskjellige steder i et helseforetak. Et vedtak på en akuttavdeling kan da for eksempel være gjeldende ved behandling videre på en poliklinikk. For at dette skal kunne koples sammen, må man ha et unikt pasientnummer for hvert av oppholdene. I dag er det bare ni av 32 helseforetak som har pasientadministrative data med unike pasientnumre internt i foretaket.

Den helsepolitiske konsekvensen av dette er at man må sette fart på arbeidet med å få gode data på plass. Myndighetene bør i samarbeid med Norsk pasientregister og RHF-ene utarbeide en framdriftsplan for hvordan registrering av tvang skal dekkes. De enkelte RHF-ene må ansvarliggjøres for når data skal være på plass. I kjølvannet av en lik prosess må også retningslinjene for registrering av tvangsopplysninger gjennomgås.

Godkjenning for å ta i mot pasienter til tvungent psykisk helsevern gis til institusjoner og ikke helseforetak. Det kan være grunn til å spørre om slik godkjenning også bør være betinget av tilfredsstillende kvalitetssikring, herunder tilfredsstillende registrering og rapportering av tvangsbruken. I vedlegg 1A-D i

denne rapporten er institusjonenes rapportering av tvungen psykisk helsevern uten døgnomsorg vist for hver enkelt institusjon.

1 Innledning

I det psykiske helsevernet er det rom for behandling uten at pasienten selv gir sitt samtykke (Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)). 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 *Opptrappingsplanen 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 er tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold for 2002, samt bruk av tvangsbehandling med legemidler utenfor institusjon.

1.1 Problemstillinger

Det er hittil gjort lite forskning på dette området i Norge. Dette henger sammen med at tvungent psykisk helsevern er relativt nytt i Norge med innføringen av det nye lovverket i fra og med 2001. I tillegg har det vært klare begrensninger i eksisterende data fra Norsk Pasientregister (NPR) vedrørende aktiviteten ved poliklinisk behandling.

Problemstillingene i denne rapporten er delt i tre:

1. En gjennomgang av lovverket med henblikk på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. I tillegg går vi kort i gjennom erfaringene fra noen internasjonale studier på dette feltet.
2. Begrensninger i pasientdata, slik de er levert fra institusjonene til NPR, er et stort problem. En viktig problemstilling er derfor å gjennomgå tilgjengelige data med tanke på graden av dokumentasjon av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, samt bruke av tvangsbehandling med legemidler utenfor institusjon. I dette kapitlet gjør vi en videre avklaring på hvilke institusjoner som har data av en slik art at de kan benyttes i videre analyser.
3. Den tredje problemstillingen er knyttet til analyse av data for utskrivninger fra døgninstitusjoner. Vi viser omfanget av tvang uten døgnomsorg ved utskrivning fra døgninstitusjoner. Lovverket gir mulighet til at man kan starte direkte på tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg, uten å gå veien om et forutgående døgnopphold. I realiteten er nok dette likevel den vanligste

måten et slikt behandlingsregime etableres. Vi ser da på hvor stor andel av utskrivingene som skjer til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette settes i sammenheng med

- type institusjon de skrives ut fra (sykehus eller DPS).
- hva som kjennetegner de som skrives ut til tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg (kjønn, alder, diagnose)

Gjennomgangen av kvaliteten på pasientdata er vist i kapittel 3 samt vedlegg 1A-D. Pasientdata er dessverre av en slik art at det ikke er forsvarlig med analyser av omfanget av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i poliklinikkene. Det samme gjelder for tvangsbehandling med legemidler utenfor institusjon.

2 Lov- og litteraturgjennomgang

Når det gjelder de generelle regler i forhold til tvungent psykisk helsevern, vises det til vedlegg 2 i denne rapporten. I inneværende kapittel vil vi gjennomgå lov og forskriftsverkets behandling når vernet/observasjonen skjer uten døgnopphold noe mer i dybden. Det vises her til *Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon* av 24. november 2000. Det er ingen tilsvarende forskrift når det gjelder observasjon.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold har de samme to hovedformene som tvungent psykisk helsevern med døgnopphold: tvungent psykisk helsevern og videre undersøkelse (observasjon). Det siste vil i resten av kapitlet bli benevnt observasjon. Det er et begrepsmessig problem at lovgiver anvender tvungent psykisk helsevern både som et metabegrep som omfatter begge hovedformene, og som et begrep for en av de to hovedformene (Husby 2003).

For begge de to formene vil det være to ulike veier fram mot selve vedtaket. Den ene vil være at et eksisterende vedtak om tvungent psykisk helsevern/observasjon med døgnopphold omgjøres til tvungent psykisk helsevern/observasjon uten døgnopphold, og at pasienten flytter til egen bolig og følges opp videre av døgninstitusjonen eller en dagenhet eller poliklinisk enhet. Den andre vil være at pasienten forut for vedtaket bor i egen bolig, og forblir boende i egen bolig etter vedtaket. I dette ligger en vurdering av hensiktsmessighet; er døgnopphold i institusjon nødvendig eller kan vernet/observasjonen administreres mens pasienten bor hjemme.

2.1 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Forut for vedtaket om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold skal det gjøres en helhetsvurdering av den faglig ansvarlige for vedtak. I denne helhetsvurdering skal det legges særlig vekt på pasientens ønske. I tillegg skal det være vurdert om det kan etableres et samarbeid med det lokale behandlingsapparatet som gjør det forsvarlig for pasienten å bo hjemme, samt tas hensyn til pasientens sykdom, bo- og familiesituasjon, sosiale situasjon, individuelle behov og pasientens pårørende og deres situasjon. Kravene til kjennskap til pasienten er forskjellig for de to veiene. Mens tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold fattet etter et institusjonsopphold krever at man har klargjort diagnosen og hva slags behandling som må anses nødvendig, presiseres det at dersom en velger tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold uten forutgående døgnopphold, må institusjonen kjenne pasienten, og det må ikke være tvil knyttet til pasientens symptomer, diagnose og behandling. Et vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold har en maksimal varighet på ett år.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan kun omfatte frammøte til dagbehandling eller poliklinisk behandling på institusjon, og kan ikke omfatte tvangsiltak på pasientens bosted. Frammøtet kan om nødvendig skje ved hjelp av tvang, og med bistand fra offentlig myndighet.

Det er i loven et krav om at institusjonen skal være godkjent for bruk av tvungent psykisk helsevern. De fleste sykehuslignende døgninstitusjonene har en generell

godkjenning for bruk av tvungent psykisk helsevern, men etter hvert har også flere av det en kan kalle distriktsbaserte døgntilbud fått en slik godkjenning. Noen institusjoner har en godkjenning begrenset til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Institusjonen skal sørge for at pasienten har en kontaktperson blant behandlerne, og at både pårørende og pasienten vet hvem de skal kontakte utenfor institusjonens åpningstid.

Ettersom det i innleggelsesbegjæringen ikke skilles mellom tvungent psykisk helsevern med og uten døgn, er det opp til institusjonen å fatte vedtak om overgang mellom de to omsorgsformene. Tilsvarende er det også opp til institusjonen å fatte vedtak om overføring fra en avdeling til en annen, eller fra en institusjon til en annen. Pasienten har i begge tilfeller klagerett, med oppsettende virkning.

Som nevnt er det ingen egen forskrift for observasjon uten døgnopphold. Det er grunn til å anta at lovgiver mener at observasjon uten døgnopphold vil bli anvendt i liten grad, ettersom det i følge merknadene til §3-8 i psykisk helsevernloven:

"i de fleste tilfeller(vil) være nødvendig at videre undersøkelse skjer ved døgnopphold i institusjon."

Observasjonen kan skje uten døgnopphold *"dersom dette er tilstrekkelig for en kartlegging av vedkommendes sinnstilstand på en adekvat måte."*

2.2 Behandling uten eget samtykke

Behandling uten eget samtykke forutsetter at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern (Psykisk helsevernlovens §4.4). Det er ikke tillatt å behandle en pasient uten eget samtykke mens vedkommende er under observasjon, og heller ikke når vedkommende er på kontrakt i henhold til psykisk helsevernlovens §2.2. Det skilles i loven og forskriften i svært liten grad mellom tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold når det gjelder behandling uten eget samtykke.

Frivillig behandling forutsetter betydelig samtykkekompetanse fra pasientens side. I merknadene til forskriften heter det at *for at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten må ha forstått hva hun eller han samtykker til – om formål, metoder, ventede fordeler og mulige ulemper/bivirkninger i forbindelse med behandlingen.*

I forskriftens §7 poengteres det at behandling uten eget samtykke må være *"klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis."* Av konkrete behandlingsformer, ut over legemidler, nevnes samtalerterapi, arbeidsterapi og miljøterapi. Selv om pasienten er uenig i behovet for behandling, skal pasienten likevel gis så stor innflytelse over utformingen av behandlingen som mulig. Et eksempel på dette vil da være type antipsykotika (Husby 2003).

Mens vedtaket for legemidler har en varighet på maksimalt tre måneder, har vedtaket for de øvrige behandlingsformene en maksimal varighet på tre uker. Behandling etter dette må enten skje frivillig, eller forutsetter nytt vedtak. Det er ikke nødvendig at slik legemiddelbehandling faktisk utføres av institusjonen. Dersom pasienten ønsker det kan gjennomføringen avtales overlatt til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet. Dette forutsetter i tillegg forsvarlig tilsyn og veiledning fra den ansvarlige institusjonen, men verken forskriften eller merknadene presiserer innholdet i disse to begrepene nærmere.

Når det gjelder vedtak om tvangsbehandling med legemidler, er det et generelt krav til en undersøkelsestid på tre dager forut for vedtaket, men dette kan fravikes om pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade eller gjennom tidligere be-

handlingsopphold er godt kjent av institusjonen. Ved vedtak om behandling med legemidler stilles det ekstra krav til kjennskap til pasienten hvis undersøkelsen forut for vedtaket skjer uten døgnopphold (Forskriftenes §5). Det er et absolutt krav at faglig ansvarlig for vedtaket har undersøkt pasienten de siste 48 timer før vedtaket.

En interessant klinisk kunnskapsutfordring ligger i vilkåret for behandling uten eget samtykke. I forskriftens §4 heter det at slik behandling *"bare kan igangsettes og gjennomføres når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen"*. For det første ligger kunnskapsutfordringen hos den enkelte kliniker, er kunnskapstilfanget godt nok til å kunne predikere behandlingsforløp med en slik sikkerhet som lovgiver her krever? For det andre ligger kunnskapsutfordringen hos tilsynsmyndigheten; hvilke oppfølgingsrutiner har man for å avgjøre om dette følges?

Pasienten har klagerett i forhold til vedtak om tvangsbehandling. I forhold til tvangsbehandling med legemidler har klage innen 48 timer oppsettende virkning, men ikke hvis pasienten ved utsettelse vil lide alvorlig helseskade.

2.3 Litteraturgjennomgang

Det foregår også en større internasjonal diskusjon rundt bruken av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Delvis er diskusjonen empirisk fundert, men det er også sterke innslag av ideologi. I denne delen vil vi gjengi de viktigste standpunktene som reises både for og imot tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og gjengi resultater fra en del empiriske studier om temaet. Redegjørelsen vil ikke gi noen klar konklusjon. Som Swartz & Monahan (2001) hevder i en introduksjon til en artikkelserie om temaet i *Psychiatric Services* i 2001: *"Foreslått som et mindre restriktivt alternativ til tvangsinnleggelse, har tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold samlet en hær av tilhengere og kritikere, på tross av en relativ knapphet på empirisk støtte for dets risikoer og gevinster"* (vår oversettelse). De avslutter med at *"Vi tviler på at tilhengere og motstandere vil komme ut av denne samlingen av standpunkt med konsensus."*

Swartz *et al.* (1995) hevder på basis av en større litteraturstudie at tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg gir begrenset, men forbedret resultat når det gjelder rehospitaliseringsrater og lengde på sykehusopphold. Variasjon i oppfølgingen lokalt og i pasientpopulasjonene som er inkludert, er så stor mellom studiene at det er vanskelig å tolke andre former for resultat. De etterlyser derfor randomiserte forsøk for å finne ut hvor effektiv denne intervensjonsformen er.

I USA har om lag 40 stater lover som tillater en slik praksis (Allen & Smith 2001). Forfatterne framfører fem grunner til hvorfor denne tvangsformen ikke bør være offentlig politikk. For det første mener de at det er utilstrekkelig empirisk støtte for at det effektivt øker offentlig sikkerhet, viljen til å følge opp behandling eller reduserer rehospitalisering. Et eksempel på dette er (Steadman *et al.* 2001), hvor en ikke finner forskjeller mellom en gruppe med styrket tilbud og en gruppe med tvangsvedtak. Mange andre studier som siteres som støtte for positive forskjeller er i følge Allan og Smith beheftet med betydelige metodiske problemer. De mener for det andre at disse målene kan oppnås ved i stedet å tilby utvidede og koordinerte tjenester, (jf Steadman *et al.* 2001). For det tredje er de bekymret for at denne typen tjenester drar begrensede ressurser bort fra brukergrupper som kan nyttiggjøre seg frivillige tilbud og fra tilbud som har vist seg å være suksessrike. For det fjerde medfører tvangen at det fiendtliggjør potensielle brukere i forhold til det psykiske helsevernet. Til slutt mener de at måten tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er blitt praktisert på i USA kan krenke pasientenes lovmessige rett til å kontrollere sin egen behandling.

Torrey & Zdanowicz (2001) hevder på sin side at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er en form for hjelp til behandling for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, hovedsakelig begrunnet i at en del pasienter ikke har tilstrekkelig bevissthet om sin egen sykdom. De siterer flere amerikanske studier som har vist at tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er svært effektivt når det gjelder å forbedre pasientens vilje til å følge opp behandling med legemidler (Hiday & Scheid-Cook 1987; Munetz, Grande & Kleist 1996; Rohland 1998; Van Putten, Santiago & Berren 1988). De viser videre til amerikanske studier som finner at den økte behandlingsoppfølgingen igjen medfører redusert reinnleggelse til sykehus med mellom 50 og 80 prosent (Rohland 1998; Munetz, Grande & Kleist 1996; Fernandez & Nygard 1990; Zanni & deVeau 1986). Disse argumentene støttes av en brukerundersøkelse blant mennesker med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser (Borum *et al.* 1999). Torrey & Zdanowicz (2001) siterer også en relativt ny kontrollert studie av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold som finner det samme, men det må i så fall være en viss lengde over "vedtaket" og tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold må kombineres med tilgjengelige og adekvate polikliniske tjenester (Swartz, Swanson & Wagner 2001).

I henhold til Miller (1999) er det også i USA i det siste åpnet mulighet for å vedta tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg med tvungen behandling uten forutgående døgnomsorg, men så langt eksisterer det mer i teori enn i praksis.

Miller (1999) viser til at en av de største utfordringene i USA for å få denne omsorgsformen til å virke er førstelinjetjenestens skepsis mot å delta i oppfølgingen og behandlingen. Han foreslår derfor at førstelinjen må involveres mer i behandlingsplanleggingen før utskrivning, en direkte parallell til argumentene bak individuell plan i nyere norsk helse- og sosiallovgivning.

3 Data og metode

3.1 Innledning

Analysen bygger på pasientdata som ble gjort obligatoriske for spesialisttjenesten for psykisk helsevern i 2000, slik de er levert av institusjonene til Norsk Pasientregister (NPR). 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 tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg 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 NPR, til mangelfull utfylling av de opplysningene som datasettet krever.

3.2 Registrering av formalitet ved utskrivning fra døgninstitusjon

I følge SAMDATA psykisk helsevern var det i 2002 37208 avsluttede døgnopphold ved institusjoner for voksne i det psykiske helsevernet (Sitter 2003). Beregningen i SAMDATA tar utgangspunkt i de individbaserte oppgavene innsendt til Norsk Pasientregister. For enkelte institusjoner mangler en imidlertid individbaserte data, eller innsendte data har vist seg ufullstendige når det gjelder antall ved kontroll mot institusjonenes summariske oppgaver innsendt til Statistisk sentralbyrå. I disse tilfellene benyttes derfor i stedet oppgavene til SSB.

Av de totalt 37208 utskrivningene var 28947 ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Av disse var 3910 utskrivninger (14 prosent) fra institusjoner der en mangler pasientdata, eller der pasientdata ble vurdert som ikke komplette. Ved disse institusjonene fant en også gjennomgående en høy andel mangelfullt utfylte opplysninger om utskrivningsparagraf (52 prosent). Utskrivninger fra disse institusjonene ble derfor holdt utenfor den videre analysen. Vi sitter da igjen med pasientdata for 25037 utskrivninger, tilsvarende 86 prosent av utskrivningene fra institusjonene godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Institusjoner med manglende eller mangelfulle data er listet opp i Vedlegg 1A. Disse vil bli holdt utenfor den videre analysen.

I pasientdata fra de gjenværende institusjonene mangler en opplysninger om utskrivningsparagraf for 3136 utskrivninger, eller 10 prosent. Nedenfor vil disse 2549 utskrivningene bli gjennomgått. I kapittel 4, der kjennetegn ved pasienter utskrevet til tvungen omsorg uten døgn blir analysert, har vi valgt å utelate utskrivninger fra institusjoner med over 20 prosent manglende opplysninger om ut-

skrivningsparagraf. I denne analysen utgjør beregningsgrunnlaget 18946 utskrivninger (65 prosent av oppholdene totalt), hvorav 498 utskrivninger mangler opplysninger om utskrivningsparagraf (tre prosent av de gjenværende utskrivningene). Analysefilen utgjør dermed netto 18448 utskrivninger, tilsvarende 64 prosent av utskrivningene totalt.

I vedlegg 1B har vi listet opp institusjonene som inngår i datagrunnlaget. Her vil en også kunne se hvilke institusjoner som er/ikke er tatt med i analysen av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ut fra andel manglende utskrivningsparagraf (>20 prosent).

Diskusjonen så langt er oppsummert i tabell 3.1.

Tabell 3.1 Datagrunnlag for analyse av utskrivninger etter utskrivningsparagraf. Døgninstitusjoner for voksne2002.

	SAMDATA		Pasientdata	
	Ut-skrivninger	Prosent av totalen for godkjente institusjoner	Ut-skrivninger	Prosent av totalen for godkjente institusjoner
Utskrivninger totalt	37 208		34 577	
Utskrivninger fra institusjoner ikke godkjent for psykisk helsevern med døgnopphold	8 261		7 044	
Utskrivninger fra institusjoner godkjent for psykisk helsevern med døgnopphold	28 947	100	27 533	95
Utskrivninger fra institusjoner som mangler pasientdata, eller der pasientdata er mangelfulle (se Vedlegg A)	3 910	14	2 496	9
Utskrivninger fra institusjoner med akseptable pasientdata (se Vedlegg B)	25 037	86	25 037	86
Utskrivninger fra institusjoner med høy andel manglende opplysninger om utskrivningsparagraf	6 091	21	6 091	21
Utskrivninger fra institusjoner med lav andel manglende opplysninger om utskrivningsparagraf	18 946	65	18 946	65
Herav manglende utskrivningsparagraf	498	2	498	2
Netto analysefil (kap4.)	18 448	64	18 448	64

3.3 Registrering av formalitet ved innleggelse på poliklinikk

Det ble i 2002 utført 615.392 polikliniske konsultasjoner med refusjon ved de poliklinikkene for voksne. Av dette var 38555 konsultasjoner ved institusjoner og poliklinikker som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern. Disse vil bli holdt utenfor analysen. Det gjenstår da 576.837 konsultasjoner ved institusjoner og poliklinikker godkjent for bruk av tvang.

I NPR-data er det for 2002 registrert i alt 413.699 konsultasjoner med refusjon fra trygden ved poliklinikker godkjent for tvungent psykisk helsevern. For en del poliklinikkens vedkommende er det imidlertid betydelige avvik (> +/- 20 prosent)

mellom antall refusjonsberettigede konsultasjoner innrapportert til Statistisk sentralbyrå, og antall konsultasjoner i datasettet. En er derfor usikker på datas kompletthet. Dette omfatter (i følge NPR-data) 103.964 refusjonsberettigede konsultasjoner. Data fra disse institusjonene vil også bli holdt utenfor analysen. Det foreligger dermed pasientdata for 309.735 konsultasjoner, eller 54 prosent av de refusjonsberettigede konsultasjonene ved poliklinikker godkjent for tvungent psykisk helsevern.

I NPR-data er disse 309.735 konsultasjonene registrert i form av 43847 polikliniske behandlingsserier. Med dette menes en sammenhengende periode under utredning, behandling og/eller rehabilitering ved samme kliniske enhet og med samme omsorgsnivå. Samme person kan likevel ha flere polikliniske behandlingsserier i løpet av et år. En har i tillegg registrert 7875 behandlingsserier der det ikke er registrert refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner i løpet av året.

Tabell 3.2 viser fordelingen av de 43847 behandlingsseriene etter innskrivingsparagraf.

Tabell 3.2 Behandlingsserier etter innskrivingsparagraf (spesialistvedtak). Serier med polikliniske refusjoner. Utvalg av institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

	Serier	Prosent
Frivillig	33 829	98
Kontrakt	25	0
Tvungen observasjon uten døgnopphold (jf §3-8 jf §3-6)	10	0
Tvungen observasjon med døgnopphold (jf §3-8 jf §3-6)	15	0
Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (jf §3-8 jf §3-1)	58	0
Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (jf §3-8 jf §3-1)	7	0
Dømt til tvungent psykisk helsevern	7	0
Sosialtjenesteloven	15	0
Annen lov/hjemmel	588	2
Behandlingsserier med innskrivingsparagraf	34 554	100
Behandlingsserier uten innskrivingsvedtak	9 293	21
Behandlingsserier totalt	43 847	100

Vi kan merke oss at en fortsatt mangler innskrivingsparagraf for 21 prosent av behandlingsseriene. Andelen er imidlertid nedadgående (andelen var 57 prosent for serier påbegynt i år 2000 eller tidligere, 18 prosent for serier påbegynt i år 2001 og 16 prosent for serier påbegynt i 2002).

Et langt større problem er imidlertid det lave antallet registrerte behandlingsserier innskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Bare 58 slike serier er registrert i materialet. Selv om vi justerer tallet for manglende registrering av innskrivingsparagraf og for manglende pasientdata, blir antallet likevel godt under 200. Som vi skal komme tilbake til i kapittel 4, var det i 2002 registrert nær 1100 avsluttede døgnopphold der pasientene ble overført til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. Justert for manglende eller mangelfulle pasientdata tilsvarer dette omlag 1600 til 1700 overføringer. Pasientdata for poliklinikkene fanger med andre ord bare opp en brøkdel av disse.

Det er flere mulige årsaker til dette resultatet:

- Det store flertallet av polikliniske pasienter er frivillig innlagt. Dette kan ha ledet til at "frivillig innskrevet" registreres som standardverdi når ikke annen paragraf er uttrykkelig angitt. I vedlegg D har vi institusjonsvis ført opp andel frivillige innleggelser ved poliklinikker godkjent for tvang. Vi har også ført opp antall og andel innleggelser uten registrert innskrivningsparagraf. Hvis 100 prosent av innleggelsene er frivillig, kan, men trenger ikke dette indikere at "frivillig innskrevet" brukes som standardverdi i registrene.
- Pasientene overføres til primærhelsetjenesten og registreres ikke i poliklinikkens pasientadministrative systemer, på tross av at de er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Registrering i det pasientadministrative systemet blir eventuelt først foretatt når det blir aktuelt å utøve bruk av tvang.
- Problemer knyttet til overføringer mellom omsorgsnivå og avdelinger. En gjennomgang av datagrunnlaget viser at 81 prosent av innskrivningene fra annen avdeling ved samme institusjon/annet overlegeavsnitt ved samme institusjon/endret omsorgsnivå, samme avsnitt manglet innskrivningsparagraf. Dette utgjør alene 2100 innskrivninger. Samtidig vil dette være det "typiske" mønsteret for tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg, pasienten vil først være innlagt ved en døgninstitusjon, for siden å bli overført til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, tilsvarende det tidligere tvungne ettervernet. Registreringen av innleggelsesformalitet blir med andre ord særlig lav for den gruppen der vi særlig finner innskrivninger til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. I vedlegg 1D har vi institusjonsvis listet opp andel og antall interne overføringer til poliklinikkene, der innleggelsesformalitet ikke er registrert.

3.4 Registrering tvangsbehandling med medikamenter ved poliklinikk

Opplysninger om tvangsmedisinering mangler helt for 60 prosent av de i alt 43847 behandlingsseriene. Blant de gjenværende 17544 behandlingsseriene er det kun registrert 15 serier med vedtak om tvangsmedisinering. I vedlegg 1D har vi institusjonsvis listet opp andel og antall serier der opplysninger om tvangsmedisinering helt mangler.

3.5 Hva er årsaken til dårlige data?

I Sosial og helsedirektoratets statusrapport for opptrappingsplanen slås det fast at registreringen av tvangsbruk er mangelfull (SHdir 2003) statistikk kan i følge statusrapporten både vise utviklingen over tid, men også bidra til å identifisere områder der det er grunnlag for å redusere tvangsbruken. I Sosial og helsedirektoratets forslag til tiltak for opptrappingsplanen (2003-2006) heter det at det "*i den gjenværende delen av Opptrappingsplanen er (det) viktig framover å få fram pålitelig og nyansert statistikk om tvangsbruken, som et grunnlag for en handlingsplan for redusert tvangsbruk og kvalitetssikring av nødvendig tvangsbruk.*" (s. 19).

Det er flere grunner til at data er mangelfulle. For det første har det for enkelte institusjoner tatt svært lang tid å få på plass pasientadministrative løsninger. I tillegg har det vært til dels mangelfull oppfølging fra de regionale helseforetakene (RHF) på de statlige styringssignalene som har kommet. En antagelse kan her knyttes til finansieringssystemene. Det er grunn til å tro at RHF-ene har vært mer opptatt av å registrere data som omhandler innsatsstyrt finansiering i somatisk sektor, enn hva som omfatter det rammefinansierte psykiske helsevernet.

En annen side omhandler sider ved pasientflyten i det psykiske helsevernet. Spesialisthelsetjenesten består av et konglomerat av ulike foretak, institusjoner, avdelinger og poster. I tillegg skjer behandlingen på ulike omsorgsnivå, slik som poliklinikk, dagbehandling og behandling på døgninstitusjon. Siden psykiske lidelser ofte er sammensatte og trenger hjelp med ulike innfallsvinkler, vil samme pasient ofte være innom flere enheter i samme behandlingssekvens. Dette får stor betydning for hvordan vi kan analysere de data som kommer inn. Det er i henhold til lovverket ikke anledning til å ha personidentifiserbare opplysninger heftet ved de pasientdata som kommer til NPR. Det er imidlertid anledning til å ha et unikt pasientnummer fra de enkelte institusjonene, slik at flere sammenhengende avdelingsopphold kan koples sammen til ett opphold. Institusjonene – slik de rapporteres for eksempel i Samdatastatistikken – leverer data med unike pasientnummer. Det er imidlertid sjeldnere at man har mulighet til å ha unike pasientnummer i samme foretak (i 2003 var det ni foretak som leverte data med samme unike pasientnumre på tvers av institusjoner og omsorgsnivå). Som en konsekvens av dette er indikatorer som oppholdstider og utskrivinger knyttet til institusjonsopphold. Hvis pasienten overføres fra en institusjon til en annen i foretaket – for eksempel fra sykehus til DPS – så telles dette som to opphold.

Samdata psykisk helsevern rapporterte fra 145 institusjoner i 2002. Hensikten med institusjonsinndelingen i Samdata har blant annet vært å kunne skille mellom institusjonstyper – så som sykehus, DPS og sykehjem – i tillegg til å kunne gi opplysninger på et så lavt nivå som mulig. Antallet enheter som organisatorisk henger sammen er imidlertid betydelig lavere. Det var for eksempel 32 helseforetak i 2002 i det psykiske helsevernet 2002.

For enkelte indikatorer er hvordan man organiserer i antall enheter viktig. Dette henger sammen med at pasientene ikke mottar bare behandling ved en enkelt institusjon eller avdeling. Tvert i mot så har mange kroniske lidelser som krever hjelp fra ulike hold.

Hvordan blir rapportering av tvang berørt av dette? Hvis pasienten legges inn med tvang på akuttavdelingen og overføres til en DPS-avdeling som er godkjent for tvang, trenger man ikke nytt vedtak ved overføringen. Dette betyr at vedtaket ved innleggelse til akuttavdelingen også gjelder for innleggelsen på DPSen. Vi ser i våre data at omfanget av manglende data for lovformalitet henger nøye sammen med om det er en overføring eller ikke. Dette betyr at man ikke har registrert inntaksopplysninger ved overføringer, rett og slett fordi det ikke har skjedd nytt vedtak.

En måte å angripe dette problemet på er å se hele oppholdet under ett, det vil si slå sammen alle opphold under samme behandlingssekvens til ett helseforetakopphold. Dette er hele ikke helt enkelt. For det første er tvangsinnleggelser kun lovlig for institusjoner som er godkjent for dette formålet. Godkjenningen er da gitt til institusjoner og ikke helseforetak. Samtidig er de ulike Helseforetakenes pasientadministrative løsninger og rutiner for registrering av data, ikke kommet så langt i dag at det er mulig å lage en nasjonal fil med helseforetaksopphold som enhet.

4 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved utskriving fra døgninstitusjoner

Som det framgikk av drøftingen i kapittel 2, kan tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold etableres uten et forutgående institusjonsopphold. Kravene vil da være store til god kjennskap til pasientens diagnose og symptomer, samt behov for behandling. Etter et institusjonsopphold vil kunnskapstilfanget om pasienten være større, slik at etablering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan legitimeres bedre. Dette gjør det sannsynlig at de fleste innleggelsene til tvungent psykisk helsevern skjer etter et forutgående døgnopphold.

I dette kapitlet viser vi hvor stor andel av utskrivningene fra døgninstitusjoner som går til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Deretter viser vi hvilke pasienter som utskrives til slikt vern. Vi ser da på kjennetegn som pasientens kjønn og alder, samt diagnose.

Beregningene i dette kapitlet bygger på data fra et utvalg av institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet. Vi viser til avsnitt 3.2 ovenfor.

4.1 Omfang av tvang ved utskriving fra døgninstitusjoner

Tabell 4.1 viser fordelingen av utskrivninger fra døgninstitusjoner for voksne etter utskrivningsparagraf for utvalget. Tabell 4.2 og 4.3 viser den tilsvarende fordelingen for hhv sykehus og for andre institusjoner.

Tabell 4.1 Utskrivningsparagraf. Avsluttede døgnopphold i 2002. Utvalg av institusjoner med tilfredsstillende datakvalitet

	Utskrivninger	Prosent
Frivillig	17 009	92
Kontrakt	46	0
Tvungen observasjon uten døgnopphold	54	0
Tvungen observasjon med døgnopphold	55	0
Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	1 075	6
Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold	184	1
Dømt til tvungent psykisk helsevern	3	0
Barnevernloven	2	0
Sosialtjenesteloven	0	0
Annen lovhjemmel	20	0
Gyldig antall	18 448	100
mangler	498	3
Antall totalt	18 946	100

Innenfor utvalget ble i alt 1075 døgnopphold avsluttet med overføring til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dette tilsvarer fem prosent av alle utskrivningene. Utvalget omfatter 64 prosent av utskrivningene fra institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i 2002. Andre forhold holdt konstant, kan antall overføringer fra døgnopphold til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold dermed anslås til mellom 1600 og 1700.

Vi kan ellers merke oss at de fleste utskrivningene til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (900 av 1100) var ved sykehusene.

Tabell 4.2 Utskrivningsparagraf. Avsluttede døgnopphold i sykehus godkjent for tvang i 2002. Utvalg av sykehus med tilfredsstillende datakvalitet.

	Utskrivninger	Prosent
Frivillig	13 561	92
Kontrakt	43	0
Tvungen observasjon uten døgnopphold	33	0
Tvungen observasjon med døgnopphold	36	0
Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	906	6
Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold	117	1
Dømt til tvungent psykisk helsevern	1	0
Barnevernloven	2	0
Sosialtjenesteloven	0	0
Annen lovhjemmel	19	0
Gyldig antall	14 718	100
mangler	449	3
Antall totalt	15 167	100

Tabell 4.3 Utskrivningsparagraf. Avsluttede døgnopphold i institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvang i 2002. Utvalg av institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvang med tilfredsstillende datakvalitet.

	Utskrivninger	Prosent
Frivillig	3 448	92
Kontrakt	3	0
Tvungen observasjon uten døgnopphold	21	1
Tvungen observasjon med døgnopphold	19	1
Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	169	5
Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold	67	2
Dømt til tvungent psykisk helsevern	2	0
Barnevernloven	0	0
Sosialtjenesteloven	0	0
Annen lovhjemmel	1	0
Gyldig Antall	3 730	100
Mangler	49	1
Antall totalt	3 779	100

4.2 Kjennetegn ved pasienter utskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg

Vi vil nedenfor presentere noen kjennetegn ved de som skrives ut til tvungent helsevern uten døgnopphold (observasjon ikke medregnet). Resultatene for denne gruppen vil bli sammenlignet med de som skrives ut med annen utskrivningsparagraf, og med tilsvarende kjennetegn etter innleggelsesparagraf (tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, observasjon ikke medregnet, kontra øvrige innleggelsesparagrafer) for det samme utvalget.

Vi mangler opplysninger om utskrivningsstatus for 498 utskrivninger spesialistvedtaket for 3973 innleggelser i utvalget.

Tabell 4.4 viser fordelingen etter kjønn.

Tabell 4.4 Kjønnfordeling etter utskrivnings- og innleggelsesvedtak. Døgnpasienter utskrevet fra døgninstitusjoner i 2002. Prosent.

Kjønn	Utskrivningsvedtak		Innleggelsesvedtak	
	Tvungent	Øvrige	Tvungent	Øvrige
Menn	56	46	51	46
Kvinner	44	54	49	54
Totalt	100	100	100	100
Antall	1 075	17 373	2 787	12 186

Det er en langt høyere andel (hele 56 prosent) menn blant døgnpasienter utskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold enn blant øvrige pasienter utskrevet fra døgnopphold (46 prosent). Også i forhold til innleggelses til psykisk helsevern med døgnopphold er andelen menn høyere.

Tabell 4.5 viser de tilsvarende fordelingene etter alder.

Tabell 4.5 Aldersfordeling etter utskrivings- og innleggelsesvedtak. Døgnpasienter utskrevet fra døgninstitusjoner i 2002. Prosent.

Alder	Utskrivingsvedtak		Innleggelsesvedtak	
	Tvungent	Øvrige	Tvungent	Øvrige
Under 18 år	0	1	2	1
18-29 år	12	24	30	23
30-39 år	27	24	23	25
40-49 år	31	21	19	21
50-59 år	17	13	11	13
60-69 år	8	6	5	7
70-79 år	3	6	6	7
80 år og over	1	4	4	4
Totalt	100	100	100	100
Antall	1 075	17 373	2 787	12 186

Pasienter utskrevet til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er gjennomgående mer "middelaldrende" enn øvrige pasientgrupper. De er underrepresentert i de yngste (under 30 år) og eldste aldersgruppene (over 70 år), og har sitt tyngdepunkt i aldersgruppen 30-49 år. Pasientene er gjennomgående noe eldre enn pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (der tyngdepunktet er konsentrert i de yngre aldersgruppene, særlig gruppen 18-29 år).

Tabell 4.6 viser fordelingen etter pasientenes hoveddiagnose.

Tabell 4.6 Diagnosefordeling etter utskrivings- og innleggelsesvedtak. Døgnpasienter utskrevet fra døgninstitusjoner i 2002. Prosent.

Alder	Utskrivingsvedtak		Innleggelsesvedtak	
	Tvungent	Øvrige	Tvungent	Øvrige
Organiske lidelser (F01-09)	1	5	7	4
Stoffrelaterte lidelser (F10-19)	1	13	19	12
Schizofrenier (F20-29)	86	22	19	24
Affektive lidelser (F30-39)	9	29	22	31
Nevrotiske lidelser (F40-49)	0	12	9	12
Fysiske adferdssyndromer (F50-59)	0	1	1	1
Personlighetsforstyrrelser (F60-69)	1	10	10	9
Andre diagnoser	2	9	15	7
Totalt	100	100	100	100
Gyldig N	447	13 748	2 399	10 049
Opplysninger om diagnose mangler	628	3 625	388	2 137
Antall	1 075	17 373	2787	12 186

Blant pasienter utskrevet til tvungent helsevern uten døgnopphold er Schizofreniene (F20-29 i ICD10) den helt dominerende diagnosen med 86 prosent av pasienttallet. En tilsvarende konsentrasjon finner vi ikke for innleggelsene til psykisk helsevern med døgnopphold. Minst like bemerkelsesverdig er den høye andelen uten registrert diagnose for denne gruppen. For 628 av 1075 overføringer mangler en diagnose. Dette kan muligens skyldes at institusjonen ikke regner "oppholdet" som avsluttet, selv om pasienten utskrives til annet omsorgsnivå. Følgelig har en heller ikke satt endelig diagnose.

Litteratur

Allen M, Smith VF (2001): *Opening Pandora's Box: The Practical and Legal Dangers of Involuntary Outpatient Commitment*. Psychiatric Services 2001 (52(3)) pp 342-346

Borum R, Swartz M, Riley S, Swanson J, Hiday VA, Wagner R (1999): *Consumer Perception of Involuntary Outpatient Commitment* Psychiatric Services 1999 (50(11)) pp 1489-1491

Fernandez GA, Nygard S (1990): *Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina*. Hosp. Community Psychiatry 1990 (41) pp 1001-1004

Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon av 24. november 2000

Hiday VA, Scheid-Cook TL (1987): *The North Carolina experience with outpatient commitment: a critical appraisal*. International Journal of Law and Psychiatry 1987 (10) pp 215-232

Husby, Torgeir (2003): *En veiviser til en ny virkelighet – med oppdatert kommentar per februar 2003*, Diakonhjemmet sykehus.

Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

Miller RD (1999): *Coerced Treatment in the Community*. Forensic Psychiatry 1999 (22(1)) pp 183-196

Munetz MR, Grande T, Kleist J (1996): *The effectiveness of outpatient civil commitment*. Psychiatric Services 1996 (47) pp 1251-1253

Ot prp nr 11 (1998-99). Om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Rohland BM (1998): *The Role of Outpatient Commitment in the Management of persons with Schizophrenia*. 1998. Iowa Consortium for Mental health. Services, training and research (Iowa City)

Sitter M. (Red.) (2003): *Samdata psykisk helsevern Tabeller 2002. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2002*, Trondheim: SINTEF Unimed.

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Opptappingsplanen for psykisk helse. Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger*.

Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, Robbins PC (2001): *Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program* Psychiatric Services 2001 (52(3)) pp 330-336

St. prp 63 (1997-98). Om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006.

Swartz MS, Monahan J (2001): *Special Section on Involuntary Outpatient Commitment: Introduction*. Psychiatric Services 2001 (52(3)) pp 323-324

Swartz MS, Burns BJ, Hiday VA, George LK, Swanson J, Wagner HR (1995): *New Directions in Research on Involuntary Outpatient Commitment*. *Psychiatric Services* 1995 (46(4)) pp 381-385

Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR (2001): *Can Involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a Randomized Controlled Trial* *Psychiatric Services* 2001 (52(3)) pp 325-329

Torrey EF, Zdanowicz M (2001): *Outpatient Commitment: What, Why and for Whom*. *Psychiatric Services* 2001 (52(3)) pp 337-341

Van Putten RA, Santiago JM, Berren MR (1988): *Involuntary outpatient commitment in Arizona: a retrospective stud.* *Hosp. Community Psychiatry* 1988 ((39)) pp 953-958

Zanni G, deVeau L (1986): *Inpatient stays before and after outpatient commitment.* *Hosp. Community Psychiatry* 1986 (37) pp 941-942

VEDLEGG 1 – Grunnlagstabeller

Vedlegg 1A – Institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold som ikke har levert, eller som har levert ikke komplette pasientdata for døgnpasientene

Dette vedlegget gir en oversikt over institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, der en ikke har kunnet benytte pasientdata fra institusjonen. Institusjonene er sortert etter region, helseforetak og navn på institusjonen. Registreringsåret er 2002.

Foruten navn har vi ført opp årsak til at pasientdata ikke kunne benyttes, og antall utskrivninger, basert på de summariske oppgavene innsendt til Statistisk sentralbyrå.

<i>Region/Helseforetak/Institusjon</i>	<i>Status, pasientdata 2002</i>	<i>Utskrivninger i 2002</i>
Region Øst		
Direkte under Helse Øst RHF		
Vor Frue Hospital	Mangelfulle pasientdata	122
Akershus universitetssykehus HF		
Jessheimklinikken DPS	Mangelfulle pasientdata	75
Ullevål universitetssykehus HF		
Lien psykiatriske behandlingssenter	Mangelfulle pasientdata	38
Region Sør		
Sykehuset Buskerud HF		
Drammen DPS	Mangelfulle pasientdata	535
Sykehuset Buskerud, psykiatrisk avd	Mangelfulle pasientdata	586
Region Vest		
Direkte under Helse Vest RHF		
Lassatjern ettervernshjem	Pasientdata ikke levert	74
Region Midt-Norge		
Helse Sunnmøre HF		
Ålesund sjukehus, psyk avdeling	Mangelfulle pasientdata	759
Helse Nordmøre og Romsdal HF		
Molde sjukehus, psyk avd.	Mangelfulle pasientdata	762

Helse Nord Trøndelag HF		
Halsen psykiatriske senter	Mangelfulle pasientdata	83
Sykehuset Levanger, psyk klinikk	Mangelfulle pasientdata	594
Sykehuset Namsos, psyk klinikk	Mangelfulle pasientdata	282
Utskrivninger totalt		3 910

VEDLEGG 1B – Registrering av utskrivningsformalitet ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

Dette vedlegget gir en oversikt over registreringen av utskrivningsformalitet for avsluttede døgnopphold ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg, der pasientdata i tillegg vurderes som rimelig komplette. Registreringsåret er 2002. Institusjoner som er utelatt pga manglende/mangelfulle pasientdata er listet opp i Vedlegg 1A.

Institusjonene er sortert etter region, helseforetak og navn. De to første tallkolonnene angir andel og antall utskrivninger der utskrivningsformalitet ikke er registrert. Tredje og fjerde tallkolonne angir andel (av utskrivning med registrert formalitet) og antall utskrivninger til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Siste kolonne angir tallet på utskrivninger totalt.

	Utskrivnings-paragraf mangler		Til tvunget PHV uten døgnopphold		Utskr. totalt
	Prosent	Utskr.	Prosent	Utskr.	
Helse Øst RHF					
Institusjoner direkte underlagt Helse Øst					
Lovisenberg Diakonale sykehus					
Lovisenberg Diakonale sykeh., Akuttpsyk.	25	136	4,6	19	553
Oslo Hospital	0	0	0,0	0	110
Diakonhjemmet sykehus					
Diakonhjemmet sykeh. Søndre Borgen	0	0	1,2	3	241
Diakonhjemmet sykeh. psyk avd Vinderen	24	80	1,6	4	334
Akershus universitetssykehus HF					
Akershus Univ.sykehus, psykiatrisk avd	84	524	1,0	1	621
Lillestrømklinikken DPS	57	78	0,0	0	137
Aker universitetssykehus HF					
Aker univ.sykehus, Klinikk for psykiatri	50	374	8,6	32	746
Grefsenlia alderspsykiatrisk bo- og behandling	53	9	0,0	0	17
Skjelfoss psyk senter	17	1	40,0	2	6

	Utskrivnings-paragraf mangler		Til tvunget PHV uten døgnoophold		Utskr. totalt
	Prosent	Utskr.	Prosent		Prosent
Blakstad sykehus HF					
Berger bo- og beh.senter	0	0	0,0	0	6
Blakstad sykehus	2	16	7,2	66	931
Solgården bo- og rehab.senter	0	0	0,0	0	6
Oppland sentralsykehus HF					
Oppland SSH, avd Gjøvik	2	10	0,0	0	455
Oppland SSH, avd Reinsvoll	0	0	0,0	0	521
Psykisk helsevern Østfold HF					
DPS Fredrikstad	4	5	0,0	0	123
Østfold SSH, div psykiatri	6	95	1,9	28	1 598
Sanderud sykehus HF					
Sanderud sykehus	24	262	1,0	8	1 097
Ullevål universitetssykehus HF					
Ullevål Univ.sykehus, Psykiatrisk Div	32	504	2,5	26	1 558
Helse Sør RHF					
Helse Blefjell HF					
DPS Notodden / Seljord	5	11	1,0	2	216
Aust-Agder sykehus HF					
Aust-Agder sjukehus, voksenpsyk avd	2	12	5,9	39	677
Vest-Agder sykehus HF					
DPS Lister	0	0	0,0	0	101
Vest-Agder sykehus, voksenpsyk avd	3	40	3,7	42	1 165
Sykehuset Telemark HF					
Sykehuset Telemark, psyk sjukehusklinikk	13	92	8,4	53	724
Psykiatrien i Vestfold HF					
Larvik DPS	25	30	0,0	3	118
Nordre Vestfold DPS	28	26	4,5	3	93
Psyk i Vestfold, fylkesavd Tønsberg	5	46	0,6	6	983
Sandefjord DPS	21	16	8,1	5	78
Tønsberg DPS	4	8	9,4	20	220
Helse Vest RHF					
Direkte under Helse Vest RHF					
Olaviken behandlingssenter	4	3	0,0	0	79
Jæren DPS	0	2	4,6	21	457

	Utskrivnings-paragraf mangler		Til tvunget PHV uten døgnopphold		Utskr. totalt
	Prosent	Utskr.	Prosent	Utskr.	
Helse Stavanger HF					
Dalane distriktpsikiatriske senter	0	0	0,0	0	62
Randaberg psykiatriske senter	50	1	0,0	0	2
Rogaland psykiatriske sjukehus	3	46	3,4	54	1 654
Varatun psykiatriske senter	1	2	1,4	2	141
Helse Fonna HF					
Aksdal psykiatriske senter	4	8	13,6	24	184
Haugesund sjukehus, psyk avd.	0	1	8,0	40	501
Lysskar psykiatriske senter	1	1	4,8	6	126
Valen sjukehus	4	9	7,3	14	201
Helse Bergen HF					
Haukeland Univ.sykehus, div psykiatri	2	14	10,2	71	707
Sandviken sykehus	2	19	6,7	66	1 009
Helse Førde HF					
Førde sentralsykehus, psyk klinikk	0	1	8,0	40	503
Indre Sogn psykiatrisenter (S & F)	6	5	12,2	9	79
Nordfjord psykiatriske senter	1	1	1,3	2	154
Helse Midt-Norge RHF					
Direkte under Helse Midt-Norge RHF					
Betania Malvik	0	0	0,0	0	53
Helse Nord Trøndelag HF					
Psykiatrisk senter Ytre Namdal	10	3	18,5	5	30
Psykisk helsevern i Sør Trøndelag HF					
Haltdalen bo/-behandlingssenter	1	1	0,8	1	119
Leistad psyk bo og beh.senter	3	4	0,7	1	140
Sør-Trøndelag Psyk Sykehus	0	6	9,8	126	1 297
Tiller psyk bo og beh.senter	1	3	0,3	1	296
Helse Nord RHF					
Helse Finnmark HF					
DPS Midt-Finnmark	0	0	5,3	8	150
DPS Vest-Finnmark	1	2	4,5	9	201
DPS Øst-Finnmark	1	3	1,5	3	204
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF					
Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy	0	0	15,5	51	328
UNN, psykiatrisk avd	1	20	15,6	206	1 343

	Utskrivnings-paragraf mangler		Til tvunget PHV uten døgnoophold		Utskr. totalt
	Prosent	Utskr.	Prosent	Utskr.	
Hålogalandssykehuset HF					
Ofoten psyk senter	0	0	0,3	1	352
Psyk sent Sør-Troms	0	0	0,0	0	156
Nordlandssykehuset HF					
Nordland psykiatriske sykehus	2	19	5,4	2	989
Røsvik bo- og behandlingssenter	0	0	3,5	0	85

Vedlegg 1C – Institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern, som ikke har levert, eller som har levert mangelfulle pasientdata for poliklinikkene

Dette vedlegget gir en oversikt over institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern, der en ikke har kunnet benytte pasientdata fra poliklinikkene i analysen. Registreringsåret er 2002. Listen er sortert etter region, helseforetak og institusjonsnavn.

Foruten navn på institusjonen har vi ført opp årsak til at data ikke kunne benyttes og antall refusjonsberettigede konsultasjoner det var ved institusjonen, ut fra summariske oppgaver innsendt til Statistisk sentralbyrå.

<i>Region/Helseforetak/Poliklinikk</i>	<i>Status, pasientdata 2002</i>	<i>Refusjonsberettigede konsultasjoner 2002</i>
Helse Øst RHF		
Aker universitetssykehus HF		
Aker univ.sykehus, Klinikk for psykiatri	Mangelfulle pasientdata	6 941
Furuset DPS	Mangelfulle pasientdata	8 007
Grorud DPS	Mangelfulle pasientdata	8 213
Sinsen DPS	Mangelfulle pasientdata	13 450
Kongsvinger sjukehus HF		
Psyk senter Kongsvinger	Mangelfulle pasientdata	3 691
Oppland sentralsykehus HF		
DPS Gjøvik-Land-Valdres	Mangelfulle pasientdata	10 863
DPS Hadeland	Mangelfulle pasientdata	7 278
DPS Lillehammer – Gudbrandsdalen	Mangelfulle pasientdata	8 410
Oppland SSH, avd Gjøvik	Mangelfulle pasientdata	341
Toten DPS	Mangelfulle pasientdata	7 699
Sanderud sykehus HF		
Sanderud sykehus	Mangelfulle pasientdata	16 894
Tynset sjukehus HF		
Tynset sjukehus DPS	Mangelfulle pasientdata	3 942

<i>Region/Helseforetak/Poliklinikk</i>	<i>Status, pasientdata 2002</i>	<i>Refusjonsberettigede konsultasjoner 2002</i>
Ullevål universitetssykehus HF		
Holmlia DPS	Mangelfulle pasientdata	6 343
Josefinegt DPS	Mangelfulle pasientdata	8 188
Ullevål Univ.sykehus, Psykiatrisk Div	Mangelfulle pasientdata	8 427
Helse Sør RHF		
Helse Blefjell HF		
DPS Notodden / Seljord	Mangelfulle pasientdata	5 059
Sykehuset Buskerud HF		
Drammen DPS	Mangelfulle pasientdata	14 190
Sykehuset Buskerud, psykiatrisk avd	Mangelfulle pasientdata	819
Aust-Agder sykehus HF		
Aust-Agder sjukehus, voksenpsyk avd	Mangelfulle pasientdata	10 860
Vest-Agder sykehus HF		
DPS Lister	Mangelfulle pasientdata	3 599
DPS Mandal	Mangelfulle pasientdata	13 160
Vest-Agder sykehus, voksenpsyk avd	Mangelfulle pasientdata	2 984
Sykehuset Telemark HF		
SH. Telemark, Psyk. distriktsklinikk	Mangelfulle pasientdata	17 451
Sykehuset Telemark, psyk sjukehusklinikk	Mangelfulle pasientdata	7 225
Helse Vest RHF		
Direkte under Helse Vest		
Jæren DPS	Mangelfulle pasientdata	2 659
Helse Fonna HF		
Haugesund sjukehus, psyk avd.	Mangelfulle pasientdata	10 492
Stord DPS	Mangelfulle pasientdata	5 023
Helse Bergen HF		
Haukeland Univ.sykehus, div psykiatri	Mangelfulle pasientdata	516
Helse Førde HF		
Førde sentralsykehus, psyk klinikk	Mangelfulle pasientdata	8 159
Helse Midt-Norge RHF		
Helse Sunnmøre HF		
Volda DPS	Pasientdata ikke levert	4 255
Ålesund DPS	Mangelfulle pasientdata	8 944
Helse Nordmøre og Romsdal HF		
DPS Molde	Pasientdata ikke levert	8 301

<i>Region/Helseforetak/Poliklinikk</i>	<i>Status, pasientdata 2002</i>	<i>Refusjonsberettigede konsultasjoner 2002</i>
Helse Nordmøre og Romsdal HF		
DPS Molde	Pasientdata ikke levert	8 301
Kristiansund sjukehus, DPS Nordmøre	Pasientdata ikke levert	6 968
Molde sjukehus, psyk avd.	Pasientdata ikke levert	1 275
Helse Nord Trøndelag HF		
Halsen psykiatriske senter	Pasientdata ikke levert	62
Sykehuset Namsos, psyk klinikk	Mangelfulle pasientdata	9 723
Helse Nord RHF		
Hålogalandssykehuset HF		
Psyk sent Sør-Troms	Mangelfulle pasientdata	4 136
Nordlandssykehuset HF		
Lofoten sykehus, psyk poliklinikk	Mangelfulle pasientdata	5 537

VEDLEGG 1D – Registrering av innskrivingsformalitet og tvangsmedisinering ved poliklinikker godkjent for tvungent psykisk helsevern

I dette vedlegget presenteres indikatorer for registrering av tvangsbruk ved poliklinikkene i 2002. Vedlegget omfatter poliklinikker godkjent for tvungent psykisk helsevern, der pasientdata er vurdert som rimelig komplett. Poliklinikker som er utelatt er listet opp i Vedlegg 1C. Poliklinikkene er sortert etter regionalt helseforetak og foretak. Innenfor hvert foretak er poliklinikkene listet opp alfabetisk.

Første tallkolonne angir prosentandelen av behandlingsseriene med registrert spesialistvedtak der innskrivingen skjedde frivillig. Hvis prosentsatsen er lik 100 kan, men trenger ikke dette være en indikasjon på at "frivillig" benyttes som en standardverdi i det pasientadministrative systemet.

De to neste kolonnene viser andel og antall behandlingsseriene der opplysninger om spesialistvedtak ved innleggelse ikke er registrert. Etersom registreringene synes særlig mangelfulle for interne overføringer, har vi i tallkolonne 4 og 5 ført opp de samme opplysningene for pasienter overført fra annet overlegeavsnitt, fra annen avdeling, eller fra annet omsorgsnivå ved samme institusjon.

Tallkolonne 6 og 7 viser antall og andel av behandlingsseriene der opplysninger om tvangsmedisinering ikke er registrert.

Siste tallkolonne viser antall behandlingsserier med polikliniske refusjoner totalt i 2002.

Region/helseforetak/institusjon	Spesialistvedtak ved innskrivning					Vedtak om tvangsmedisinering		Serier totalt
	Alle innskrivninger			Interne overføringer		Pst mangler	Serier	
	Pst frivillig	Pst mangler	Serier	Pst mangler	Serier			
Helse Øst								
Lovisenberg								
Lovisenberg Diakonale sykeh., Akuttpsyk.	96,5	19	13	6	1	0	0	70
Lovisenberg DPS	97,4	11	74	14	6	0	0	651
Tøyen DPS	99,3	31	497	58	48	0	0	1 622
Vor Frue Hospital	95,7	18	5	9	1	0	0	28
Diakonhjemmet								
Diakonhjemmet sykeh. Søndre Borgen	99,1	4	10	0	0	0	0	223
Diakonhjemmet sykehus psyk avd Vinderen	100,0	0	0	0	0	0	0	40
DPS Vinderen	100,0	2	26	0	0	0	0	1 306
Akershus universitetssykehus HF								
Jessheimklinikken DPS	100,0	16	111	0	0	88	519	690
Lillestrømklinikken DPS	100,0	10	161	99	100	100	1 637	1 644
Blakstad sykehus HF								
Asker- og Bærumklinikken	100,0	14	210	100	6	46	575	1 520
Blakstad sykehus	99,7	12	52	98	46	43	174	418
Folloklinikken DPS	100,0	16	181	98	48	93	938	1 132
Oppland sentralsykehus HF								
Oppland SSH, avd Reinsvoll		100	117			0	0	117

Region/helseforetak/institusjon	Spesialistvedtak ved innskrivning					Vedtak om tvangsmedisinering		Serier totalt
	Alle innskrivinger			Interne overføringer		Pst mangler	Serier	
	Pst frivillig	Pst mangler	Serier	Pst mangler	Serier			
Psykisk helsevern Østfold HF								
DPS Fredrikstad	99,6	10	106	38	3	0	0	1 094
DPS Halden	100,0	23	121	20	1	0	0	531
DPS Indre Østfold	99,8	30	209	33	1	0	0	696
DPS Sarpsborg	100,0	33	229	40	2	0	0	685
VP polikl Moss	100,0	23	200	0	0	0	0	881
Østfold SSH, div psykiatri	97,2	23	253	18	2	0	0	1 116
Ullevål universitetssykehus HF								
Lien psykiatriske behandlingssenter	88,9	93	114	0	0	81	42	123
Ryen DPS	67,2	93	870	91	49	25	189	937
Helse Sør RHF								
Psykiatrien i Vestfold HF								
Larvik DPS	100,0	0	0	0	0	100	770	881
Nordre Vestfold DPS	100,0	0	0	0	0	100	1 177	1 484
Psyk i Vestfold, fylkesavd Tønsberg	100,0	0	0	0	0	100	649	678
Sandefjord DPS	100,0	0	0	0	0	100	744	880
Tønsberg DPS	100,0	0	0	0	0	100	1 327	1 614
Helse Vest RHF								
Direkte under Helse Vest RHF								
Olaviken behandlingssenter	100,0	1	3	0	0	100	265	267

Region/helseforetak/institusjon	Spesialistvedtak ved innskrivning					Vedtak om tvangsmedisinering		Serier totalt
	Alle innskrivninger			Interne overføringer		Pst mangler	Serier	
	Pst frivillig	Pst mangler	Serier	Pst mangler	Serier			
Betanien psykiatriske senter	100,0	24	219	100	200	62	505	909
Solli Nervesanatorium	99,8	8	44	0	0	100	444	534
Helse Stavanger HF								
Dalane psyk senter	89,5	3	10	100	10	57	148	286
Rogaland psykiatriske sjukehus	85,7	24	1066	100	986	97	3 869	4 376
Helse Fonna HF								
Valen sjukehus	100,0	14	52	100	4	44	158	367
Helse Bergen HF								
Solheimsviken	99,8	26	304	90	27	85	777	1 151
Åstveit DPS	100,0	21	247	100	29	90	903	1 185
Helse Førde HF								
Indre Sogn psykiatrisenter (S & F)	99,4	0	1	0	0	0	0	335
Nordfjord psykiatriske senter	99,3	8	39	36	4	0	0	459
Helse Midt-Norge RHF								
Helse Nord Trøndelag HF								
Sykehuset Levanger, psyk klinikk	98,1	53	1898	9	16	87	3 132	3 598
Psykisk helsevern Sør-Trøndelag HF								
Sør-Trøndelag Psyk Sykehus	99,9	24	818	82	269	100	3 003	3 393

Region/helseforetak/institusjon	Spesialistvedtak ved innskrivning					Vedtak om tvangs-med medisinering		Serier totalt
	Alle innskrivninger			Interne overføringer		Pst mangler	Serier	
	Pst frivillig	Pst mangler	Serier	Pst mangler	Serier			
Helse Nord RHF								
Helse Finnmark HF								
DPS Midt-Finnmark	99,2	16	48	9	1	0	0	296
DPS Vest-Finnmark	99,8	5	35	0	0	0	0	638
DPS Øst-Finnmark	75,7	45	273	17	2	0	0	607
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF								
Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy	100,0	30	465	98	254	100	1 386	1 550
Hålogalandssykehuset HF								
Ofoten psyk senter	99,5	1	5	7	1	0	0	449
Psykiatrisk senter i Vesterålen	99,3	4	25	0	0	0	0	605
Nordlandssykehuset HF								
Nordland psykiatriske sykehus	97,5	2	2	0	0	0	0	81
NPS polikl ytre Salten og rehabteam	100,0	1	5	0	0	0	0	563
Vop Indre og Ytre Salten	100,0	6	13	0	0	0	0	213
Helgelandssykehuset HF								
Helgelandssh. Vefsen, Senter for psyk he	99,1	15	74	0	0	0	0	510
Helgelandssykehuset, avd Rana, psyk poli	98,8	21	88	0	0	0	0	414

VEDLEGG 2

Utdrag fra kapittel 4 fra Samdata Psykisk helsevern – Opptrappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år. Sintef Unimed rapport 3/03 s57-60.

Av Trond Hatling, Johan Håkon Bjørngaard og Torgeir Husby

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).

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 bejære 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 pasienter fra frivillig psykisk helsevern til tvungent psykisk helsevern (§2-3). Hvis institusjonen vurderer at behovet for tvungent psy-

kisk helsevern er til stede, må pasienten først utskrives, før en så kan starte en prosess mot etablering av tvungent psykisk helsevern.

Tvungent psykisk helsevern

Tvungent psykisk helsevern har to hovedformer; tvungent psykisk helsevern og videre undersøkelse (observasjon). Den siste formen vil i resten av dette kapitlet bli benevnt observasjon. Både lovmessig og reelt er det hensiktsmessig å skille prosessen fram mot (mulig) tvungent psykisk helsevern i to faser; henvisningsfasen og innleggelsesfasen. 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 observasjon eller vedtak om tvungent psykisk helsevern. Av praktiske hensyn, bl.a. postgang, er det gitt adgang til å fatte vedtak selv om dette ikke foreligger skriftlig. Begjæringen bekreftes i så fall muntlig av tutor, og begjæringen sendes, uten opphold, i posten.

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 legeundersøkelsen 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 et 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 at tvungent psykisk helsevern kan anvendes 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 observasjon, mens det motsatte er mulig. Tilsvarende krever vedtak om tvungent psykisk helsevern etter at undersøkelsesperioden er over (se nedenfor) at begjæringen omfatter dette. Helse-

departementet 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 - §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). 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 verken er grunnlag for observasjon eller tvungent psykisk helsevern, og at vedkommende kan gis tilbud om frivillig innleggelse (§2-1 eller §2-2), et annet tilbud innen psykisk helsevern (eksempelvis poliklinisk tilbud) eller ikke noe tilbud i det hele tatt.

Tabellen under oppsummerer mulige utfall av en henvisnings- og innleggelsesprosess. Henvisende instans sin begjæring er angitt i de tre kolonnene, og for hver av hovedformene i spesialistvedtaket angis om dette er et mulig utfall, gitt begjæringens innhold.

Tabell 1 Mulige utfall av henvisende leges vurdering av innleggelsesformalitet.

Spesialistvedtak	Henvisende lege/begjæring		
	Frivillig ¹	Observasjon	Tvungent psykisk helsevern
Frivillig	Mulig	Mulig utfall	Mulig utfall
Frivillig kontrakt	Mulig	Mulig utfall	Mulig utfall
Observasjon u/døgnopphold	Ikke mulig	Mulig utfall	Mulig utfall
Observasjon m/døgnopphold	Ikke mulig	Mulig utfall	Mulig utfall
Tvungent psykisk helsevern u/døgnopphold	Ikke mulig	Ny begjæring	Mulig utfall
Tvungent psykisk helsevern m/døgnopphold	Ikke mulig	Ny begjæring	Mulig utfall

To viktige forhold kan leses ut av tabellen. Det er for det første ikke mulig for institusjonen å omgjøre frivillig psykisk helsevern til tvungent psykisk helsevern (jf §2-3). For det andre kan mottakende institusjon overprøve alle vurderinger gjort av

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

henvisende instans i retning mindre inngripende formalitet, men ikke motsatt. Det fordrer i så fall ny begjæring.

Referanser

Hagen, K., Riedl T.R. og Østbøl R. (2002). *Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

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.

Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m.v. av 21 desember 2000.

Forskrift om øyeblikkelig hjelp av 21. desember 2000